

ORGANIZZAZIONE MONDIALE  
DEL TERMALISMO

ORGANISATION MONDIALE  
DU THERMALISME

WELT ORGANISATION  
DES THERMALISMUS

ORGANISACION MUNDIAL  
DEL TERMALISMO



WORLD HYDROTHERMAL  
ORGANIZATION

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ТЕРМАЛИЗМА

المنظمة العالمية  
لمنتجات المياه المعدنية

世界温泉療法機関



SOCIEDAD INTERNACIONAL  
DE TÉCNICAS HIDROTHERMALES

## ITALIA

### Il Convegno di Levico Terme sul futuro del Sistema sanitario europeo fra pubblico e privato.

Si è tenuto a Levico Terme, il giorno 24 settembre 2011, nella bella cornice del palazzo termale, il convegno “Le nuove frontiere del Sistema Sanitario Europeo - libera circolazione dei pazienti negli stati dell’Unione Europea fra pubblico e privato”, che ha visto la partecipazione, fra gli altri, dei vertici nazionali dell’AIOP (Associazione Nazionale dell’Ospedalità Privata) e dell’UEHP (Union Européenne de l’Hospitalitation Privée): erano presenti l’avv. Enzo Paolini, il prof. Gabriele Pelissero, la dottoressa Alberta Sciachì e Giuseppe Puntin).

Di assoluta rilevanza gli interventi dell’ex europarlamentare Iles Braghetto, che era stato uno degli artefici della stesura della direttiva europea sul diritto all’assistenza sanitaria transfrontaliera, e dei massimi referenti del mondo termale nazionale ed internazionale (Ennio Gori, Presidente dell’Organizzazione Mondiale del Termalismo, Massimo Tedeschi, Presidente dell’Associazione Nazionale dei Comuni termali, e studiosi del termalismo sotto il profilo giuridico e scientifico come Alceste Santuari, Alberto Lalli e Paolo Gruppo).

Hanno dato il loro contributo i vertici politici ed amministrativi della Sanità Trentina (l’Assessore Ugo Rossi, il Presidente dell’Ordine dei Medici Giuseppe Zumiani, il Vicepresidente del Consiglio Provinciale Claudio Eccher, il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria del Trentino Luciano Flor ed il Presidente dell’AIOP provinciale Carlo Stafenelli).



(fotografia tavolo relatori)

Hanno infine portato il loro patrimonio di esperienza e professionalità la giornalista RAI Maria Concetta Mattei, che ha intervistato Ennio Gori ripercorrendo le principali tappe della storia del termalismo nazionale ed internazionale che, per molti aspetti, coincidono con la carriera dello stesso ingegner Gori, il quale può venir oggi considerato come il massimo esperto di termalismo a livello internazionale, e Nadio Delai, Presidente di Ermeneia, che ha discusso, partecipando ad una tavola rotonda e svolgendo una relazione individuale, sulle diverse problematiche che coinvolgono la Sanità nazionale con particolare attenzione all'efficienza dei diversi sistemi regionali ed alle prospettive di sviluppo della sanità privata soprattutto nel settore dell'assistenza extraospedaliera.



(fotografia Maria Concetta Mattei ed ing. Ennio Gori)

Al centro di quasi tutte le relazioni è stata posta la sopra citata Direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'UE il 4 aprile 2011, che impone agli Stati membri di recepirla nelle rispettive legislazioni nazionali entro 30 mesi dalla pubblicazione: ciò significa che entro il mese di ottobre del 2013 tutti i paesi europei dovranno adottare misure che possano garantire ad ogni singolo cittadino europeo il diritto all'accesso alle cure in ognuno degli stati membri con copertura finanziaria da parte dello stato di origine. Ciò vale ovviamente anche per le prestazioni di medicina termale.

Le nuove norme stabiliscono che i cittadini dell'UE possano essere rimborsati per l'assistenza medica che ricevono in un altro Stato membro, a condizione che il trattamento e i costi siano normalmente coperti nel loro paese. Anche le cure termali saranno pertanto fruibili negli stabilimenti termali di tutta Europa sempre a condizione che esse rientrino nella lista delle prestazioni erogabili a spese dei sistemi sanitari del paese di origine del curista.

La ricerca di cure sanitarie all'estero potrebbe avvantaggiare soprattutto i pazienti inseriti in lunghe liste d'attesa, o quelli che non sono in grado di trovare in patria cure specialistiche particolari che richiedano elevati livelli di organizzazione sanitaria e di tecnologia non presenti nei paesi di origine. I deputati hanno anche rafforzato le disposizioni per la cooperazione in materia di malattie rare.

Si apre quindi una fase di grande interesse che dovrebbe portare, nel volgere di alcuni anni, ad una armonizzazione ed omogeneizzazione dei diversi sistemi sanitari dei singoli stati della UE, oggi così diversi fra loro, sia sotto il profilo del finanziamento che sotto quello dell'efficienza e della tempestività delle cure e delle prestazioni mediche.

I sistemi sanitari nei singoli stati europei sono fondamentalmente basati, pur fra mille sfaccettature che li differenziano l'uno dall'altro, su 2 modelli di finanziamento: il primo, il cosiddetto modello

Beveridge, è fondato sulla fiscalità generale nel senso che la sanità pubblica e privata convenzionata vengono alimentate dai contribuenti attraverso lo Stato che funge da controllore ed erogatore delle prestazioni, il secondo, il cosiddetto sistema Bismarck, prevede un finanziamento attraverso il sistema assicurativo privato, obbligatorio per i cittadini, con una spiccata competizione fra erogatori privati e pubblici.



**Figura 1 : modelli Bismarck e Beveridge**

Il sistema Beveridge è stato adottato nei paesi anglofoni, in quelli latini (Italia, Spagna, Portogallo) ed in Grecia mentre il Bismarck ha preso piede nei paesi di lingua tedesca, in Olanda ed in Francia.

Di grande interesse quanto sta avvenendo in Germania dove si registra una progressiva privatizzazione della sanità che ha portato alla chiusura di molti ospedali pubblici, controllati dai Länder, e ad un contemporaneo progressivo potenziamento del sistema sanitario privato, con realizzazione di vere e proprie holding, quotate in borsa, che stanno procedendo all'acquisto degli ospedali pubblici dismessi ed alla loro ristrutturazione e gestione. Il risultato è che, a parità di rapporto PIL/spesa sanitaria, che è in linea con quello medio degli stati europei più evoluti, le prestazioni sanitarie tedesche appaiono di elevata qualità e di grande efficienza con liste d'attesa sostanzialmente inesistenti.

## Il sistema sanitario tedesco

- Eccesso di **posti-letto**: nel 2005 **6,4 per mille** (Olanda 3,1 per mille) dovuto a sottostima del pianificatore statale dell'accorciamento delle degenze
- Aumento progressivo della presenza del «privato» che tende ad acquistare gli ospedali pubblici meno efficienti per aumentare il «budget» assicurativo disponibile: fra il 1996 ed il 2007 il numero degli ospedali pubblici si è ridotto del 31,3%, quello degli ospedali sociali «non-profit» si è ridotto del 18,8% mentre quello degli ospedali privati «profit» è **creciuto del 40,6%** in sintonia con posti-letto e ricoveri con realizzazione di «catene» di ospedali privati (S.p.a.) alcune delle quali quotate in borsa
- Insufficiente finanziamento degli ospedali pubblici da parte dei Land (si è ridotto del 28% nel periodo 1991-2008)
- Le prestazioni ospedaliere vengono finanziate per il 90% da assicurazioni pubbliche (GKV) e per il 10% da assicurazioni private (PKV)
- Fra il 1991 ed il 2007 il numero degli ospedali si è ridotto del 13%, i posti letto sono diminuiti del 23,8%, la degenza media si è ridotta del 40,7%, **incremento del numero de ricoveri del 17,9%** (introduzione DRG dal 2000)

**Figura 2: sistema sanitario tedesco**

## Motivi del successo degli ospedali privati in Germania



- Minori **costi** per il **personale** (contratti di lavoro aziendali, con incentivazioni «meritocratiche» per i dipendenti basate su efficienza e risultati, non vincolati a quelli collettivi nazionali)
- Maggiore autonomia e **capacità di investimento** in tempi brevi con reinvestimento di parte degli utili in capitale
- Logica «economica» di gestione non vincolata da aspetti politico-sociali con «**management**» di alto livello
- Vantaggio derivante dalla partecipazione a «**grandi catene**» con maggior potere contrattuale con i fornitori di beni e servizi e possibilità di attrarre capitale con emissione di azioni o raccolta sul mercato

**Figura 3: motivi del successo del sistema tedesco**

Anche in Olanda la nuova riforma sanitaria, in vigore da 4 anni, ha impostato l'organizzazione sanitaria su una spinta privatizzazione mediata dal sistema assicurativo assegnando allo Stato una funzione di controllo rispetto al raggiungimento degli obiettivi programmatici stabiliti dal governo.

## Il sistema sanitario olandese



- Riforma sanitaria Hoogervorst del 2006: accesso **universale** alle cure con più ampio ricorso al «**privato**» (già nel 2002 il 94% degli ospedali olandesi erano «privati»)
- Lo Stato assume funzione di «regolatore» ma non di «dispensatore» del servizio sanitario: la **gestione** diviene «**privata**» mentre è stata istituita una «**Authority**» di controllo del sistema («market supervisor»)
- Funzione centrale del «**medico di base**» come **prescrittore** di spesa sanitaria
- Principi «cardine»:
  - Assicurazione di base obbligatoria per tutti i cittadini di età superiore ai 18 anni gestita da compagnie private **obbligate ad assicurare tutti a prescindere dall'età o dallo stato di salute del cittadino**
  - **Concorrenza** sia fra assicuratori sanitari che fra fornitori del servizio: gli assicurati possono cambiare compagnia ogni anno e parte della quota assicurativa è legata al reddito
  - L'assicurato può scegliere fra assistenza «**diretta**» ed «**indiretta**»

**Figura 4: sistema sanitario olandese**

## Modello olandese: «triangolo»

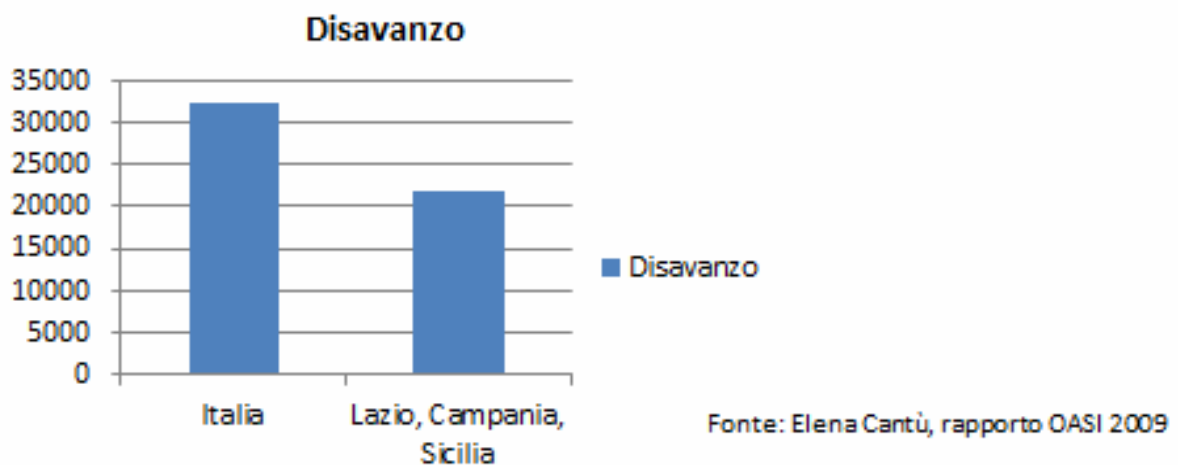


**Figura 5: modello olandese: triangolo**

L'Italia, che è l'unico paese europeo che è passato da un preesistente "modello Bismarck" all'attuale "Beveridge", sta vivendo una situazione di transizione che ha portato ad un notevole squilibrio fra nord e sud sia per quanto riguarda la qualità delle prestazioni che per i costi. Molto interessante al riguardo uno studio (fig. 6) effettuato alla Bocconi (rapporto OASI 2009) che documenta come i 2/3 dell'intero ammontare del disavanzo sanitario complessivo si concentrino in 3 regioni del sud (Lazio, Campania e Sicilia).

## Studio Bocconi su aziendalizzazione della sanità in Italia periodo 2001-2008

- Disavanzo complessivo negli 8 anni: **32.190 miliardi di euro**
- Le sole regioni Lazio, Campania e Sicilia producono **21.900 miliardi di euro di disavanzo pari a 2/3 dell'intero ammontare**



**Figura 6: squilibrio nord-sud nel disavanzo sanitario: studio Bocconi**

Molto interessante al riguardo la ricerca "Ospedali e Salute" (fig. 7,8,9 e 11), recentemente pubblicata da Ermeneia e coordinata da Nadio Delai, che ha documentato, sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute, che la sanità è più efficiente laddove si sono realizzati meccanismi di competizione pubblico-privato, esaltando il diritto di scelta del cittadino fondato sulla qualità ma anche sulla tempestività delle prestazioni.

Stima dell'inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica in 15 regioni italiane: indagine Ermeneia 2010 relativa al consuntivo 2008 (dati Ministero della Salute e Regioni)

- A. Valore produzione ospedaliera «corretta»:
  - Valore produzione a DRG (corretti secondo «case-mix» medio)
  - Valore prestazioni specialistiche
  - Quota aggiuntiva per attività a funzione (pronto soccorso, terapia intensiva, presidi territoriali per tossicodipendenti, trapiantati, oncologici, ADI ecc.)
- B. Totale costi «reali» (personale, beni, appalti)
- C. Valore assoluto inefficienza (B-A)
- % di inefficienza sui costi totali ( $X:100 = C:B$ )

**Figura 7: indagine ERMENEIA su inefficienza implicita dell'ospedalità pubblica italiana**

## Rapporto ricavi/costi negli ospedali pubblici in Italia

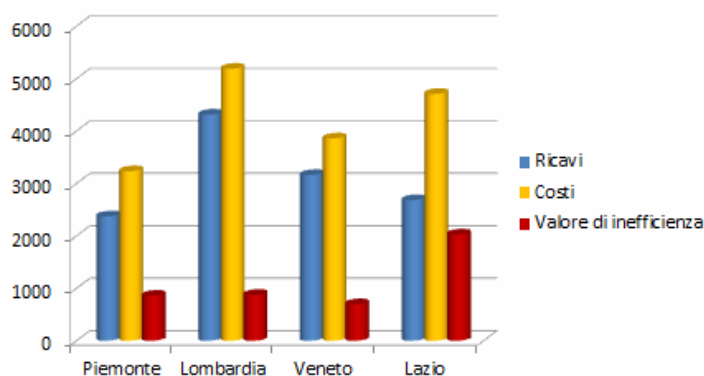
| Regione       | Totale ricavi * | Totale costi * | Differenza * | % inefficienza sui costi totali |
|---------------|-----------------|----------------|--------------|---------------------------------|
| Piemonte      | 2371,7          | 3231,7         | - 860        | 26,6                            |
| Lombardia     | 4313,0          | 5187,9         | - 874,9      | 16,9                            |
| Veneto        | 3162,1          | 3859,4         | - 697,3      | 18,1                            |
| EmiliaRomagna | 2994,1          | 3779,2         | - 785,1      | 20,8                            |
| Toscana       | 1787,3          | 2299,5         | - 512,2      | 22,3                            |
| Umbria        | 635,0           | 790,4          | - 155,3      | 19,7                            |
| Lazio         | 2681,4          | 4707,2         | - 2025,8     | 43,0                            |
| Campania      | 1847,4          | 3207,4         | - 1360,0     | 42,4                            |
| Puglia        | 1701,4          | 2239,7         | - 538,3      | 24,0                            |
| Calabria      | 776,4           | 1423,8         | - 647,4      | 45,5                            |
| Media Italia  | 1730,3          | 2383,3         | - 653        | 27,4                            |

\* In milioni di euro consuntivo 2008

Fonte: Ermeneia 2010

**Figura 8: rapporto ricavi/costi negli ospedali italiani: indagine ERMENEIA**

## Valore di inefficienza ospedali pubblici



Fonte: Ermeneia 2010

**Figura 9: valore di inefficienza ospedali pubblici: indagine ERMENEIA**

Ciò è avvenuto in particolare in Lombardia, unica regione in Italia dove è stata approvata nel 1997 una legge (fig. 10) che pone pubblico e privato sullo stesso piano, con distinzione delle aziende sanitarie ospedaliere, pubbliche e private, dalle aziende sanitarie non ospedaliere che fungono da ente di controllo sulle attività degli ospedali pubblici e privati messi fra loro in competizione. Il risultato nei primi 12 anni di applicazione è sotto gli occhi di tutti: gli ospedali inefficienti sono stati chiusi mentre quelli più qualificati svolgono un volume di attività di assoluto rilievo potendo la Lombardia disporre dei migliori ospedali pubblici e privati della nazione, con standard europei, con punte di eccellenza nel panorama internazionale.

## Legge regionale Lombardia 31/97



- Separazione fra **aziende sanitarie locali** ed **aziende ospedaliere**
- Parità fra erogatori pubblici e privati
- Pagamento a prestazione
- Controllo di efficienza/costi delle aziende ospedaliere e degli ospedali privati, posti su un piano di parità, da parte della ASL: rimozione «**conflitto di interessi**»
- Riaffermazione principi di universalità e solidarietà ribadendo però con forza il diritto di **libera scelta** (principio della sussidiarietà)

**Figura 10: legge regionale Lombardia 31/97**

Esempio di % di inefficienza riferito ai sistemi ospedalieri di Lombardia ed Emilia Romagna

| Regione            | Valore* produzione DRG | Valore prestazioni specialistiche | Quote** aggiuntive attività «a funzione» | Totale ricavi teorici | Totale*** costi reali corretti | Valore**** delle inefficienze | %d***** inefficienza sui costi |
|--------------------|------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Lombardia          | 3016,1                 | 844,4                             | 452,4                                    | 4313,0                | 5187,9                         | 874,9                         | 16,9%                          |
| Emilia Romagna     | 2122,0                 | 553,7                             | 318,3                                    | 2994,1                | 3779,2                         | 785,1                         | 20,8%                          |
| Media regioni nord | 1950,9                 | 544,9                             | 292,6                                    | 2788,4                | 3508,5                         | 720,0                         | 20,5%                          |

\* Dati in milioni di euro riferiti all'anno 2008

\*\* Pronto soccorso, terapia intensiva, presidi territoriali per tossicodipendenti, trapiantati, oncologici, ADI

\*\*\* Costi del personale (corretti con ponderazione tenendo conto dell'indice di case-mix), beni e servizi appaltati

\*\*\*\* Calcolato come differenza fra totale ricavi e costi reali corretti in milioni di euro

\*\*\*\*\* Calcolato come rapporto fra valore dell'inefficienza e totale dei costi reali corretti

Fonte: Ermeneia 2010

**Figura 11: confronto valore di inefficienza dei sistemi ospedalieri di Lombardia ed Emilia Romagna: indagine ERMENEIA**

Come si comporteranno le altre regioni e la provincia autonoma di Trento con il progredire dell'integrazione europea nel campo della sanità ed anche con la realizzazione del federalismo nel nostro paese?

Che succederebbe, a titolo di pura ipotesi speculativa, se il finanziamento della sanità in Trentino fosse affidato ad un sistema assicurativo, all'interno del quale un ruolo importantissimo potrebbe essere svolto dal mondo della cooperazione, che potesse scegliere fra erogatori pubblici e privati nell'acquisto delle prestazioni mediche da garantire ai propri assicurati? Quali vantaggi in termini di contenimento della spesa sanitaria, in continua espansione soprattutto nei sistemi a monopolio pubblico, e di qualità e tempestività delle prestazioni?

Ed ancora, perché non pensare ad un modello di finanziamento ed erogazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali in un contesto transfrontaliero, nell'ambito delle collaborazioni già in atto

in altri settori nel territorio dell'Euregio, mettendo in piedi un sistema unico ed omogeneo all'interno del quale applicare i principi stabiliti dalla direttiva europea sull'assistenza in ambito comunitario?

Credo che queste considerazioni potranno fornire lo spunto per alcuni ragionamenti politici ormai ineludibili se, alla luce della tragica situazione economica del nostro continente, vogliamo tenere in piedi un sistema sanitario di qualità contenendone i costi che purtroppo stanno alimentando la quota più rilevante del debito pubblico.

**Carlo Stefenelli**  
**Presidente**  
**Associazione Italiana Ospedalità Privata**  
**Sezione della Provincia di Trento e**  
**Consigliere OMTh**

## **EUROPA**

**Montecatini Terme (I) 21-22 Ottobre 2011**



Omth si è impegnata a divulgare le opportunità che l' U.E. propone per lo sviluppo dai rapporti fra strutture termali dei diversi Stati in maniera da promuovere innovazione ed internazionalizzazione. Il "Progetto Leonardo" è uno dei concreti strumenti operativi e siamo ben lieti di comunicare che le Terme di Montecatini (I) , Capogruppo, Cuntis (Spagna) , Technirghid (Romania), hanno proposto ed ottenuto il finanziamento del Progetto " Geriatrics" and Thermal Baths". La presentazione ed il primo incontro si sono svolti a Montecatini Terme (I) nei giorni 21-22 Ottobre 2011. E' veramente cosa gradita ospitare l' intervento del Dott. Antonio Galassi , Direttore sanitario delle Terme di Montecatini (I) , ed esprimere a tutti i partecipanti le più vive felicitazioni.

Si è concluso con successo Sabato 22 Ottobre a Montecatini il primo incontro per il Programma di Apprendimento Permanente Leonardo da Vinci (2007-2013), edito e finanziato dalla Comunità Europea ,sul tema "Thermal Baths for Active Ageing". Per tale lavoro le Terme di Montecatini sono risultate vincitrici e capofila per la ricerca applicata per gli anni 2011-2013.

Partner istituzionali di Terme di Montecatini per il progetto sono: Termas de Cuntis , S.L., Cuntis (Spagna) , Sanatoriul Balnear si de Recuperare , Techirgiol (Romania) , Università di Pisa-Dipartimento Medicina interna-sezione Geriatria.

Il Programma Leonardo, prevede attività di studio e scambi interculturali volte all'intervento delle Strutture Termali, sulla prevenzione qualitativa nella terza età e sulle problematiche dell'invecchiamento nell'ambito dei Paesi Europei. Tale lavoro va ad avvalorare il prossimo sviluppo della mobilità trans-frontaliera per le cure termali per i circa 500 milioni di cittadini europei.

Responsabili del progetto per l'Italia sono il Professore Monzani dell' Università di Pisa (I) , il Dottor Galassi delle Terme di Montecatini (I) e il Coordinatore del programma Dottor Fausto Bonsignori di Livorno (I).



Nella prima giornata di venerdì 21 Ottobre si è provveduto a condividere con i partner partecipanti il work planning in cui si sono definite le tappe di attuazione del progetto che si articolerà in 4 fasi:

**Il Progetto si può dividere in 4 fasi basato sullo sviluppo temporale:**

|              |                         |                   |
|--------------|-------------------------|-------------------|
| PRIMA FASE   | L ' INIZIO              | MONTECATINI TERME |
| SECONDA FASE | PRIMA IMPLEMENTAZIONE   | CUNTIS            |
| TERZA FASE   | SECONDA IMPLEMENTAZIONE | TECHIRGHIOL       |
| QUARTA FASE  | FASE FINALE             | PISA              |

**Prima fase: Italia Montecatini Terme , 21-22 Ottobre 2011**

**Seconda fase: Spagna, Cuntis 11-12 Maggio 2012**

**Terza fase : Romania , Techirghiol , 5-6 Ottobre 2012**

**Quarta fase: Italia , Pisa 10-11 Maggio 2012**

**Attività Principali : Attori Principali**

I Partner devono collaborare in tutte le attività. Scegliere un coordinatore per le attività più importanti. Per esempio possiamo elencare alcuni nomi:

|  |                    |
|--|--------------------|
| Coordinamento generale collegamento tra Partners         | Montecatini Terme  |
| Linee guida e buona pratica                              | Techirghiol        |
| Reporter delle attività in video                         | Montecatini Terme  |
| Valutazione dei progressi di tutti i progetti            | Cuntis             |
| Sotto progetto: la riabilitazione termale degli anziani. | Università di Pisa |

Nella seconda giornata (sabato 22 ottobre) si sono poste all'attenzione dei presenti (medici termali, medici delle Scuole di Specializzazione in Geriatria , medici di Medicina Generale) le relazioni dei Responsabili Scientifici del programma attuativo:

**Dr. Fausto Bonsignori** , Coordinatore Progetto ,strategia e obiettivi

**Prof. Fabio Monzani**, Direttore della sezione Geriatrica dip. di medicina interna , Università di Pisa presente e futuro della medicina geriatrica.

**Prof. Gloria Raffaetà** , medicina fisica e riabilitazione Termale Università di Pisa

**Prof. Olga Surdu**, Santatoriul Techirghiol Costanta Università, psicologia del processo d 'invecchiamento e modulazione del parametri termici .

**Prof. Rosa Martinez** , Terme di Cuntis , clinical resort alle Terme di Cuntis.

**Dr. Antonio Galassi**, Direttore di Medicina delle Terme di Montecatini, esperienza con pazienti anziani.

Le relazioni hanno stimolato un'aperta discussione con i medici presenti in sala e maggiori esperti del Termalismo come l 'ing. Ennio Gori (Presidente Omth) ,Prof. Antonio Fraioli (Università di Roma), Prof. Pietro Pasquetti ( Università di Firenze) e Prof. Francesco Russo (Presidente AITI).

L'ing. Gori, Presidente Omth, ha espresso le più vive felicitazioni per l iniziativa che consente di rendere operativa, nell'ambito della ricerca scientifica, una concreta collaborazione fra strutture termali di diverse nazionalità dell' U.E.

Questo impegno si inserisce con tempestività nelle opportunità che a partire dall' Ottobre 2013 la Direttiva concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera porrà a tutti i cittadini comunitari.

Le terapie Termali potranno essere liberamente effettuate dai cittadini europei in altro Stato, senza autorizzazione preventiva, a condizione che le stesse siano previste nel loro sistema sanitario.

Per raggiungere questo risultato epocale Omth si è concretamente impegnata a raggiungere un traguardo che qualificherà un nuovo termalismo in questo inizio di secolo.

I Professori Fraioli, Pasquetti e Russo hanno riconosciuto la validità scientifica espressa dai lavori presentati dai partners del progetto e le potenziali attività terapeutiche del mezzo e dell'ambiente termale per i cittadini europei over 65 affetti da patologie croniche.

La giornata si è conclusa con un arrivederci al prossimo incontro a Cuntis (Spagna 11-12 maggio 2012 ) e quello successivo a Techirghiol (Romania) il 5-6 ottobre 2012.

**Dr. Antonio Galassi**  
**Direttore Sanitario**  
**Terme di Montecatini.**

## **ITALIA**

### **VISITA DELEGAZIONE MAROCCO IN TRENTO.**

In occasione del Congresso, "Le nuove frontiere del Sistema Sanitario Europeo - libera circolazione dei pazienti negli stati dell'Unione Europea fra pubblico e privato" che si è svolto a Levico Terme il 24 settembre scorso, si è concretizzata la possibilità di ospitare nelle realtà termali del Trentino Alto Adige una qualificata delegazione di personalità del Marocco.

La delegazione era composta da: l'ing Youres Jabrane Direttore dei Progetti dell'Agenzia del Sud, Mounir Jbilou (Agence du Sud, Unité de Gestion du Programme Pêche Ingénieur Principal, Responsable de l'UGPP), dall'ing. Saadia Bahaj del dipartimento dell'energia e minerario.

La collaborazione tra Omth ed il Marocco è scaturita dalla partecipazione del Presidente Enio Gori, a Rabat nel 21 maggio 2010, alla tavola rotonda incentrata sullo sviluppo del termalismo nel sud del Marocco organizzata dalla Agenzia per la promozione e sviluppo economico e sociale delle Province del Sud del Regno. Il tema è stato fra i più stimolanti ed innovativi poiché il termalismo è stato individuato come elemento portante per la crescita di alcune zone del Sahara. La località prescelta è Lamssid, situata tra il deserto e Oceano Atlantico che diverrà la località dei "bagni del deserto".

Nei giorni 21-22-23 settembre l'Omth ha organizzato per la delegazione un tour nei due maggiori e più qualificati Centri termali del Trentino e ad uno in Alto Adige. E' stata l'occasione per una visita a tre stazioni termali le cui concezioni sono state sicuramente utili per la realizzazione della stazione di Lamssid e più precisamente: Terme di Levico, Terme di Comano e Terme di Merano.

I responsabili delle tre stazioni hanno incontrato la delegazione con particolare cordialità dando alla stessa la possibilità di approfondire sia l'aspetto tecnologico sia l'aspetto medico sanitario con i relativi approfondimenti sulla tipologia delle acque e dei trattamenti possibili entrando anche nelle varie specializzazioni mediche che li contraddistinguono. La delegazione ha anche potuto approfondire i diversi aspetti strategici che nelle diverse particolarità contraddistinguono le tre realtà termali.

La visita ed gli incontri con i dirigenti delle tre stazioni termali (Dott. Paolo Andreaus, Direttore generale delle Terme di Comano; la Dott.ssa. Tiziana Lalli Vico, Marketing & Presse delle Terme di Merano; Donatella Bommassar, Presidente delle Terme Levico-Vetriolo) hanno permesso pertanto alla delegazione di conoscere le proposte di un termalismo innovativo che sarà di particolare utilità per la concreta attuazione delle Terme di Lamssid intese come punto di riferimento per l'intera regione del Nord Africa.

La delegazione ha concluso la missione confermando lo stretto legame tra omth ed il termalismo del Marocco.

## SUD AMERICA - BRASILE

III Thermal Meeting OMTh Brasile 2011 - Aguas de Lindoia / S.Paolo - 29 e 30 novembre

### III THERMAL MEETING OMTh BRAZIL 2011\*

29 and 30 November/2011 - Águas de Lindoia/SP/BRA - Hotel Monte Real

*"Brazilian hottest forum about Hydrothermalism, Health Tourism, SPA and Healing Natural Resources"*



Águas de Lindoia City Hall



E' cosa gradita dare notizia di un evento di indubbio rilievo ad Aguas de Lindoia (S. Paolo - Brasile). Il 29 e 30 novembre 2011 si è svolto il III° Meeting Termale OMTh organizzato dalla Società Brasiliana di Termalismo. Si è trattato di un incontro di grande valore scientifico che onora la nostra organizzazione e di cui daremo adeguato rilievo nella prossima newsletter.

**Ennio Gori**  
**Presidente OMTh**