

Paolo Goliani

**Politica sanitaria in Italia,
passato, presente e futuro.**

La tutela della salute nell'era della crisi economica.

2013

Permesso di pubblicazione sul sito www.accademiadelle scienze.com accordato dall'Autore in data 06/11/2013.

Premesse

La sostenibilità economica degli Enti Sanitari pubblici è sempre stata una necessità, perché la salute non ha prezzo, ma ha dei costi. Mentre l'equilibrio gestionale finora era orientato soprattutto ad un incremento, sia pure controllato, dell'offerta sanitaria commisurata alla domanda, corrispondente ai bisogni di salute, veri o presunti, dei cittadini, ora, nella crisi epocale che stiamo vivendo, la scarsità delle risorse, in un contesto di pesante recessione dell'economia nazionale, diventa un parametro fondamentale della politica sanitaria. Se si vuole salvare il Servizio Sanitario pubblico bisogna innanzitutto contenerne i costi, con il limite però della salvaguardia della tutela degli effettivi bisogni di salute della popolazione. Quindi, se da un lato, le risorse devono essere sufficienti ad assicurare livelli essenziali di assistenza individuati secondo una logica di Medicina basata sull'Evidenza, senza tagli lineari, ma con un serio impegno contro sprechi, malversazioni ed inefficienze, dall'altro il rapporto costo benefici per tutti gli interventi deve essere tenuto sempre ben presente..

Un esame preliminare del contesto economico generale è stato ritenuto opportuno in questo documento perché dalla situazione economica generale non si può comunque prescindere se si vuole discutere razionalmente di economia sanitaria e delle politiche ad essa correlate.

1. Contesto Macroeconomico

Lo scopo di studiare economia non è quello di acquisire risposte che gli economisti danno su questioni economiche, ma di evitare che esse ci ingannino (Joan Robinson)

1.1 macroeconomia

studia il comportamento sociale relativo alla produzione della ricchezza, alla distribuzione del reddito e al consumo per grandi aggregati (PIL, spesa pubblica, domanda interna, ecc.) che sono le risultanti a livello di sistema di tutti i fenomeni microeconomici (comportamenti individuali) verificatisi al suo interno. Per Keynes da questi fondamentali della macroeconomia si possono derivare tre grandi funzioni che semplificano l'analisi economica : la funzione del consumo, la funzione dell'investimento e la funzione della preferenza per la liquidità.

1.2 Glossario economico essenziale

PIL : Valore monetario del reddito* prodotto in un anno al lordo degli ammortamenti**

*reddito = incremento della ricchezza (insieme dei beni e servizi disponibili)

**ammortamento = riduzione della vita futura di un bene strumentale

spesa pubblica : Impiego da parte dello Stato di risorse finanziarie (tasse + deficit) per la produzione di servizi pubblici o più in generale per interventi di politica economica.

Nel suo complesso supera il 55% del PIL (la spesa sanitaria è pari al 7,5% del PIL).

Spesa corrente = supera il 92% del totale, si suddivide in spesa per consumi collettivi (servizi pubblici), spesa per trasferimenti (alle famiglie - previdenza e assistenza e alle imprese - sgravi fiscali e credito agevolato), spesa per interessi passivi (titoli di stato, *spread*)

Spesa in conto capitale = è inferiore all'8%. E' determinata dagli investimenti pubblici (opere pubbliche)

Deficit = passivo del bilancio annuale dello Stato (spesa pubblica non coperta dalle entrate tributarie)

debito = risultanza cumulativa delle passività derivanti dai periodici deficit che lo Stato deve finanziare ricorrendo ai prestiti (titoli di Stato) e/o *all'emissione di nuova moneta*.

inflazione = dilatazione della massa monetaria con diminuzione di valore della moneta ed aumento generalizzato dei prezzi

deflazione = restrizione della massa monetaria con contrazione della produzione e dei redditi (non necessariamente diminuzione dei prezzi)

la massa monetaria in circolazione determina il livello dei prezzi assieme ad altre 3 variabili i costi di produzione, la domanda, l'offerta. Un suo aumento sostiene la domanda che a sua volta stimola l'offerta (produzione). Ne consegue un aumento dei prezzi, ma anche si evitano così più pesanti manovre sul versante dei costi di produzione (calo dell'occupazione e/o calo delle retribuzioni dei lavoratori). In tempi di recessione quindi una politica moderatamente inflattiva, si rivela più utile che dannosa.

entrate dello Stato =

Extra tributarie : affitto beni demaniali, profitto Enti pubblici economici

Tributarie :

a) tasse (pagamento per servizi divisibili)

b) imposte : dirette (sul reddito e sul patrimonio) indirette (sui consumi)

c) contributi (previdenza)

Il punto debole delle politiche economiche keynesiane, che ha favorito l'affermazione del liberismo, consiste proprio nell'eccessiva pressione fiscale resa necessaria dal fabbisogno della spesa pubblica.

1.3 Alle radici della crisi economica : affermazione del liberismo

Nei Paesi industrializzati dell'Occidente dagli anni ottanta, e in modo ancor più accentuato dopo la fine del "socialismo reale" e con il tumultuoso affermarsi della "globalizzazione", le politiche di tipo keynesiano basate sull'intervento pubblico nell'economia e sulla creazione di sistemi di sicurezza sociale, che avevano garantito decenni di sviluppo economico e di benessere diffuso, sono state accantonate in favore del liberismo (economia gestita dai meccanismi di autoregolazione del mercato)

1.4 Subordinazione dell'interesse pubblico all'interesse privato

Nell'ideologia "liberista" secondo la quale non esiste la società, ma esistono solamente gli individui, preminente è l'interesse privato e lo stato deve limitarsi a ad un semplice ruolo di arbitro che regola le contrapposizioni tra i vari interessi privati, invece per l'ideologia "democratica", secondo la quale, in tutte sue varie declinazioni, l'interesse privato deve essere subordinato all'interesse pubblico, lo stato ha il compito di dettare l'indirizzo anche della

politica economica. Peraltro una politica dirigista può opportunamente prevedere un equilibrio tra stato interventista e libero mercato, nel senso che, se da un lato si mantengono nel settore pubblico quelle attività economiche di particolare rilevanza strategica per l'interesse nazionale, dall'altro l'iniziativa privata viene lasciata libera di agire negli altri settori economici, purché non sia in contrasto con gli indirizzi generali della politica economica dello stato.

I principi del liberismo quali la massimizzazione del profitto, l'espansione costante dei mercati, la globalizzazione dei circuiti finanziari, sono invece incompatibili con i valori ispiratori dello stato democratico quali la difesa dell'interesse generale, inteso come bene pubblico, la protezione dei cittadini, anche con iniziative di carattere solidaristico, la sovranità nazionale. Per i liberisti quindi lo stato nazionale è dannoso, perché assorbe risorse da destinare a fini sociali con il sistema fiscale, e superfluo, perché i (pochi) meccanismi regolatori indispensabili al funzionamento dell'economia globalizzata possono essere più utilmente stabiliti da "entità" sovranazionali non vincolate dal consenso dei cittadini. Una politica di privazione progressiva degli stati nazionali dei loro poteri (che servono a garantire i diritti di tutti i cittadini) è la strategia del capitale finanziario internazionale per conseguire l'obiettivo della privatizzazione del mondo (*stateless global governance*).

In linea di massima si può affermare che il pensiero illuminista si è sviluppato lungo due principali direttive l'una più attenta al valore della libertà e l'altra per la quale è prioritaria l'eguaglianza. Come giustamente rilevato dal filosofo Bobbio la corrente che pone come valore fondante la libertà ispira i moderni movimenti politici di Destra, mentre quella che ha come valore fondante l'eguaglianza costituisce il patrimonio culturale della Sinistra. Peraltro se le ali più estreme di entrambi gli schieramenti politici vogliono applicare in modo intransigente tali valori attraverso il liberismo da una parte, e forme di socialismo reale dall'altra, le forze politiche più moderate, sia di destra che di sinistra (liberaldemocratici e socialdemocratici) hanno cercato, nel corso del XX secolo, e continuano tuttora, a tentare di conciliare diritti individuali e diritti sociali. La nostra Costituzione è un esempio di questa visione politica.

Oggi la vera differenza tra Destra e Sinistra consiste proprio nella priorità da riconoscere all'interesse pubblico piuttosto che all'interesse privato, perché la Storia ci ha insegnato che l'eguaglianza tra i cittadini non si realizza attraverso forme di egualitarismo economico conseguenti alla socializzazione dei mezzi di produzione, considerato che la mortificazione del merito porta inevitabilmente all'inefficienza, ma perseguendo politiche attente all'interesse generale della collettività, piuttosto che a quello privato dei singoli individui.

La terza grande famiglia politica della tradizione democratica europea, quella cristiano sociale, pur trovando le proprie radici ideali nei valori religiosi piuttosto che in quelli illuministici, si ispira a principi solidaristici generalmente favorevoli alle politiche sociali e quindi il principio della funzione sociale dell'economia di mercato, sia pure coniugato in modo diverso nei vari Paesi, è il sistema socio-economico secondo il quale si è sviluppata dell'Europa comunitaria. Nel secolo scorso era dato per assodato che il principio del perseguimento del profitto, motore intrinseco dell'economia di mercato, doveva essere temperato da principi extraeconomici, quali l'etica sociale del liberalismo classico, i precetti della dottrina sociale della Chiesa (giusta mercede che il datore di lavoro deve corrispondere al lavoratore - Leone XIII *Rerum Novarum*) e le politiche riformiste di welfare delle grandi socialdemocrazie. Con la caduta del socialismo reale però, in Europa i poteri forti dell'economia, illudendosi che la questione sociale fosse superata e che di conseguenza si potesse fare a meno di quelle politiche fino ad allora attuate per evitare che i popoli venissero irretiti dalla propaganda comunista, rimisero pesantemente in discussione lo Stato sociale, i diritti dei lavoratori e il peso di sindacati e socialdemocrazie, in nome di un'economia di mercato libera da ogni vincolo.

Nell'Europa continentale, e segnatamente in Germania, il liberismo è stato interpretato secondo il paradigma "ordo-liberale" che è stato elaborato negli anni '30 del secolo scorso dagli economisti della cosiddetta Scuola di Friburgo ed applicato dal liberale Erhard, ministro tedesco dell'Economia negli anni '50. Questa teoria è basata su tre principi: il sostegno alla libera concorrenza (liberalizzazioni), una visione "sociale" dell'economia di mercato (per mitigare gli squilibri del mercato), la difesa della stabilità dei

prezzi (finanza pubblica in equilibrio). Il sistema economico è ben ordinato da una precisa regolamentazione, e la libera iniziativa (che ne è comunque l'essenza) può svilupparsi solamente all'interno di queste regole, a differenza del liberismo **del laissez-faire (rappresentato dagli studiosi della scuola di Chicago), dove il mercato dovrebbe autoregolarsi. La stessa regolamentazione (trattato di Maastricht), fatta però secondo i parametri più convenienti per l'economia tedesca, viene ora imposta a tutti i Paesi dell'Eurozona. Gli effetti negativi sulle economie dei Paesi ad economia più debole in una fase di grave recessione sono sotto gli occhi di tutti.**

1.5 Bolle speculative e crescita economica

La finanza privata (grazie alla "leva finanziaria") è diventata il motore principale dello sviluppo : la ricchezza veniva creata, in un modo poi rivelatosi fittizio, principalmente nei rapporti di credito e di debito gestiti dal capitale finanziario piuttosto che nell'economia reale, almeno nei Paesi sviluppati (il debito complessivo ha superato di 10 volte il PIL mondiale).

L'attività finanziaria ha prodotto ricchezza a tassi di crescita compresi tra tre e quattro volte quelli dell'economia reale (i titoli azionari e i fondi di investimento negli USA nei 5 anni antecedenti la crisi hanno avuto una redditività media superiore al 20%). Si trattava però di un aumento di valore virtuale, consistente in pezzi di carta o registrazioni informatiche, che solamente in parte, attraverso uno stimolo alla domanda, si traduceva in un aumento dei beni e dei servizi effettivamente prodotti.

1.6 Scoppio della bolla immobiliare negli USA

Nel 2008 quando la sproporzione tra i debiti privati e i redditi dei debitori è divenuta insostenibile la bolla speculativa dei mutui subprime negli Stati Uniti è scoppiata. Il mercato del credito immobiliare aveva dato origine a questa "bolla" speculativa anche grazie a ripetute e sistematiche violazioni di regole da parte dei protagonisti maggiori del sistema bancario, che ora infatti, per rimborsare 8,5 miliardi di dollari in conseguenza di abusi, errori e frodi sulle operazioni legate ai prestiti per la casa, in base ad un accordo con le autorità federali di vigilanza.

La crisi finanziaria da Wall Street si è propagata poi all'Europa determinando la necessità per gli stati dell'Unione Europea di trasfondere più di 4.600 miliardi di euro nelle loro banche. Ciò nonostante la solidità degli istituti finanziari è rimasta precaria e ciò ha richiamato l'attenzione dei mercati sulla qualità degli altri titoli detenuti a garanzia dalle banche stesse, generalmente titoli di stato.

1.7 Crisi del debito sovrano in Europa

Si è così originata la crisi del debito sovrano di quei Paesi, la Grecia in attualità, ma anche l'Italia in prospettiva, che evidenziavano difficoltà finanziarie a sostenere il peso del loro debito. Tali Paesi quindi, pur in una situazione recessiva, per l'impatto della crisi internazionale, invece di poter espandere la spesa pubblica a sostegno dell'economia sono stati costretti a politiche restrittive con pesanti ripercussioni sull'economia reale e sul tenore di vita dei cittadini.

E' opportuno tener presente che un fondamentale driver del debito pubblico in Italia è rappresentato dagli interessi. Infatti l'esplosione del debito si è avuta negli anni 80 quando i tassi di interesse dei titoli di stato hanno superato abbondantemente l'inflazione. Pertanto anche i più stringenti vincoli alla spesa pubblica, come l'obbligo al pareggio di bilancio elevato a norma costituzionale, se da un lato hanno effetti recessivi, in particolare nelle fasi negative del ciclo economico, dall'altro non garantiscono la sostenibilità del debito qualora i tassi di interesse rimangano eccessivi. Se realmente interessata al risanamento del debito pubblico dei Paesi in sofferenza, come l'Italia, la BCE, oltre a misure di rigore dei conti pubblici, dovrebbe pensare anche a garantire a tali Paesi tassi di interesse accettabili sui titoli di stato, ad esempio con l'emissione di Eurobond. In assenza di azioni calmierizzatrici sui tassi di interesse dei debiti sovrani, la pressione fiscale e i tagli alla spesa pubblica nei Paesi in difficoltà

oltrepasseranno i limiti del socialmente tollerabile (disoccupazione di massa, povertà dilagante, ecc.), a tutto vantaggio del profitti del capitale finanziario globale, altrimenti detto "mercati finanziari" (grandi banche internazionali, hedge funds, ecc.). Lo smantellamento del welfare (sistema pensionistico e sistema sanitario pubblici), inevitabile in caso di drastiche riduzioni della spesa pubblica, rappresenta per di più un doppio affare per il grande capitale, perché in caso di privatizzazione dei servizi, l'erogazione dei medesimi offrirà ulteriori opportunità di profitto ai potentati economici. Le cosiddette "riforme" liberiste, consistenti in estrema sintesi nel contenimento dei salari e della spesa pubblica, possono risultare utili per ridurre le spinte inflazionistiche perché diminuiscono la massa monetaria. In un periodo di deflazione, invece, tali politiche deprimono ancor di più la domanda interna a causa della riduzione del potere d'acquisto dei lavoratori e del settore pubblico. Ne consegue una situazione di sovrapproduzione (parte di quanto prodotto dalle imprese rimane invenduto) che a sua volta determina una contrazione delle attività produttive con un risultato finale assolutamente negativo per l'economia del Paese : niente crescita, ma riduzione del PIL e disoccupazione di massa. Lo scenario che viene a delinarsi con l'applicazione della ricetta liberista è di tagli di pensioni e di servizi sociali, riduzione di salari e di diritti dei lavoratori, aumento dei costi del "servizio" del debito pubblico (spread) a vantaggio delle banche, ovvero una redistribuzione della ricchezza dal Lavoro al Capitale con cancellazione delle conquiste sociali del XX secolo..

2. Politica Economica

2.1 Rigore e crescita

La crisi economica impone di rivedere radicalmente il modello di sviluppo adottato negli ultimi decenni, basato sul "motore finanziario".

Le manovre di riequilibrio delle finanze pubbliche (più tasse e meno spesa pubblica), peraltro indispensabili, sono, come si è visto nei fatti, insufficienti al superamento della crisi, anzi possono ulteriormente aggravarla. Anche se ci sono stati degli effetti indubbiamente positivi, in quanto il deficit nel 2012 è stato pari al 2,1% del PIL contro il 3,9% del 2011, e l'avanzo primario, al netto degli interessi sul debito, quest'anno sarà pari al 3,3% del PIL, (secondo miglior risultato fra i Paesi del G20 dopo l'Arabia Saudita), l'austerità rischia di determinare una spirale recessiva di lungo periodo nella quale ai tagli di bilancio conseguono minori entrate fiscali che a loro volta obbligano ad ulteriori risparmi.

Tenuto conto del fatto che ora il debito pubblico italiano è più sostenibile, anche perché nel 2013 dovranno essere emessi titoli di stato per 200 miliardi, circa 40 in meno dell'anno scorso, e considerato che la spesa pensionistica, dopo la riforma, fino al 2060 si ridurrà annualmente dello 0,9%, a fronte di un aumento medio del 2% annuo nel resto dell'Unione Europea, l'agenda governativa deve prevedere adesso politiche di sviluppo, che aumentino la produzione di ricchezza nell'economia reale, sia pure compatibilmente con l'equilibrio dei conti pubblici, come strumento indispensabile per un risolutivo risanamento economico.

In un articolo del *Washington Post* del 3 gennaio scorso era riportato che il Fondo Monetario Internazionale sta rivedendo le sue strategie basate su politiche di rigore, perché l'aumento delle tasse e i tagli alla spesa pubblica hanno avuto effetti depressivi sulla domanda interna, sulla crescita, sullo stesso debito pubblico molto più ampi del previsto contribuendo a comprimere oltre misura sviluppo e occupazione nei Paesi ai quali sono state imposte. In particolare il moltiplicatore in negativo delle tasse (un punto di pressione in più fa scendere il PIL in misura maggiore di uno) è risultato essere maggiore di quello della spesa (i tagli alla spesa non trascinano così in basso il PIL). Mentre i burocrati di Bruxelles avevano previsto che la riduzione di 1 punto del deficit pubblico avrebbe ridotto la crescita di mezzo punto, i fatti hanno dimostrato invece che un punto in meno di deficit produce un punto e mezzo di decrescita dell'economia reale. Del resto il premio Nobel per l'economia Krugman ha già da tempo identificato proprio nelle campagne di rigore e austerità una delle cause di aggravamento della crisi. La FED in America sta già attuando una politica di espansione della massa monetaria per un totale di 85 miliardi di dollari al mese con i programmi QE 3 e 4 allo

scopo di tutelare prioritariamente l'occupazione, il Giappone svaluta lo yen, secondo un'analogia strategia per favorire le esportazioni, mentre l'area economicamente più debole, l'Europa, su precisi input tedeschi di stabilità valutaria, fa apprezzare l'euro del 10% sul dollaro, del 25% sullo yen e dell'8% sulla sterlina. Purtroppo la Merkel, anche se questa situazione a lungo andare potrebbe danneggiare seriamente l'economia tedesca invece di prenderne atto, si limita a protestare contro il Giappone.

2.2 Equità sociale

Una ripartizione più equilibrata dei sacrifici, i tra lavoratori e i cittadini fruitori di servizi pubblici da un lato e il grande capitale bancario detentore dei titoli di debito, dall'altro, renderebbe effettivamente raggiungibile a costi economici e sociali sopportabili l'obiettivo del risanamento dei conti pubblici nei Paesi dell'Europa Mediterranea come l'Italia. A fronte dei sacrifici sopra citati, i vantaggi per i cittadini sarebbero rappresentati dal mantenimento, sia pure con le necessarie riforme in funzione di una maggiore efficienza, della fruizione dei diritti sociali (lavoro e Welfare), quelli per i detentori del debito, maggiori certezze circa la percezione degli interessi e la restituzione del capitale prestato, sia pure con una lieve sforbiciata (in termini di valore e non di valuta).

2.3 Politiche dell'Unione Europea

I parametri del Trattato di Maastricht come il contenimento del deficit al 3% (ora obbligo del pareggio di bilancio), il tetto al 60% di PIL del debito pubblico, ecc. se applicati con una rigidità eccessiva, sono incompatibili con la crescita per le economie più deboli e rischiano di compromettere le loro economie per un lungo periodo.

Tali parametri (funzionali alla stabilità della moneta e ad un tasso di inflazione particolarmente basso), peraltro non hanno un valore "scientifico" assoluto, ma sono ottimali per economie in buona salute, come la Germania.

Così come è stato concepito e come finora è stato applicato il trattato di Maastricht è un patto tra diseguali in cui la moneta unica inevitabilmente penalizza i Paesi economicamente più deboli rischiando di determinare una grande depressione che alla fine coinvolgerebbe anche le economie dei Paesi forti.

Con l'introduzione della moneta unica (Euro) il differenziale tra i tassi di interesse pagati dai vari Stati sui loro debiti pubblici si è ridotto (3% tasso Germania e 4,3% tasso Italia = spread 130 prima della crisi). Con la crisi negli ultimi due anni lo spread è invece cresciuto (1,5% tasso Germania e 6,5% tasso Italia spread = 500), non solo con la penalizzazione dei paesi in difficoltà, ma con vantaggi dei paesi più forti. Poiché il finanziamento dei fondi europei salvastati è stato per il 25% a carico della Germania (che ha beneficiato di un calo dei tassi dei suoi bond), ma per il 15% a carico dell'Italia, che invece è stata penalizzata dall'aumento dei tassi, paradossalmente la crisi greca la sta pagando il contribuente italiano, che appartiene ad un Paese che non ha banche esposte sul debito greco, e non il contribuente tedesco, che invece vive in un Paese che ha una grossa esposizione bancaria con la Grecia. Ciò nonostante la Merkel, in ciò assecondata da una buona parte dell'opinione pubblica tedesca, fa la voce grossa contro i cosiddetti PIIGS. Così l'Italia è cornuta e mazziata, tenuto anche conto del fatto che in cinque anni (2007-2011) ha recuperato solo 50 miliardi dei quasi 76 versati all'Europa. La politica finora seguita dall'Italia, di restare nell'euro e caricarsi da sola il peso degli aggiustamenti non è sostenibile a lungo termine, perché comporta una depressione economica senza vie d'uscita. Per il nostro Paese rispettare il **Fiscal Compact**, ossia l'impegno assunto in sede UE a riportare il rapporto debito/Pil al 60% come previsto dal Trattato di Maastricht entro un determinato periodo di tempo (20 o 30 anni), anche se l'ERF (fondo di riscatto europeo) comprando il debito pubblico degli stati membri eccedente quel 60 per cento ci farebbe risparmiare sugli interessi per piazzare i BTP a copertura di tale quota, 24 miliardi all'anno, comporterà per molti anni un esborso di 62 miliardi annui per rimborsare al Fondo sia il capitale che gli interessi (pari a 2-3 manovre finanziarie ogni anno). Una simulazione matematica che preveda il dimezzamento del debito in 20 anni (riduzione di 900 miliardi) mostra che volendo agire per il 50% sulla spesa pubblica e per il 50% sulla leva fiscale si dovrebbero adottare misure quali dimezzare tutte le pensioni (ridurle del 50%) + licenziare almeno 2.000.000 di impiegati pubblici (un terzo nella scuola, un terzo nella sanità, un terzo

tra polizia, carabinieri e Fiamme Gialle + i due terzi degli impiegati comunali e regionali) + cancellare ogni forma di assistenza sociale + ridurre di non meno del 40% tutti gli stipendi del settore pubblico in relazione alla spesa e introduzione di nuove e cospicue tasse sui patrimoni e più in generale su ogni avere, per quanto attiene le entrate. E' del tutto evidente che questo scenario, o altri non molto dissimili, vista l'entità delle manovre finanziarie indispensabili al rispetto del fiscal compact, significa la rovina del Paese.

Peraltro l'alternativa di lasciare l'euro comporta il grave pericolo di una svalutazione incontrollata della moneta. L'unica strada ragionevolmente percorribile per il nostro Paese è quella di rimanere nella zona euro, subordinando la permanenza ad aggiustamenti condivisi e simmetrici tra creditori e debitori. Una soluzione del genere è anche la migliore per l'Europa, perché è da tener presente che la fine dell'Euro, inevitabile se lo strozzamento delle economie dei Paesi più deboli dovesse continuare, non solo rischia di avere gravi ripercussioni negative anche sull'economia tedesca (svalutazioni competitive, ecc.), ma molto probabilmente può determinare lo sfascio degli equilibri politici nell'Eurozona con pericoli concreti di guerre e rivoluzioni sociali. Quanto accade in Grecia (assalti a supermercati e altri "espropri proletari" come fenomeno di massa) ha destato allarme in alcuni economisti e rappresentanti del mondo bancario tedeschi ed inglesi che hanno presentato un rapporto alle Istituzioni dell'Unione Europea e alla BCE, in cui si sostiene che "la Grecia deve uscire, con urgenza, almeno temporaneamente dall'euro, svalutando la moneta del 20 - 30%, pena la definitiva distruzione della sua economia, arrivata a un tale punto di degrado da poter essere considerata come "tragedia umanitaria" passibile di intervento dell'ONU". Nell'immediato però la percezione della gravità della crisi economico-sociale è molto diversa nell'opinione pubblica dei vari Paesi. Circa il 70% degli intervistati in Portogallo provano preoccupazione, in Italia è il 67%, in Spagna il 59%, in Austria il 44% e in Germania il 38%, mentre meno di un terzo degli intervistati svizzeri e russi sono preoccupati. E se un sesto degli spagnoli teme di perdere il posto di lavoro, negli altri Paesi la percentuale è decrescente, giù fino all'1% degli austriaci, vicini a Germania e Svizzera. Ciò non aiuta a trovare consenso politico per manovre economiche di respiro europeo nei Paesi non ancora coinvolti dalla crisi. Però se dal più forte sindacato d'Europa, il Dgb tedesco, viene una delle più innovative proposte anti-crisi: un piano Marshall per l'Europa, gestito dall'Unione, simile al New Deal degli anni '30, significa che anche a livello europeo si possono formare aggregazioni politiche su principi diversi dalla più ottusa difesa di interessi nazionali a breve termine.

E' opportuno rilevare come, mentre negli USA la FED per sostenere l'occupazione faccia politiche monetarie espansive, perché i disoccupati sono cittadini elettori americani, in Europa, invece, la BCE attua politiche restrittive, per tenere bassa l'inflazione (nonostante una evidente deflazione in atto), perché l'elevato tasso di disoccupazione europeo non riguarda i cittadini tedeschi, elettori della Germania, stato che di fatto controlla la BCE, che invece sono particolarmente sensibili ai rischi inflazionistici.

Mentre in Germania, i senza lavoro sono scesi a 2,2 milioni (il 5,3% della popolazione), Nell'ultimo anno i disoccupati spagnoli sono passati da 5,7 a 6,1 milioni di euro (dal 24,8% al 26,9%), in Italia da 2,6 a 3,1 milioni (dal 10,4% al 12,2%). Numeri che si traducono in quel "quasi uno su due di tutti i senza lavoro dell'area euro". Un tasso che sale al 64% se nel computo entra la Francia dove i disoccupati hanno sfondato quota 3 milioni.

In Italia e Spagna c'è il 48% di disoccupati dell'intera area euro: oltre 9 milioni di persone (3 in Italia e altri 6 in Spagna, rispettivamente il 16% e il 32%del totale e sui 19,2 milioni complessivi) nonostante insieme, i due paesi, rappresentano solamente il 31,8% della popolazione dell'area euro.

In proposito si sottolinea anche che oltre alla spesa pubblica finanziata in deficit dagli stati, che di norma ha la finalità di stimolare la domanda aggregata nell'interesse dell'economia reale (con priorità al sostegno all'occupazione), un importante fattore inflazionistico è rappresentato dalla cosiddetta "leva finanziaria", la ricchezza creata allo scoperto dal sistema bancario internazionale, per fini puramente speculativi. Non a caso delle misure per limitare tale moltiplicatore monetario, altrettanto pericoloso per gli equilibri economici generali

dell'incontrollata espansione dei debiti sovrani, erano state intraprese a seguito della Crisi del 29, ma negli anni 90 sono state abrogate ed ora a livello globale è il debito privato molto più preoccupante del debito sovrano.

2.4 Alternative per superare la crisi

Un ritorno a politiche keynesiane, a livello europeo, perché gli equilibri finanziari dei Paesi più deboli non consentono loro aumenti del disavanzo pubblico, basate innanzitutto su un aumento dei consumi sociali (formazione, sanità, infrastrutture), mediante l'emissione di Eurobond, servirebbe a riequilibrare l'Europa su basi solidaristiche, facendo così avanzare decisamente l'Unione verso la struttura di un vero stato federale. L'incremento della domanda aggregata per l'azione diretta del settore pubblico volta a creare occupazione, è infatti la misura più utile per uscire creare sviluppo, condizione essenziale per uscire dalla crisi, purché naturalmente la spesa pubblica sia gestita correttamente, al contrario di quanto finora avvenuto in Italia. Un management pubblico più attento all'interesse generale che agli interessi privati dei poteri forti, tecnicamente capace, che tragga vantaggi dal ruolo che svolge, nella misura in cui produce benefici per la cosa che amministra (rapporto a somma positiva) invece di arricchirsi a scapito di ciò che gestisce (rapporto a somma pari o negativa) è un presupposto fondamentale per la buona riuscita di una simile politica.

Il pareggio di bilancio dello Stato, e la riduzione del debito pubblico, sono da considerare scelte politiche valide soltanto nelle situazioni di piena occupazione e di espansione dell'economia. La spesa pubblica, anche in debito, costituisce, invece, il più importante strumento di intervento capace di modificare il volume dell'attività economica complessiva nelle fasi di depressione e di disoccupazione,

Per uscire dalla depressione, nella visione keynesiana ciò che realmente importa è che, mediante la spesa pubblica, venga posta in essere una domanda addizionale determinando l'aumento della domanda aggregata, stimolo essenziale per la crescita economica. L'aumento del reddito disponibile per i consumi (determinante della domanda) è ben più importante della redistribuzione del reddito medesimo e la quota aggiuntiva viene ottenuta con un aumento dell'occupazione stimolato dall'intervento pubblico.

Posto che la disoccupazione è un problema di deficienza di domanda effettiva, e non un problema di deficienza di capacità produttiva (che in fasi di recessione è sottoutilizzata) ciò che conta di più è l'ammontare complessivo della spesa pubblica piuttosto che il suo contenuto (utilità intrinseca). Indirizzare la spesa verso consumi che migliorano il benessere sociale (opere pubbliche, miglioramento di servizi pubblici, ecc.) però porta ad ulteriori benefici (aumento del benessere dei cittadini).

Il rilancio dell'occupazione è fondamentale, perché il lavoro è il momento essenziale dell'esistenza umana che rende l'uomo libero. Infatti, per signoreggiare la natura in modo efficace, utilizzandone le risorse per soddisfare i propri bisogni, l'individuo, attraverso il lavoro, deve acquisire abilità teoriche e pratiche universalmente valide (manifestazione della coscienza) e deve intessere necessariamente rapporti con gli altri consociati, divenendo pienamente partecipe della vita sociale. Il lavoro quindi ha una sua utilità per la comunità, al di là dei beni e servizi che serve a produrre, perché contribuisce in modo essenziale all'inclusione sociale dell'individuo. Per tale motivo un intervento pubblico per finanziare il lavoro, creando l'occupazione, è più razionale di forme di sostegno al non lavoro, quali sussidi di disoccupazione, comunque denominati, che tra l'altro si prestano a deleterie forme di assistenzialismo clientelare.

Una quota importante degli interventi per il lavoro dovrebbe essere destinata al contrasto della disoccupazione giovanile, fenomeno particolarmente preoccupante viste le sue dimensioni di massa. Una formazione pratica spesso manca ai giovani in cerca di primo impiego e quindi

un'attività formativa retribuita, ad esempio sotto forma di borsa lavoro, potrebbe in questa fase di emergenza utilizzare le scarse risorse disponibili in favore di una più vasta platea di interessati.

Considerato che il **Terzo settore** è l'ambito più dinamico dell'economia italiana, come risulta dal *'Nono censimento industria e servizi, istituzioni e non profit: un paese in profonda trasformazione'* (dal 2001 le organizzazioni **non profit** hanno segnato un incremento di addetti del **39,4% a fronte di** una contrazione degli occupati nelle istituzioni pubbliche e nelle imprese private), un ruolo di rilievo dovrebbe essere affidato alla Cooperazione Sociale.

In alcuni settori dei servizi pubblici, come istruzione e sanità dove l'occupazione dipendente per le politiche di rigore finanziario è già diminuita, rispettivamente -10,3% e -8,6%, ed è destinata a contrarsi ulteriormente, un razionale utilizzo delle istituzioni non profit, sotto forma di partnership con le Pubbliche Amministrazioni, potrebbe risultare fondamentale a contenere i costi, pur mantenendo il livello dei servizi.

Altri provvedimenti rivolti principalmente al settore privato, quali la riduzione del tasso di interesse e la riduzione della pressione fiscale, sono da ritenere meno efficaci. La riduzione dei tassi d'interesse, misura molto gradita agli imprenditori e ai mezzi di informazione di loro proprietà, in una situazione di grave recessione è in realtà un provvedimento di utilità limitata, perché in un sistema produttivo ampiamente sottoutilizzato, nuovi investimenti privati di entità tale da incidere significativamente sulla disoccupazione, anche con finanziamenti a tasso vantaggioso, non sono da ritenere probabili su vasta scala. Anche la riduzione della pressione fiscale, principale argomento della propaganda demagogica della destra populista, è una misura di efficacia molto discutibile, perché stante la grave crisi, è per lo meno dubbio che la maggiore liquidità in mano ai cittadini si traduca in maggiori consumi piuttosto che in un accumulo di riserve per affrontare un futuro molto incerto. Anche le imprese, come già rilevato, vista la situazione di "sovraproduzione", è tutt'altro che certo che intendano investire un'eventuale aumento di liquidità. Non va inoltre dimenticato che la pressione fiscale reale, su imprese e lavoro autonomo, è ben diversa da quella teorica, considerati i vasti fenomeni di elusione ed evasione fiscale. Secondo i dati del Ministero dell'Economia dal 2000 ad oggi, i carichi a ruolo, quindi importi accertati e non semplici stime di evasione fiscale, sono ammontati a **807,7 miliardi di euro**. Le riscossioni effettive sono state però pari appena a 69,1 mld. Pur tenendo conto della quota di crediti inesigibili perché relativi a soggetti falliti, 107,2 mld, e di 193,1 mld di "carico sgravato totale", resterebbero da riscuotere ancora più di 500 mld. Di questi circa 450 mld sono relativi a soli 121.000 soggetti, debitori del fisco quindi per somme consistenti, di centinaia di milioni di Euro a testa. Si valuta che appena il 20% di questo enorme importo possa essere recuperato effettivamente. In una simile situazione, dove l'evasione accertata con gli strumenti tradizionali di indagine già copre un'aliquota importante del gap tra l'evasione fiscale italiana e quella degli altri Paesi industrializzati, e l'80% di questa evasione riguarda operatori economici di un certo rilievo, non si comprende l'utilità dell'introduzione di nuovi strumenti di controllo particolarmente invasivi della privacy di tutti i cittadini, e soprattutto destano sconcerto le limitazioni imposte alle istituzioni preposte alla riscossione delle tasse di cui è stata accertata l'evasione (ad es. impignorabilità della prima casa).

In Paesi con disavanzi pubblici rilevanti, come l'Italia, solamente un'inflazione più elevata, sia pure entro limiti programmati (ad es. 5%), e/o una svalutazione della moneta possono ridurre l'impatto del debito pubblico senza effetti collaterali devastanti come un vertiginoso aumento della disoccupazione e lo smantellamento dello stato sociale.

Blanchard, uno dei più autorevoli economisti del FMI, nel suo studio "Rethinking Macroeconomic Policy", ad esempio, sostiene che in tempi di crisi si può barattare un po' di inflazione per un po' meno depressione e che è assurdo rimanere impiccati a un 2 per cento (il target scolpito nelle tavole di Francoforte), mentre sfondare quota 4 per cento non porterebbe alcuna catastrofe ma solo un po' di PIL in più. Poiché per gli Stati dell' Eurozona stampare moneta non è più consentito, l'emissione di titoli di debito europei, a un interesse minimo, e

con il ricavato destinato ai singoli stati in crisi per finanziare la crescita, rappresenta l'unica forma possibile di aumento della massa monetaria a sostegno delle singole economie nazionali. Il corrispondente rischio inflazionistico può essere controllato dalla BCE, mantenendo il tasso inflattivo entro limiti ragionevoli, anche se più alti di quelli del trattato di Maastricht. Questa scelta richiede però la solidarietà di tutti gli Stati membri dell'Eurozona.

2.5 Consumi sociali e consumi privati

La domanda interna andrebbe incrementata privilegiando i consumi sociali in quanto corrispondenti per la maggior parte a beni e servizi prodotti localmente, mentre i consumi privati sono più legati a beni di importazione e quindi meno utili ad incrementare l'occupazione e a mantenere sul territorio la ricchezza prodotta. La Sanità in proposito è un buon esempio.

Si consideri che ogni punto di PIL equivale a circa 200.000 posti di lavoro.

E' la piena occupazione e non una rigida stabilità della moneta, a garantire la ricchezza reale (real terms of trade) di un Paese e un buon livello dell'economia. In Italia nell'attuale crisi essendo aumentata di circa il 4% la disoccupazione si può stimare che siano drammaticamente peggiorate le condizioni di vita di almeno 2,5-3,0 mln di persone (lavoratori disoccupati e loro famiglie), solamente per questo fattore. In cinque anni l'Italia ha perso un quarto della produzione industriale. In compenso nel 2010 (dati ISTAT) le imprese italiane, investendo all'estero, hanno creato in altri Paesi un milione di posti di lavoro, per un fatturato da 220 miliardi di euro. Rispetto ai rapporti con l'estero inoltre il corretto obiettivo è l'equilibrio della bilancia commerciale, che si ha quando le esportazioni sostanzialmente pareggiano le importazioni, che sono necessarie per un'economia di trasformazione, come quella italiana. Puntare soprattutto sull'export significa impiegare la forza lavoro e i mezzi di produzione dell'economia nazionale per produrre beni materiali che saranno goduti da altri fuori dall'Italia, in cambio di beni finanziari che per la maggior parte costituiscono i profitti delle multinazionali e sono solo in minima parte re-distribuiti ai lavoratori. La globalizzazione impone infatti tagli del costo del lavoro sempre crescenti per essere competitivi sul mercato internazionale. Non a caso in tutti i Paesi occidentali, l'occupazione nell'industria manifatturiera sta calando ormai da trent'anni. Le fabbriche occidentali devono puntare sull'efficienza per sostenere la concorrenza con i Paesi emergenti, impiegando nuove tecnologie e sofisticati macchinari che consentano di produrre la stessa quantità di beni con sempre meno manodopera. Se ciò non è possibile, come nelle produzioni cosiddette mature (ad es. tessile), si rende necessaria la delocalizzazione in Paesi a basso costo di manodopera. Quindi la riduzione dell'occupazione nel settore manifatturiero non è l'effetto della recessione, ma di fattori strutturali: l'industria perde posti di lavoro anche durante le fasi di espansione. Oggi l'operaio americano fabbrica ogni anno beni per 180.000 dollari, oltre il triplo che nel 1978, ma, l'altra faccia della medaglia è che per fabbricare ogni auto la General Motors impiega un numero di operai quattro volte inferiore a quello del 1950. Di conseguenza ora l'impiego nell'industria rappresenta in America più l'eccezione che la regola: meno di un lavoratore su dieci lavora in fabbrica.

Un'ultima annotazione. Alcoa, la multinazionale dell'alluminio, dopo aver ricevuto nell'arco di 15 anni 3 miliardi di Euro da parte dello stato italiano per la fabbrica nel Sulcis, ora senza sovvenzioni ulteriori ha chiuso e ha mandato a casa i lavoratori italiani per produrre all'estero.

2.6 Verso un Europa federale

L'Europa, se vuole essere unione paritaria di stati in via di federazione e non costellazione di satelliti di uno stato egemone, dovrebbe dar corso ad una politica espansiva, emettendo gli Eurobond, o sostenendo i debiti sovrani dei Paesi in difficoltà, tramite emissione di nuova moneta (come fa negli USA la FED), o adottando altre misure di carattere analogo di effetto inflazionistico, anche se controllato, sull'Euro, chiedendo nel contempo ai Paesi beneficiari un programma, sostenibile nei tempi e nei modi, di rientro dall'eccesso di debito e controllando il corretto utilizzo delle risorse così reperite per efficaci politiche di sviluppo, con priorità al lavoro.

nella Grecia classica, per difendersi dalla minaccia rappresentata dalle mire espansioniste di un vicino impero orientale le polis greche (l'analogo degli attuali stati nazionali europei) fondarono la Lega di Delo che doveva essere un'alleanza economico-militare. Atene, che era la polis più potente, dapprima rispettò la parità degli altri alleati, ma poi, nonostante fosse una democrazia, divenne lo stato egemone trasformando la "symmachia" (alleanza) in un "archè" (predominio). Le altre polis si ribellarono in difesa della propria libertà e così iniziò la guerra del Peloponneso, alla fine della quale la potenza ateniese venne distrutta per sempre (ma anche per la Grecia iniziò un periodo irreversibile di decadenza). I disprezzati e vituperati PIIGS (Paesi dell'Eurozona in crisi), hanno una popolazione di 130 milioni di abitanti e un PIL complessivo che supera i 4000 miliardi di dollari, pari a quello dell'intero Sudamerica. L'Italia, da sola, copre circa la metà del PIL dei PIIGS e quindi è tuttora una grande potenza economica, e pertanto l'Europa, se intende rimanere unita, non può ignorarne i legittimi interessi imponendo politiche economiche distruttive.

2.7 La prospettiva italiana

Il rilancio dell'economia a livello nazionale richiede un progetto politico di democrazia concreta, fondata sul consenso dei cittadini, per salvaguardare i principi costituzionali di giustizia sociale, quale alternativa concreta ai cambiamenti indotti da un processo di globalizzazione incondizionatamente ispirato al liberismo secondo il principio del primato del profitto e conseguentemente governato da "elites" rappresentative del grande capitale internazionale.

Questa sintesi tra benessere materiale ed etica sociale è rappresentata da un equilibrio tra fruizione collettiva delle risorse per soddisfare i bisogni essenziali di tutti (ad es. diritto alla salute), compatibilmente con il contesto economico complessivo, e riconoscimento del merito individuale, anche secondo la logica del libero mercato, inserita però un quadro di legalità a salvaguardia degli interessi generali.

Le filippiche dei liberisti nostrani contro la spesa pubblica, e contro il pubblico impiego in particolare, prendendo a pretesto le indubbie sacche di spreco e di malversazione del settore pubblico, in genere correlate ad interessi clientelari che la classe politica favorisce allo scopo di gestire il consenso per autoconservazione, hanno la finalità reale di promuovere la privatizzazione dei principali servizi pubblici, per consegnarli al grande capitale, che li sfrutterebbe subordinando la salvaguardia dei diritti fondamentali dei cittadini alle proprie opportunità di guadagno. Le argomentazioni utilizzate per screditare il sistema pubblico sono spesso false, anche se godono del favore dei media (di proprietà dei grossi potentati economici!). Ad esempio nel biennio 2011-2012 i dipendenti pubblici sono calati di 120 mila unità, ovvero del 3,5 per cento, portando allo Stato un risparmio pari a 6,6 miliardi di euro lordi, a dimostrazione che i tagli alla spesa sulla Pubblica Amministrazione ci sono stati. Trattandosi di tagli lineari (blocco turn over), e non mirati, invece di risanare le aree di cattiva amministrazione, hanno comportato un generale invecchiamento dei dipendenti pubblici, l'età media dei quali è ora sulla cinquantina. Non solo, ma la spesa per i dipendenti pubblici grava sul PIL per l'11 per cento circa, perfettamente in linea con la media europea (inferiore a quella di Francia, Spagna e Regno Unito, per non parlare dei Paesi nordici). In Italia inoltre vi sono 58 impiegati ogni mille abitanti, un numero molto vicino a quello della Germania (54), e molti meno rispetto a Francia e Regno Unito, che ne hanno più di 90 ogni mille.

2.8 Conclusioni

Dalle analisi riportate nei punti precedenti in sintesi risulta che, essendo l'attuale crisi economica una crisi strutturale del sistema capitalistico a livello internazionale ed avendo rinunciato l'Italia alla sovranità monetaria con l'entrata nell'euro, le politiche per uscire da questa situazione devono essere individuate in sede di Unione Europea.

Prioritario è il rilancio dello sviluppo nei Paesi in maggiore difficoltà per abbattere il tasso di disoccupazione, per conseguire indirettamente, con l'aumento del PIL, una migliore sostenibilità del disavanzo pubblico. Quindi sono assolutamente da preferire politiche di tipo keynesiano a politiche liberiste di sola austerità, che hanno invece dimostrato di peggiorare la situazione per l'avvio di una spirale recessiva.

Principalmente due sono le possibili vie da percorrere a livello europeo in via collaborativa (per risolvere i problemi tenendo conto dell'interesse di tutti i Paesi) :

1. Piano Marshall, o New Deal, dell'Unione Europea finanziato con Eurobond, prevedendo però controlli da parte delle istituzioni emittenti sulla correttezza della spesa dei Paesi che usufruiranno degli aiuti . La Germania dovrebbe finanziare gli Eurobond per la sua quota, ma manterrebbe una situazione di cambio molto favorevole nei rapporti commerciali con gli altri Paesi dell'Unione.
2. Suddivisione dell'Euro in due aree, una dei Paesi con economia forte (in primis la Germania) e l'altra ad dei Paesi ad economia debole, per consentire a questi ultimi una svalutazione competitiva, ma controllata, per migliorare la loro bilancia commerciale rilanciando così lo sviluppo e l'occupazione. La Germania non dovrebbe sobbarcarsi alcun onere diretto, ma, con un rapporto di cambio meno favorevole dell'attuale, vedrebbe rallentare la propria economia.

In via conflittuale (ogni Paese fa i propri interessi senza curarsi di quelli degli altri), invece, le soluzioni possibili sono :

1. la politica di fiscal compact, per rientrare nei parametri di Maastricht con politiche di austerità; che comporterebbe per l'Italia manovre economiche di 40 miliardi all'anno per i prossimi 20 anni, cioè la distruzione dell'economia nazionale e il degrado a Paese del Terzo Mondo
2. un'uscita non negoziata dall'Euro con i vantaggi della svalutazione competitiva, ma anche con inflazione selvaggia, perché la nuova moneta sarebbe vittima della speculazione internazionale, e di conseguenza un periodo di grande instabilità economica e politica. Ma in questo caso, almeno, ci sarebbe la speranza che, una volta passate le turbolenze finanziarie, i gravi sacrifici affrontati dagli italiani possano essere serviti a risanare l'economia del Paese.

I provvedimenti proposti dalle scuole di pensiero liberiste, che troppo credito riscuotono anche a sinistra, sono errati in sia via teorica che in via pratica. Le riforme strutturali del mercato del lavoro e del welfare che dovrebbero rendere l'Italia più credibile ai mercati e di conseguenza consentire finanziamenti a tassi più bassi, e i tagli alla spesa pubblica per finanziare sgravi fiscali che dovrebbero rilanciare la crescita, sono falsi rimedi che non fanno che peggiorare il male, come finora è puntualmente successo.

Il nodo politico che l'Italia deve affrontare per avviare efficacemente un percorso di uscita dalla crisi è, come ricordato in un recente editoriale dal New York Times, un **rinnovo totale** della classe **politica** che produca leader in grado di guidare una sfida credibile alle domande di austerità senza uscita che arrivano dai partner europei, ottenendo il consenso popolare per quelle riforme che sono comunque necessarie, in un'ottica però di sviluppo economico e non di rigore fine a sé stesso.

3. Indirizzi di politica sanitaria a livello Nazionale

3.1 Sostenibilità del SSN in Italia

Da autorevoli esponenti del Governo Monti era già stata messa in discussione la sostenibilità economica del SSN ed erano stati programmati tagli per **24.7 miliardi** di euro al finanziamento del SSN per gli anni a venire. Ora il governo Letta vuole ridurre il finanziamento del SSN di 0,5 punti di PIL.

Il salasso stimato dalle Regioni è invece di ben **35.1 miliardi.**, e rischia di portare al collasso il SSN, con conseguente impossibilità di garantire tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che oggi sono erogate sul territorio nazionale.

I tagli lineari della spending review in realtà non hanno fatto diminuire la spesa dello Stato, che nei primi 11 mesi del 2012 (al netto della spesa degli enti locali e della spesa per interessi) è aumentata di ben 32,6 miliardi di euro rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con una crescita dell'8,7%, a fronte di un incremento delle entrate dello Stato (al netto di saldo IMU) di 17,5 miliardi, in salita del 4,9%. Mentre la spesa sanitaria è inferiore a quella degli altri Paesi dell'Europa Occidentale, come tra poco vedremo, confrontando altre voci di spesa del bilancio pubblico emerge invece che, ad esempio, le spese del Quirinale sono superiori a quelle di Buckingham Palace. Non solo, ma in Italia il costo del Parlamento per ogni cittadino è di 26,33 €/anno, a fronte di 13,6 €/anno in Francia e di 10,19 €/anno in Inghilterra. Se i costi totali del Parlamento Italiano venissero allineati a quelli del Regno Unito il risparmio sarebbe di quasi **1 miliardo di euro**, se poi venissero anche abolite le province si risparmierebbero altri **1,9 miliardi di euro** ed altrettanto accorpando i comuni limitrofi sotto i 10 mila abitanti. Quindi da risparmi sui costi della politica si potrebbe ricavare il corrispettivo dell'introito IMU prima casa.

3.2 Spesa sanitaria /PIL

- Italia 9% (7,5% pubblica)
- USA 16% (7-8% pubblica)
- Germania 11% (8-9% pubblica)
- Francia 11% (8-9% pubblica)

Da questa tabella (dati Ocse), risulta che l'Italia è il Paese dove la tutela della salute assorbe la minor spesa globale sia pro capite sia in relazione al Pil. E questo accade con un'incidenza sulla spesa pubblica di dimensione europea. Gli USA, che rappresentano il modello alternativo, basato sulla prevalenza delle assicurazioni, è infinitamente meno efficiente e meno efficace, come rivelano i dati sulla vita media e la mortalità infantile, assai meno buoni negli USA.

Si sottolinea inoltre che la spesa sanitaria pubblica italiana dal 2008 sia cresciuta di appena l'1,6% all'anno, a fronte del 4% osservato nel complesso dei 34 Paesi membri dell'OCSE. Ciò nonostante i risultati di salute sono buoni: secondo una classifica dell'OMS il Sistema Sanitario italiano è il secondo migliore al mondo, l'aspettativa di vita degli italiani è tra le più alte al mondo e, dato questo più strettamente correlato alla qualità delle cure mediche del precedente, nei malati di tumore in Italia, a cinque anni dalla diagnosi, la sopravvivenza è del 52,3%, a fronte del 46,5% della media europea.

In un certo senso si può dire che il rapporto spesa sanitaria/PIL equivale in una logica economica al "prezzo della salute" (una sorta di prezzo amministrato), perché rappresenta il punto d'incontro tra domanda e offerta nei servizi sanitari. Il consumatore (Stato) fissando un budget sanitario determina la domanda effettiva mentre il produttore (Strutture Sanitarie), avendo un limite ai propri ricavi nel budget medesimo deve adeguare l'offerta allo stesso valore economico. Poiché, l'equilibrio economico in un'attività produttiva presuppone che i costi

di produzione non possano eccedere i ricavi, l'effetto tetto del budget sanitario pubblico incide sulle logiche di produzione. Il tetto, se da un lato, come si è visto, impedisce un incontrollato incremento della domanda (indotta dall'offerta), dall'altro, se risulta sottodimensionato, anche in un contesto di produzione efficiente, determina inevitabilmente un peggioramento quantitativo o qualitativo del servizio prodotto. Dal confronto con gli altri Paesi emerge chiaramente che la spesa sanitaria in Italia, circa 115 miliardi di euro, pari a 2.443 dollari annui per abitante nel 2010 (a fronte dei 3.100 dollari della Germania, dei 3.242 dollari della Francia e dei 2.935 dollari del Regno Unito) è già ai limiti del sottodimensionamento e che politiche di lesina non possono che andare a scapito del diritto alla salute dei cittadini. Se il PIL inoltre invece di crescere, come finora avvenuto, tende a diminuire, come ora avviene, il mantenimento della percentuale di PIL destinata alla Sanità costituisce una riduzione delle risorse reali. D'altra parte in un contesto di pressione fiscale particolarmente elevata anche il costante incremento delle risorse appare problematico. Tenuto conto di un tanto, l'ipotesi dell'esclusione di alcune categorie di cittadini deve essere oggetto di una seria riflessione : si rischierebbe di escludere quelle fasce di utenti che pagano di più e consumano di meno. Nella spesa sanitaria corrente il 5% dei cittadini consuma il 50% delle risorse. Considerato che il finanziamento del SSN avviene principalmente attraverso la fiscalità generale, che ha un carattere progressivo, e visto che i beneficiari delle prestazioni sono in genere soggetti a basso reddito, come gli anziani pensionati, mentre i principali finanziatori sono i contribuenti a più alto reddito l'effetto redistributivo del finanziamento del SSN è già molto marcato. Se si tiene conto che in Italia il 12% della popolazione, la quota con reddito superiore ai 35.000 €/anno, paga oltre il 50% dell'IRPEF, ulteriori aumenti della spesa sanitaria, o abolizioni dell'IRAP, tassa a carico dei datori di lavoro che da qualche anno ha sostituito i contributi dell'assicurazione malattia per i lavoratori, non potrebbe che aumentare il carico fiscale di questa fascia reddituale del ceto medio (solamente l'1% supera il reddito annuo di 100.000 €). Posto che in un'economia efficiente la curva di Lorenz che rappresenta la distribuzione del reddito nella popolazione è di tipo lineare e la sua parte centrale corrisponde ai redditi di un ceto medio, aperto alla mobilità sociale per meritocrazia (qualificazione professionale, duro impegno, ecc.), una politica di inasprimenti fiscali gravanti proprio sul ceto medio, favorirebbe la polarizzazione della ripartizione della ricchezza tra una ristretta elite di privilegiati (oligarchie capitalistiche finanziarie o nomenklature politiche) e una massa indistinta di lavoratori sottopagati secondo uno schema pseudo ugualitario, che storicamente è stato correlato a sistemi sociali scarsamente efficienti (e di dubbia giustizia sociale) come i Paesi a socialismo reale e i Paesi del Terzo Mondo. Già negli USA, dove sono stati effettuati studi in proposito nelle università di Harvard e di Berkeley, si è visto che quanto più debole è il ceto medio tanto più diminuiscono le probabilità di ascesa sociale.

Curva di Lorenz

Si consideri che il processo di polarizzazione succitato è già in corso e il criterio della progressività fiscale, facilmente eludibile per i super manager, paradossalmente lo favorisce: mentre nel 1970 il rapporto tra la retribuzione media di un lavoratore e quella di un top manager era pari a 1 a 70, nel 2000 tale rapporto era salito a 1 a 367 (dati USA) con un incremento fuori da ogni logica. Tali assurde sperequazioni retributive ci sono anche in Italia e tendono ad aumentare : i 100 supermanager più pagati (primo Marchionne con 48 mln di Euro) hanno guadagnato complessivamente circa 50 milioni nel 2012 in più rispetto a quanto introitato l'anno precedente dai 100 top manager delle società quotate in borsa. Un divario che diventa di ben 100 milioni rispetto al 2010.

Inoltre ci si trova dinnanzi ad una redistribuzione della ricchezza, che le "riforme" invocate dall'Europa dovrebbero favorire, dal Lavoro al Capitale. Infatti, mentre nel XX secolo i due terzi della ricchezza prodotta serviva per pagare i salari mentre il terzo rimanente remunerava il capitale, dal 2000 - quindi ben prima della crisi prodotta dal crollo di Wall Street del 2008 - la quota del lavoro ha cominciato a calare stabilmente fino ad arrivare al 60%, mentre i redditi da capitale sono cresciuti.

I ticket, che hanno lo scopo principale di moderare la domanda sanitaria secondo le esigenze reali, non possono altresì rappresentare una fonte di finanziamento essenziale del sistema, perché con un loro massiccio aumento (difficilmente sostenibile per i cittadini ammalati) si avrebbe un'iniquità di senso opposto (impossibilità di ricorrere a cure necessarie per motivi economici). Quindi il contenimento della spesa è necessario, ma non attraverso tagli lineari alle prestazioni o alle risorse correlate alle prestazioni medesime, ma con risparmi selettivi legati ad una reale efficacia EBM e all'efficienza produttiva.

3.3 470 casi di presunta malasanità monitorati della Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario

- 97 in Calabria,
- 91 in Sicilia,
- 51 in Lazio,
- 32 in Puglia,
- 31 in Campania,
- 29 in Toscana,
- 28 in Lombardia,
- 24 in Emilia Romagna,
- 23 in Veneto,
- 20 in Liguria,
- 10 in Valle D'Aosta,
- 9 in Piemonte,
- 7 in Abruzzo,
- 4 in Umbria,
- 3 in Marche, Basilicata e **Friuli Venezia Giulia**,
- 2 in Molise e Sardegna,
- 1 in Trentino Alto Adige.

la metà del numero totale dei decessi (329) si è registrata in due sole regioni: **Calabria** (78) e **Sicilia** (66).

Le notevoli differenze tra la qualità del sistema sanitario nelle regioni italiane, con un assai chiaro gradiente Nord Sud, emerge anche da uno studio dell'Università di Goteborg, secondo il quale nella graduatoria sulla qualità dell'assistenza sanitaria in 172 regioni dei Paesi dell'Unione Europea, la Calabria risulta ultima, in buona compagnia di Molise, Campania, Sicilia, Puglia, piazzate tutte negli ultimi 15 posti, mentre il sistema a livello nazionale si attesta su valori medi.

3.4 Vantaggi del Sistema Sanitario Pubblico

Equità

Le disuguaglianze della salute, in buona misura legate a determinanti sociali (reddito, status sociale, caratteristiche dell'ambiente di vita e di lavoro, stili di vita, ecc.), sono argomento di rilevante importanza nello scenario della sanità pubblica italiana ed europea. In una visione moderna, la salute deve essere considerata sotto il profilo sociale piuttosto che individuale. Invece di ricercare cosa rende l'individuo più sano, si deve ragionare nell'ottica dei

determinanti sociali della salute. Ci si deve chiedere come si riesce ad aumentare il bene salute come somma della salute di tutti gli individui di una popolazione (che non è la somma di studi e interventi sul singolo). Ci sono fattori che agiscono a livello individuale e altri a livello sociale, ma vanno considerati insieme, la salute è un prodotto sociale. La salute quindi diventa una questione di medicina sociale. Il Sistema Sanitario pubblico, oltre che fornire prestazioni a tutti i cittadini bisognosi di assistenza sanitaria, deve farsi carico delle disuguaglianze di salute, anche di quelle determinate da fattori non sanitari, facendosi patrocinatore di questo tema nella società e offrendo al mondo della politica gli strumenti per programmare ed attuare interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute, mirati sulla realtà sociale concreta.

Solidarietà

Contrariamente alla visione economicistica che trova scandaloso che l'80% delle prestazioni sanitarie vengano erogate a soggetti esenti ticket, un approccio razionale di economia sanitaria dovrebbe rilevare da tale dato che gran parte della spesa riguarda soggetti fragili perché seriamente ammalati (esenti per patologia o per invalidità) o indigenti (esenti per reddito). Se questi cittadini dovessero pagarsi da soli l'assistenza, molto probabilmente non sarebbero in grado di farlo.

Sostenibilità economica (contrariamente a quanto viene fatto credere), perché il budget predeterminato consente di contenere i costi entro il tetto programmato, mentre in un regime privatistico di libero mercato è più facile per l'offerta indurre domanda con conseguente incremento di spesa.

3.5 Sistema Sanitario Pubblico ed allocazione delle risorse

Poiché la dinamica incrementale dei costi sanitari determinata dall'introduzione di nuove tecnologie e dall'invecchiamento della popolazione è una tendenza scarsamente modificabile dalle politiche gestionali, l'attuale contesto socio-economico di "allocazione di risorse limitate", rende necessario un contenimento dei costi derivante soprattutto da un utilizzo appropriato delle risorse in Sanità con eliminazione degli sprechi. *

Anche se la causa di sprechi più evidente corrisponde al costo delle frodi intenzionali, che si stima incidano per il 10% dei costi sanitari, la causa principale di aumento della spesa sanitaria è in realtà rappresentata da tutti i costi sostenuti per interventi sanitari di non provata efficacia e appropriatezza, che incidono almeno per il 30% dei costi totali e che perciò devono essere identificati come sprechi.

*) sprechi = tutte le attività umane che consumano risorse senza produrre valore (Taiichi Ohno - Toyota)

3.6 Malversazioni e sprechi

Sanità lombarda (esempio di malversazioni): Vari scandali (Clinica S. Rita, Ospedale San Raffaele, Fondazione Maugeri, ecc.) in relazione ai rapporti tra alcune istituzioni sanitarie convenzionate e la Regione Lombardia, con ipotesi dei reati di corruzione e concussione nei confronti di persone di riferimento di politici, amministratori di fatto delle cliniche interessate, che intermediavano fra le strutture private e i vertici della sanità lombarda, hanno comportato un buco di 1,5 - 2 mld, pari al 10% del budget sanitario.

Sanità del Lazio (esempio di sprechi) : Dieci miliardi di debiti pregressi e 1 miliardo e 140 milioni di deficit oggi. Scelte programmatiche dissennate come l'istituzione di 5 centri per il trapianto di fegato a Roma, con costi altissimi e 98 interventi nel 2011, contro i ben 137 effettuati a Torino dove di centro trapianti ce n'è uno solo, a dimostrazione che gli sprechi sono ancor più dannosi delle malversazioni pure.

3.7 Spending review : Tagli lineari e razionalizzazione della spesa

Le sei fonti maggiori di spreco nei servizi sanitari sono :

1. **Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci** (percorsi di cura basati su EBM in costante aggiornamento)
2. **Sovrautilizzo di interventi diagnostici e terapeutici** (protocolli di appropriatezza anch'essi correlati alla EBM per ridimensionare questa che l'area principale di spreco)
3. **Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi** (mercato regolamentato con costi standard)
4. **Frodi e abusi** (istituire controlli efficaci)
5. **Complessità amministrativa** (eliminare oneri burocratici inutili)
6. **Inadeguato coordinamento dell'assistenza tra ospedale e territorio** (particolarmente rilevante per una razionale gestione dei pazienti cronici)

3.8 Efficienza ed appropriatezza della spesa sanitaria

La strategia più valida per salvaguardare la sostenibilità economica del SSN è quella di reindirizzare l'impiego di risorse utilizzate per interventi che non offrono alcun beneficio misurabile verso interventi sanitari efficaci e appropriati, non solamente per migliorare l'equità dell'allocazione delle risorse stesse, ma anche al fine di ridurre il trend di aumento della spesa sanitaria.

Su questi principi etici deve basarsi una politica sanitaria che scelga in modo esplicito e trasparente quali servizi e prestazioni sanitarie debbano essere comunque garantiti tenendo anche in debito conto oltre alla doverosa tutela della salute anche i costi per la comunità.

Nella programmazione e nell'attuazione di una simile politica sanitaria il coinvolgimento dei medici è inevitabile e indispensabile, perché solamente la loro professionalità permette di tradurre la cultura della Medicina Basata sull'Evidenza in una buona pratica clinica.

3.9 Valutazione dei servizi sanitari

Per misurare la performance di un servizio sanitario ai fini della sostenibilità economica (rapporto costo benefici) bisogna tener conto sia dell'efficienza che dell'efficacia delle prestazioni che offre, perché in un contesto di risorse comunque limitate, rispetto ai bisogni illimitati di salute, l'allocazione più razionale delle risorse medesime deve essere effettuata secondo il criterio "costi-opportunità" ovvero di individuazione tra impieghi alternativi di quello che dia maggiore utilità.

Ai fini della valutazione si devono quindi individuare indicatori di efficienza e di efficacia.

Indicatori dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari

- **Indicatori di efficienza** : misurano il valore delle prestazioni eseguite (ricavi) rispetto all'entità delle risorse impiegate (costi di produzione) ovvero l'output rispetto all'outcome.
- **Indicatori di efficacia** : misurano i benefici sulla salute degli interventi eseguiti
- Questi ultimi possono misurare
- **Effectivness** = effetto positivo immediato della prestazione (ad es. rimozione della massa tumorale) – efficacia apparente
- **Efficacy** = ricaduta di tale effetto sulla salute (ad es. aumento della sopravvivenza, miglioramento della qualità di vita, ecc.) – efficacia reale

3.10 La sfida della qualità

Un **Servizio sanitario pubblico** ha la finalità istituzionale di produrre salute, compatibilmente con gli equilibri economici generali, per garantire il benessere dei cittadini, mentre un **Servizio sanitario privato**, secondo i criteri dell'economia di mercato, che si propone il fine di massimizzare profitto, ha come interesse prioritario la soddisfazione dei clienti. Ne consegue che mentre la soggettività del cliente, misurata con le metodologie del marketing, per il privato è fondamentale, perché si può vendere ciò che i consumatori vogliono comprare e ad un prezzo che essi reputano conveniente (o almeno accessibile), nel pubblico una produzione del

bene salute adeguata ai bisogni della collettività deve essere valutata in base ad un criterio oggettivo riferito all'efficacia degli interventi. Per il privato quindi assume prioritaria importanza la qualità percepita dal paziente, mentre nel pubblico si deve far riferimento innanzitutto ad una qualità basata sull'evidenza scientifica.

3.11 Il medico intermediario di interessi contrapposti

La posizione del medico, che per rapporto fiduciario, deve tutelare gli interessi del suo paziente e nel contempo, per rapporto di lavoro, deve tutelare gli interessi del SSN, ha il difficile compito di conciliare posizioni spesso contrastanti (pazienti che pretendono prestazioni fortemente volute, anche a prescindere da una loro reale utilità, e SSN che per il contenimento dei costi tende a limitare l'erogazione delle prestazioni al solo necessario).

Tale problematica per la sua attualità è ben presente anche nella bozza del nuovo Codice di Deontologia Medica che all'art. 6 "*Qualità professionale e gestionale*" recita :

“Il medico, per favorire il miglioramento continuo della qualità della propria attività professionale, opera secondo i principi dell'appropriatezza clinica e organizzativa aggiornandoli alle evidenze disponibili, nel rispetto dell'autonomia della persona assistita, anche attraverso la valutazione responsabile dei propri atti.

Il medico persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private, nel rispetto dei principi di sostenibilità economica, salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'equità delle cure, e adoperandosi per garantire le opportunità di accesso e di utilizzazione dei servizi.

Il medico opera al fine di garantire il miglioramento della qualità dei servizi, della umanizzazione delle cure ricercando alti standard e favorendo la creazione di un ambiente teso al conseguimento dell'eccellenza delle cure, tutelando la salute degli individui e della collettività.”

Per facilitare il compito dei medici, sono necessarie delle misure che rendano coincidenti gli interessi in gioco, come forme di partecipazione alla spesa sanitaria che responsabilizzino il paziente nelle sue richieste e una corretta informazione sanitaria che renda più consapevole il paziente sulle sue reali necessità.

3.12 Consenso sociale al contenimento della spesa

Un'efficace strategia per la gestione economicamente sostenibile di una Sanità pubblica quindi oltre che sulla EBM deve fondarsi anche su misure di partecipazione individuale alla spesa (proporzionali al reddito, ma anche all'appropriatezza e al costo delle prestazioni sanitarie) e su una corretta informazione sulle tematiche della salute (con particolare riferimento a presidi diagnostici e terapeutici) e sulle relative ricadute economiche per consentire anche a livello collettivo di operare scelte razionali di costo-opportunità.

3.13 Evoluzione storica della legislazione sanitaria in Italia

L'intervento pubblico nella Sanità, peraltro già iniziato durante l'Illuminismo, si sviluppò nel nostro Paese in modo significativo a seguito dell'estensione al Regno Italico del Codice Sanitario Napoleonico del 1806. Il Codice, che poi ebbe notevole influsso sugli ordinamenti sanitari degli stati preunitari, prevedeva assistenza sanitaria per gli indigenti, profilassi di stato per le malattie infettive, con vaccinazioni su vasta scala, misure di igiene dell'abitato, istituzione di Commissioni Sanitarie nei Comuni capoluoghi con funzioni consultive alle Autorità politiche.

La legislazione napoleonica ebbe grande importanza anche per quanto attiene la gestione degli ospedali, con la nascita dell'ospedale moderno, la cosiddetta rivoluzione ospedaliera. Dalla concezione cinquecentesca dell'ospedale come luogo di asilo per poveri e

infermi indistintamente oggetto di interventi di carità, si passava ad una visione più attuale di una struttura dedicata alla cura dei malati secondo una metodologia scientifica. L'istituzione della figura del direttore sanitario, con specifiche competenze igienistiche, ha rappresentato un passo decisivo verso una gestione tecnicamente qualificata dell'istituzione ospedaliera.

Dopo le annessioni seguite alla II guerra di Indipendenza, Cavour decise di attuare una politica di carattere centralizzatore, su modello francese, che privilegiava la finalità di uniformare l'organizzazione sanitaria su tutto il territorio nazionale, piuttosto che di sviluppare in modo armonico, le esperienze degli stati pre-unitari, in un'ottica federalista. Così venne promulgata la legge 20.11.1859, poi rielaborata nell'All. C della successiva legge 20.3.1865, che applicava a tutto il Regno d'Italia l'ordinamento piemontese di sanità del 1847.

La struttura portante del sistema sanitario sul territorio era rappresentata dal potere esecutivo, secondo una via gerarchica comprendente Ministero degli Interni, Prefetti e Sindaci, e gli organi tecnici, quali i consigli sanitari (superiore, provinciale e di circondario), in cui erano chiamati a partecipare i medici, avevano solamente una funzione consultiva.

La Destra Storica aveva adottato una politica autoritaria e centralizzatrice che limitava l'intervento dello stato essenzialmente a compiti di polizia sanitaria, soprattutto per il controllo delle ricorrenti epidemie, senza voler affrontare le questioni sociali inscindibilmente connesse con lo stato di salute della popolazione.

Alla base del sistema sanitario era il medico condotto, figura già istituita in Lombardia e Toscana fin dal secolo precedente per assicurare in ogni comune l'assistenza sanitaria di base, e che al momento dell'Unità era presente in circa i $\frac{3}{4}$ dei comuni italiani. L'esercizio professionale nella condotta, sottoposto all'arbitrio dei notabili locali, precario e mal retribuito, interessava circa la metà dei 19.000 medici italiani, che quindi vivevano una situazione di disagio professionale e condizioni materiali di vita più simili a quelle dei ceti popolari che dovevano assistere che a quelle della borghesia, classe sociale dalla quale per lo più provenivano. Un miglior status sociale godevano i medici che esercitavano nelle città più grandi, curando con un rapporto di libera professione pazienti paganti in proprio, appartenenti alle classi più agiate.

Con l'avvento della Sinistra al governo, anche se in una situazione politica ambigua, caratterizzata dal fenomeno del trasformismo, il Ministero Depretis ritenne necessario avviare un processo di riforma sanitaria, dopo che nell'epidemia di colera del 1884 tutti i limiti di una politica sanitaria improntata ai principi di un liberalismo conservatore, tendente a ridurre al minimo l'intervento pubblico anche nel campo sanitario, erano impietosamente emersi.

Un primo e più urgente provvedimento riguardante il risanamento ambientale di Napoli, città nella quale erano morte 8.000 persone, più della metà delle di tutte le vittime dell'epidemia, nonostante grosse resistenze delle forze conservatrici che osteggiavano sia l'impiego di risorse economiche ingenti per finalità sociali che l'istituzione di una disciplina più rigida a tutela igiene dell'abitato, venne adottato con la legge 15.1.1885 n. 2892.

Per la complessiva riforma della Sanità, venne affidato il compito di svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato sanitario del Paese ad Agostino Bertani, nobile figura di medico e di patriota distintosi nell'epopea garibaldina, che fece compilare 4000 questionari dai medici condotti, vera struttura portante della Sanità sul territorio e definiti dallo stesso Bertani angeli di civiltà e di progresso. Per poter agire più incisivamente sul miglioramento delle condizioni sanitarie della popolazione, ed in particolare su quelle dei lavoratori della terra, e delle altre fasce sociali più deboli, nel progetto di riforma del Bertani era compito primario dello Stato vigilare e tutelare la pubblica salute, in base al principio che il voler separare la questione igienica da quella economica equivaleva a rinunciare a risolvere sia l'una che l'altra. L'igiene pubblica peraltro doveva essere comandata e non semplicemente raccomandata, cioè si doveva provvedere a governare la Sanità attraverso un ordinamento autonomo, facente capo ad un Sottosegretario di Stato, il Magistrato supremo della Pubblica Igiene, nel quale i

medici igienisti avessero precise responsabilità operative e non semplicemente funzioni consultive rispetto all'apparato amministrativo dell'autorità di governo (Sindaco, Prefetto). Particolarmente innovativa era la previsione di riunire in capo alle strutture sanitarie di base, le condotte mediche, assistenza sanitaria e prevenzione sul territorio. Il medico condotto in veste di Autorità sanitaria del Comune e di Ufficiale Sanitario dello Stato, infatti, oltre alla cura dei malati avrebbe dovuto provvedere alla vigilanza sulla salute pubblica della sua circoscrizione sanitaria.

La riforma Bertani, probabilmente troppo in anticipo sui tempi, non vide la luce a causa della morte di Depretis, ma il successivo governo Crispi, nel 1888, promulgò comunque una sua legge di riforma che almeno in parte riprendeva le idee di Bertani. Dal punto di vista tecnico fu l'igienista Pagliani a delineare l'impianto della legge che, contrariamente a quanto proposto da Bertani, manteneva la Sanità subordinata all'apparato della burocrazia amministrativa, garantendo però una strutturazione organizzativa autonomia agli organi di carattere sanitario. Si creava una via gerarchica tecnica di organi sanitari, Direzione Generale di Sanità, Medico provinciale, Ufficiale Sanitario, anche se ciascuno di tali organi era alle dipendenze politiche di un'Autorità Amministrativa rispettivamente Ministero degli Interni, Prefetto, Sindaco).

La Legge 22.12.1888 n. 6972 (Crispi-Pagliani) oltre a delineare l'impianto della Sanità Pubblica italiana, che salvo alcuni correttivi sarebbe rimato in vigore fino agli anni 50 del secolo successivo, disciplinava per la prima volta in modo organico l'assistenza sanitaria e la ripartizione delle spese sanitarie tra Stato, Province e Comuni, la vigilanza sulle professioni sanitarie, la vigilanza igienica sul suolo e sull'abitato, l'igiene degli alimenti, la profilassi delle malattie infettive (materie che dovevano obbligatoriamente essere previste nel Regolamento Comunale d'Igiene).

Un riconoscimento dell'importanza storica di questa legge viene anche dal Croce, secondo il quale con essa la vigilanza igienica in Italia fece molti passi innanzi, concorrendo alla sparizione o all'attenuazione delle epidemie e degli altri morbi e all'abbassamento della mortalità.

Anche l'assistenza ospedaliera al compimento dell'Unità d'Italia venne riordinata, sia pure con maggiore flessibilità organizzativa per rispettare usi e consuetudini locali, su modello dell'ordinamento piemontese, nell'ambito della legge 3.8.1862 n. 752 sulla beneficenza pubblica, che riformava le opere pie, all'epoca enti gestori degli ospedali.

Il Ministero Crispi intervenne anche in questa materia e con la legge 17.7.1890 n.6972 rese più efficiente l'amministrazione delle opere pie, ampliando le responsabilità degli amministratori, rafforzando il regime dei controlli della Pubblica Autorità e raggruppando in congregazioni di Carità comunali enti affini. Nel settore ospedaliero venne regolamentata l'attribuzione dei costi dell'assistenza mediante l'istituzione del cosiddetto domicilio di soccorso.

L'impianto fondamentale della suddetta normativa è poi rimasto in vigore per alcuni decenni, in particolare per quanto attiene la personalità giuridica degli ospedali fino alla Legge Mariotti del 1968.

La situazione epidemiologica del Paese, dall'epoca del Risorgimento alla fine del 19° secolo, vedeva la predominanza delle malattie infettive : al momento dell'Unità d'Italia erano ancora le malattie epidemiche, in soprattutto il colera con le gravi epidemie del 1865 e del 1884 e dominare la scena, mentre all'alba del nuovo secolo, anche grazie al rafforzamento della Sanità Pubblica promosso dalla legge Crispi Pagliani, controllati più efficacemente i focolai epidemici, erano le malattie endemiche quali tubercolosi, malaria e sifilide a rappresentare il principale problema. Anche la mortalità infantile si era notevolmente ridotta a seguito delle migliorate condizioni igienico sanitarie della popolazione che avevano ridotto la diffusione delle malattie a trasmissione oro-fecale. Un discorso a parte merita la pellagra, malattia diffusa negli strati più poveri delle popolazioni rurali, a causa della denutrizione.

Nell'era giolittiana le leggi che si susseguirono, Regio Decreto 3.2.1901 (regolamento generale sanitario), Legge 14.2.1904 (disciplina dei manicomi), Regio Decreto 19.7.1906 n. 466 (vigilanza igienica degli abitati), Testo Unico 1.8.1907 (riordino della legislazione sanitaria), Legge 10.7.1910 (istituzione degli ordini professionali), Legge 22.5.1913 (disciplina delle farmacie), pur andando a normare importanti aspetti settoriali della Sanità, quali appunto la salute mentale, l'ordinamento delle professioni sanitarie e l'assistenza farmaceutica, non modificarono però l'impostazione generale della Sanità Pubblica prevista dalla Legge Crispi Pagliani.

Dopo la Prima Guerra Mondiale, con l'avvento del Fascismo, si aprì una stagione di riformismo autoritario che anche nella Sanità si proponeva di modernizzare il Paese aggiornando la legislazione sociale sul modello di quella degli altri Paesi europei. Le riforme venivano fatte d'imperio, però, e non in modo partecipato e concordato con le altre forze politiche, in particolare con quelle più rappresentative delle classi popolari.

Le direttive della politica sanitaria del Regime si indirizzarono verso lo sviluppo delle assicurazioni obbligatorie dei lavoratori (previdenza e mutualità) e di forme mirate di assistenza per particolari situazioni (ad es. maternità e infanzia, malattie celtiche), per quanto attiene l'assistenza sanitaria territoriale, verso l'ammodernamento dei servizi di igiene pubblica dei comuni per quanto attiene la prevenzione, vista prevalentemente come attività di polizia sanitaria, e verso il potenziamento e il riordino delle rete ospedaliera.

I principali interventi legislativi furono la legislazione di tutela materno infantile, l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi affidata all'INPS con il Regio Decreto 4.10.1935 n. 1835, l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali con il Regio Decreto 6.7.1933 n. 1033 che istituiva l'INAIL, le casse mutue, dapprima di categoria per i dipendenti privati, e poi riunite nell'INAM con la legge 11.1.1943 n. 138, il riordino dell'igiene pubblica con il Testo Unico delle leggi sanitarie 27.7.1934 n. 1265, la riforma ospedaliera con il Regio Decreto 30.9.1938 n. 1631, la disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie con Regio Decreto 31.5.1928 n.1334, l'istituzione dei laboratori igiene e profilassi con il Regio Decreto 16.1.1927 n. 155, la disciplina per il contrasto alle malattie veneree con il Regolamento 25.3.1923 n. 846.

L'autonomia professionale dei medici, in un'ottica totalitaria venne ricondotta alla logica corporativa, con l'abolizione degli ordini professionali autogestiti e la creazione di un sindacato professionale, organo corporativo del Regime.

Con la caduta del Fascismo i medici recuperarono la loro autonoma organizzazione professionale e finalmente anche la Sanità ebbe una suo ordinamento distinto dal Ministero degli Interni con il Decreto Luogotenenziale 31.7.1945 n. 446 che istituì l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, posto alle dirette dipendenze del Presidente del Consiglio. Con legge 12.3.1958 n. 296, poi l'Alto Commissariato venne trasformato in Ministero della Sanità.

Nel dopoguerra l'impianto dato alla Sanità dal Fascismo, basato essenzialmente su mutue, ospedali e igiene pubblica gestita prevalentemente dai comuni, rimase per decenni sostanzialmente invariato, anche perché le Regioni, enti ai quali secondo la Costituzione Repubblicana spettava un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria (art. 117), tardavano a venire alla luce : infatti furono istituite solamente nel 1970.

La Costituzione però non si è limitata a definire le competenze amministrative dell'assistenza sanitaria e ospedaliera, ma, a differenza del precedente Statuto Albertino, ha stabilito all'art. 32 che la salute è un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Infatti, seguendo una tradizione democratica risalente fin dai tempi della Costituzione francese del 1793 che già aveva previsto il diritto ai cittadini all'assistenza (vedi Codice Napoleonico già citato), accanto ai diritti civili e politici di concezione liberale, che limitavano le facoltà di intervento dello stato nella vita dei cittadini, i padri costituenti hanno inteso affermare i diritti sociali, i quali richiedono invece precisi interventi da parte dello stato per promuovere

un'effettiva eguaglianza tra i cittadini. In tal senso va anche la riaffermazione del diritto alle cure gratuite per gli indigenti. Analoghe previsioni si trovano relativamente all'assistenza sociale nel successivo art. 38.

Negli anni del miracolo economico avveniva il processo di transizione epidemiologica per il diminuire drastico della mortalità per malattie infettive. La tubercolosi e la sifilide erano state debellate dalla terapia antibiotica e la malaria dall'eradicazione delle zanzare anofele, non solo ad opera del DDT, ma anche delle opere di bonifica dei terreni paludosi. L'estensione delle vaccinazioni di massa, obbligatorie, ulteriormente aveva favorito la diminuzione della mortalità infantile. Si affermavano come principali cause di morte le malattie cronico degenerative : in primo luogo malattie cardiovascolari e tumori.

Lo sviluppo dell'assistenza mutualistica e di quella ospedaliera mediante l'inserimento a pieno titolo dei medici in un sistema a gestione pubblica ne garantiva migliori condizioni di lavoro, meno precarie di quelle di una libera professione che non sempre era sufficientemente remunerativa, ma comportava anche una maggior burocratizzazione dell'attività professionale.

I costi crescenti dell'assistenza sanitaria, e di quella ospedaliera in particolare, con le conseguenti difficoltà di ripartirli in modo equo e sostenibile tra i vari soggetti pubblici con competenze sanitarie, mutue, ospedali e comuni, determinarono alla fine degli anni 60 la necessità di una riforma ospedaliera con la Legge 12.2.1968 n. 132, la cosiddetta legge Mariotti.

L'istituzione delle regioni del 1970 poi comportarono il progressivo trasferimento alle medesime delle competenze in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che la Costituzione gli aveva attribuito. Le tappe fondamentali di questo processo sono costituite dal Decreto Presidente Repubblica 14.1.1972 n.4, in particolare per l'assistenza ospedaliera, e il Decreto Presidente Repubblica 24.7.1977 n. 616.

Punto culminante del processo di regionalizzazione della Sanità fu l'istituzione del Servizio sanitario Nazionale con la legge 23.12.1978 n. 833. Questa, assieme ad altre due importanti leggi di carattere sanitario, la legge 13.5.1978 n.180 di riforma psichiatrica e la legge 23.5.1978 n.194 sull'interruzione di gravidanza, rappresenta una delle più importanti realizzazioni di quella stagione politica che viene definita della solidarietà nazionale perché vide, alla fine di un decennio di grandi lotte sociali, la ricostituzione dell'unità delle forze popolari cattoliche e della sinistra che erano state artefici 30 anni prima della Costituzione Repubblicana. Infatti questa legge nei suoi principi si ispira proprio al dettato dell'art. 32 della Costituzione di tutela della salute nel suo significato più ampio. Assicurata l'universalità del servizio rivolto indistintamente a tutti i cittadini, venivano riunite in un unico ambito istituzionale, le Unità Sanitarie Locali, tutte le attività sanitarie, di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché di medicina legale, ponendo in particolare l'accento sui servizi sanitari di base, da raccordare con i servizi sociali dei comuni, attraverso la creazione dei distretti socio sanitari. Anche gli ospedali erano inseriti nel sistema, il che, quando il Nosocomio era di grosse dimensioni e di complessa gestione, rendeva molto difficile un rapporto equilibrato con il Territorio.

Fatto salvo il potere di indirizzo dello Stato (ad es. con il Piano Sanitario Nazionale), il decentramento dei poteri decisionali strategici a livello regionale e della gestione a livello dei comuni, attraverso l'istituzione di assemblee e comitati di rappresentanti dei cittadini a nomina politica, doveva assicurare uno stretto raccordo tra la comunità che usufruiva dei servizi e il soggetto pubblico che tali servizi erogava. Purtroppo ciò che nelle buone intenzioni del legislatore doveva essere un essenziale strumento di partecipazione democratica si è ben presto trasformato in un sistema clientelare di sotto governo atto solamente a generare inefficienze e sprechi di pubblico denaro.

Proprio l'espansione progressiva e incontrollabile della spesa sanitaria, dovuta peraltro non solo ai mali della gestione politica, ma anche all'invecchiamento della popolazione e

all'introduzione continua di nuove e costose tecnologie di diagnosi e cura, ha frenato negli anni 80 l'attuazione completa della riforma e anzi ha portato ad un ripensamento dei meccanismi gestionali con rivalutazione delle competenze tecniche-manageriali rispetto alla rappresentatività politica, alla quale andavano riservate solo funzioni di indirizzo e di controllo. Così si è giunti alla riforma bis di cui al Decreto Legislativo 20.12.1992 n. 502, come integrato e modificato dal successivo Decreto Legislativo 7.12.1993 n. 517.

Le USL, che secondo l'impostazione della L 833/78 erano enti strumentali dei comuni, venivano fornite di personalità giuridica propria e si trasformavano in Aziende Sanitarie gestite da un Direttore Generale, di comprovate capacità manageriali, anche se a nomina politica, affiancato da un Direttore Sanitario e da un Direttore Amministrativo di sua fiducia. Gli ospedali più grandi diventavano Aziende Ospedaliere autonome rispetto alle Aziende Sanitarie competenti per territorio. Le Aziende Sanitarie dovevano avere dimensioni corrispondenti di norma all'ambito provinciale. Il finanziamento non avveniva più con il sistema a piè di lista, ma con il pagamento a prestazione (i cosiddetti DRG per gli ospedali). I medici dipendenti, assumendo tutti la qualifica di dirigenti, venivano investiti di maggiori responsabilità manageriali. Veniva posto l'accento sulla verifica della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e con l'accreditamento venivano introdotti meccanismi di concorrenza tra le strutture pubbliche e quelle private ex convenzionate.

Non risultando pienamente soddisfacenti i risultati di efficienza gestionale derivanti dal processo di aziendalizzazione avviato con la riforma bis, anche perché i medici non risultavano sufficientemente coinvolti nella gestione, nonostante il loro ruolo di dirigenti, e volendosi ribadire la rilevanza costituzionale di un Servizio Sanitario universalistico che doveva assicurare a tutti i cittadini la tutela del diritto alla salute, nel 1999 il ministro Bindi ha varato la riforma ter, Decreto Legislativo 16.7.1999 n. 229, nella quale venivano rafforzate le politiche di aziendalizzazione e di regionalizzazione del Servizio Sanitario Pubblico. Il processo di regionalizzazione è stato poi completato nel 2001 dalla riforma del titolo V della Costituzione che attribuisce delle competenze molto ampie in materia di sanità alle Regioni.

Altri punti salienti della riforma Bindi erano l'introduzione del rapporto esclusivo dei medici con le Aziende Sanitarie o Ospedaliere, la subordinazione dell'accreditamento delle istituzioni sanitarie private alla programmazione regionale con fissazione di limiti di spesa per le medesime, il rafforzamento di meccanismi di controllo di appropriatezza, definizione di Livelli Essenziali di Assistenza da garantire comunque ai cittadini, il potenziamento del ruolo programmatico dei Comuni nel coordinamento tra sociale e sanitario, la promozione di forme di partecipazione dei cittadini, la definizione della centralità del Distretto Sanitario quale struttura portante del sistema, dedicata all'assistenza sanitaria di base e al raccordo tra sociale e sanitario, l'inserimento della formazione specifica in sanità pubblica e organizzazione sanitaria tra i requisiti dei Direttori Generali.

3.14. Nuovi indirizzi di politica Sanitaria Nazionale

Con la Riforma Sanitaria (L 833/78) le 3 principali funzioni di tutela della salute, igiene e sanità pubblica, rivolta prevalentemente alla salute collettiva, assistenza sanitaria primaria e assistenza ospedaliera, furono riunite in un unico ambito organizzativo, l'Unità Sanitaria Locale.

- **Distretti**

L'assistenza sanitaria di primo livello e di pronto intervento doveva articolarsi in Distretti e passare da una logica di erogazione di prestazioni ad una logica di presa in carico, con particolare riferimento ai soggetti fragili.

Successivamente con il Dlgs 502/92, Riforma bis, gli ospedali vennero in gran parte resi autonomi e il ruolo del distretto nella sanità territoriale, rimasta nelle USL trasformate in aziende, venne meglio definito come struttura dotata di un'ampia autonomia gestionale nel perseguimento di obiettivi di salute e luogo ad elevata integrazione tra sociale e sanitario.

La Riforma ter, L 229/99, ha ancor meglio delineato il profilo del Distretto, una più ampia dimensione di popolazione (60.000) abitanti per consentire un effettivo approccio multidisciplinare, coordinato tra medicina di base e medicina specialistica e intergato con l'assistenza socio-sanitaria dei Comuni.

Oggi risulta imprescindibile, per la sostenibilità del sistema, un efficace modello di integrazione tra ospedale e territorio. Secondo il Decreto Balduzzi (D.L. 13 settembre 2012, n. 158) il Sistema sanitario nazionale deve riorganizzarsi su due pilastri: la revisione della rete ospedaliera sulla base di standard qualitativi e quantitativi e la nuova configurazione dell'esercizio della medicina generale e dell'assistenza primaria sul territorio. La revisione della rete ospedaliera prevede una riduzione della dotazione di posti letto, 3,7/1000 abitanti, e la suddivisione degli ospedali in hub e spoke. L'assistenza primaria dovrebbe svolgere un ruolo centrale, perché più vicina ai bisogni di salute dei cittadini fornendo le risposte adeguate per le situazioni meno acute che ed evitando così accessi in Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri non appropriati (riequilibrio ospedale territorio). Le regioni a tal fine,, privilegiano la costituzione di **reti di poliambulatori territoriali** dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

Una ridefinizione del ruolo dei medici di medicina generale nel Distretto è al centro del riordino della sanità territoriale.

Sono previste :

1. forme organizzative monoprofessionali, denominate **aggregazioni funzionali territoriali (art. 26 bis ACN)** , che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi

b) forme organizzative multiprofessionali, denominate **unità complesse di cure primarie (art. 26 ter ACN)**, inserite nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio , che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici e delle altre professioni sanitarie. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria e alla trasmissione telematica delle ricette.

Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogheranno l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali).

Per tali forme organizzative sono previsti un referente o un coordinatore del quale sono da definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione .

Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

Inoltre sono previsti:

- Per i medici di medicina generale il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.
- livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività (finanziamento a budget)
- attività rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio Sanitario Nazionale, ai quali, senza oneri aggiuntivi, dovranno adeguarsi le Convenzioni
- dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative sulla base di accordi regionali o aziendali

- standard e indicatori di attività da definire nelle Convenzioni
- modalità particolari di assistenza, da definire su base regionale, per pazienti con patologie croniche

In conclusione per attuare questo processo di riorganizzazione e trasferimento di competenze dall'ospedale al territorio si dovrebbero sviluppare le seguenti linee di attività: adozione dei principi e della prassi del chronic care model e della medicina di iniziativa per la prevenzione secondaria e terziaria delle patologie croniche oggi assolutamente prevalenti; definizione di registri di patologie e istituzione della figura del case manager per i pazienti complessi; potenziamento dell'assistenza domiciliare modulata per diverso livello di intensità di cure, sviluppo delle attività self-care di family learning e di promozione della salute, definizione di procedure e i percorsi assistenziali per i pazienti in via di dimissione.

- **Ospedali**

Le proposte sul tavolo della Conferenza Stato Regioni sui nuovi standards ospedalieri sostanzialmente possono essere così riassunte :

1. Riclassificare gli ospedali in presidi di base, Dea di I livello, DEA di II livello e strutture accreditate (minimo 60 letti) ne delinea gli standard quali- quantitativi, e adotta come modello di riferimento quello dell'ospedale per intensità di cura;
2. Definire i bacini di utenza (espressi in milioni di abitante) per singola disciplina (per una UOC di Grandi ustionati il bacino è tra 6 e 4 milioni, per una UOC di medicina generale varia tra 150.000 e 80.000 etc) (parametrando i PL della Unità operativa complessa sui 17,5 letti);
3. Definire i volumi minimi delle prestazioni che ogni UOC dovrà erogare pena la disattivazione (250 procedure di angioplastica/anno; 100 colecistctomia per via laparotomia/ annuo etc) in attesa di calcolare gli esiti (di salute) per ciascuna UOC e poi per ciascun operatore;
4. Definire per le strutture ospedaliere una serie di standard di qualità vincolanti (gestione del rischio, EBM, Health technology assessment, documentazione sanitaria, valutazione e miglioramento continuo, formazione permanente);
5. Definire gli standard e le procedure assistenziali per le reti di alta specialità (rete infarto, ictus, traumatologia, neonatologia e punti nascita, medicine specialistiche, oncologica e pediatrica) adottando il modello Hub e Spoke tra strutture a diversa complessità; Ridefinire la rete di emergenza sia nella fase della risposta territoriale che in quella ospedaliera; Definire gli standard per la chirurgia ambulatoriale;
6. Affrontare il tema della continuità ospedale-territorio adottando come struttura intermedia l'ospedale di comunità e dando indicazioni per la organizzazione dei flussi di uscita dall'ospedale;
7. Avviare programmi di telemedicina per la gestione integrata ospedale territorio di patologie croniche come scompenso cardiaco, Broncopneumopatie cronic-ostruttive, diabete;
8. Formulare linee guida concernenti i due criteri di accesso in ospedale: severità della condizione clinica e intensità/ complessità dell'assistenza necessaria al fine di promuovere l'uso corretto dell'ospedale e contrastare i ricoveri impropri dal punto di vista del setting assistenziale.

Inoltre è prevista la riduzione delle UOC e dei relativi posti di direzione, soprattutto nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dove gli eccessi sono particolarmente vistosi specie in

campo chirurgico (eccedenza del 25% rispetto alla media nazionale del 10%). Considerato che da anni gli stipendi dei medici e degli altri operatori del SSN sono bloccati, la drastica riduzione delle possibilità di progressione di carriera significa che una delle strade maestre per il contenimento dei costi del SSN corrisponde alla diminuzione delle retribuzioni di medici e altri professionisti della sanità, già inferiori a quelle dei colleghi europei.

La riduzione di PL (3,9/1000 abitanti) e la forte riduzione della degenza media (max 5 giorni) comporteranno necessariamente l'utilizzo in via quasi esclusiva dei servizi clinico- diagnostici ospedalieri per i pazienti ricoverati. Quindi la specialistica clinica e strumentale per i pazienti ambulatoriali dovrebbe essere effettuata tramite potenziamento dei presidi territoriali.

- **Dipartimenti di Prevenzione**

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, ai quali afferiscono le funzioni relative alla tutela della salute collettiva, rappresentano le strutture operative più funzionali per assicurare la prevenzione e la promozione della salute secondo una logica multidimensionale e una forma organizzativa interdisciplinare e multi professionale strettamente legata al territorio. Vanno perciò respinti i tentativi di smontarne le varie componenti dei Dipartimenti, facendole afferire ad altri livelli statali (i veterinari al Ministero delle politiche agricole, la sicurezza sui luoghi di lavoro ad una agenzia nazionale, la medicina legale all'INPS), perché sono un elemento di forte indebolimento delle tutele e dei diritti per la salute dei cittadini. Al contrario è necessaria una maggiore integrazione funzionale tra le varie discipline della prevenzione e della sicurezza tramite l'adozione di percorsi assistenziali trasversali, focalizzati alla presa in carico globale dei problemi sanitari delle collettività, come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita.....) e secondaria (screenings...) delle malattie cronico degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute, la gestione delle emergenze di sanità pubblica. Non solo, ma i recenti avvenimenti dell' ILVA di Taranto, dove un gravissimo inquinamento ambientale è stato identificato tramite analisi di matrici biologiche negli animali e negli uomini, dimostra come la separazione tra problematiche ambientali e tutela della salute pubblica sia alla base di gravi rischi e danni sanitari. La politica dei limiti di emissione ambientali finì a se stessi è stata clamorosamente smentita e deve essere ripensata. Così come occorre garantire, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, il ripristino operativo di vere strutture che si occupino di salute e ambiente. Anche nel settore della prevenzione la Medicina basata sull'Evidenza deve costituire il criterio guida per instaurare nuove modalità di lavoro costruite sull'analisi epidemiologica dei problemi di salute, sull'appropriatezza degli interventi, sull'utilizzo delle banche dati e dei sistemi informativi disponibili sulla categorizzazione e comunicazione del rischio, nonché sulla partecipazione dei cittadini. Risparmi si possono conseguire con le semplificazioni derivanti dall'abolizione delle attività di non dimostrata efficacia, il 5% della spesa sanitaria destinato alla prevenzione collettiva, integrato con le risorse derivanti dai sistemi sanzionatori, va interamente impiegato nel settore (primo LEA) per assicurare gli strumenti indispensabili ed il turnover necessario del personale.

Questi sono in sintesi gli indirizzi del documento conclusivo della prima Convention Nazionale dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie tenutosi a Bologna nell'aprile scorso.