

LA RICERCA DI UNA VIA D'USCITA DALLA CRISI

La Fondazione Smith Kline ha dedicato il Seminario dei Laghi dell'ottobre scorso – i cui elaborati sfociano, arricchiti di ulteriori contributi, nel tradizionale Rapporto Sanità – al tema della «crisi», nelle sue molteplici e complesse sfaccettature, partendo dalla convinzione che la crescita del Paese indotta anche dal sistema sanitario rappresenti un atto di razionale fiducia nelle due parti: il sistema sanitario, con la sua intelligenza e le sue potenzialità, ed il Paese, in grado di rispondere attivamente a stimoli e impulsi che giungono da chi crede in una vita collettiva migliore ed equilibrata.

1. *Dal miracolo economico degli anni '50...*

Per proiettarci verso il futuro, riandiamo al passato. Dalla fine degli anni '50, l'Italia conobbe una ventata di benessere, dopo l'orrore e la miseria della guerra, con l'avvio di un processo di sviluppo straordinario per l'espansione della grande industria, la comparsa di tante piccole imprese, il rilancio dell'agricoltura, il potenziamento delle infrastrutture e la crescente attività di banche e casse di risparmio a sostegno degli investimenti (Castronovo, 2010).

La lira fu premiata nel 1959 come la moneta più salda dell'Occidente e l'economia italiana superò l'esame imposto dall'ingresso nel Mercato comune europeo. Si assi-

* *Professore a contratto di Economia applicata, Università di Torino; Centro studi Fondazione Smith Kline, Roma.*

** *Direttore del Dipartimento del cuore e dei vasi dell'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze; Presidente della Fondazione Smith Kline, Roma.*

stette ad un deciso aumento del tenore di vita delle famiglie italiane: nelle case fecero la loro comparsa lavatrici e frigoriferi ed anche le automobili cominciarono a diffondersi sulle strade italiane con le Fiat 600 e 500, progettate da Dante Giacosa. Un ruolo estremamente rilevante nel mutamento della società fu giocato dalla televisione, che entrò progressivamente nelle case degli Italiani. Anche la letteratura e il cinema si occuparono ampiamente del *boom* economico che fu ripreso e trattato in molti libri e film, come *La dolce vita* di Fellini, girato nel 1959.

Nell'Italia del *boom* economico ci furono una straordinaria tensione morale, una forza corale di ricostruzione, una fiducia ed un'energia immense, una tenace volontà di riuscire e di migliorare.

2. ... alla crisi attuale

Dall'Italia del miracolo economico, da uno sviluppo economico impetuoso e caotico, si è arrivati alla grande crisi attuale, che ha congelato i consumi, rattrappito la produzione, provocato disoccupazione. Le analisi politico-economiche, le pagine dei giornali, le cronache finanziarie, gli scritti sul *welfare*, i discorsi della gente, i duelli politici, tutto è «gonfio di crisi».

La prima grande crisi economica della storia è legata alla «febbre dei tulipani». Nell'Olanda di fine Seicento il tulipano, reso popolare dai turchi ottomani, causò una vera e propria frenesia botanico-finanziaria: i bulbi venivano scambiati con maiali o pecore, vino o burro, abiti o letti, gli ibridi più rari e pregiati raggiunsero ben presto quotazioni da capogiro, tanto da valere più di una casa (Dash, 2009). Grandi mercanti e umili contadini si fecero contagiare da questa febbre dilagante e il mercato si gonfiò a dismisura fino a crollare nel 1637, come Wall Street nel 1929 (Galbraith, 2003): la prima bolla economica che preannuncia e anticipa le successive, i tulipani di ieri come le dot.com e i mutui *subprime* di oggi (Shiller, 2009; Taleb, 2009; Roubini e Mihm, 2010).

Oggi, la presenza della parola crisi è diventata permanente e la crisi nella vita quotidiana angosciante e perfino ansiogena. Nel messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica troviamo subito queste parole:

Parlo innanzitutto di una realtà sociale duramente segnata dalle conseguenze della crisi con cui da quattro anni ci si confronta su scala mondiale, in Europa e in particolar modo in Italia. Da noi la crisi generale, ancora nel 2012, si è tradotta in crisi di aziende medie e grandi (e talvolta, dell'economia di un'intera regione, come ho constatato da vicino in Sardegna), si è tradotta in cancellazione di piccole imprese e di posti di lavoro, in aumento della Cassa Integrazione e della disoccupazione, in ulteriore aggravamento della difficoltà a trovare lavoro per chi l'ha perduto e per i giovani che lo cercano. Per effetto di tutto ciò, e per il peso delle imposte da pagare, per l'aumento del costo di beni primari e servizi essenziali, «è aumentata l'incidenza della povertà tra le famiglie» – ci dice l'Istituto Nazionale di Statistica – specie «quelle in cui convivono più generazioni... Complessivamente sono quasi due milioni i minori che vivono in famiglie relativamente povere, il 70 per cento dei quali è residente al Sud». Ricevo d'altronde lettere da persone che mi dicono dell'impossibilità di vivere con una pensione minima dell'Inps, o del calvario della vana ricerca di un lavoro se ci si ritrova disoccupato a 40 anni.

Ma al di là delle situazioni più pesanti e dei casi estremi, dobbiamo parlare non più di «disagio sociale», ma come in altri momenti storici, di una vera e propria «questione sociale» da porre al centro dell'attenzione e dell'azione pubblica. E prima ancora di indicare risposte, come tocca fare a quanti ne hanno la responsabilità, è una questione sociale, e sono situazioni gravi di persone e di famiglie, che bisogna sentire nel profondo della nostra coscienza e di cui ci si deve fare e mostrare umanamente partecipi. La politica, soprattutto, non può affermare il suo ruolo se le manca questo sentimento, questa capacità di condivisione umana e morale. Ciò non significa, naturalmente, ignorare le condizioni obiettive e i limiti in cui si può agire – oggi, in Italia e nel quadro europeo e mondiale – per superare fenomeni che stanno corrodendo la coesione sociale (<http://www.quirinale.it/elementi/Continua.aspx?tipo=Discorso&key=2600>).

Si tratta di una crisi a tutto tondo: economica e finanziaria, climatica ed energetica, sociale e demografica, della scuola e dell'università, delle istituzioni e della giustizia, della produzione e dei consumi, del mercato editoriale e della televisione (di qualità), della natalità e dell'occupazione.

Poiché la parola «crisi» deriva dal latino *crisis* e dal greco κρίσις, ossia «scelta, decisione, fase decisiva di una malattia», derivato di κρίνω, ossia «distinguere, giudicare» anche se nell'uso comune ha assunto un'accezione negativa (in quanto indica il peggioramento di una situazione), riflettendo sull'etimologia della parola possiamo coglierne anche una sfumatura positiva: un momento di crisi, cioè di riflessione, di valutazione, di giudizio, può trasformarsi nel presupposto necessario per un miglioramento, per una rinascita, per un rifiorire prossimo.

3. *La crisi genera progresso*

È attribuita ad Albert Einstein una riflessione in cui la crisi è definita come una «benedizione»:

Non possiamo pretendere che le cose cambino, se continuiamo a fare le stesse cose. La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi. La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. È nella crisi che sorgono l'invenzione, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera se stesso senza essere «superato». Chi attribuisce alla crisi i suoi fallimenti e difficoltà, violenta il suo stesso talento e dà più valore ai problemi che alle soluzioni. La vera crisi è la crisi dell'incompetenza. L'inconveniente delle persone e delle nazioni è la pigrizia nel cercare soluzioni e vie di uscita. Senza crisi non ci sono sfide, senza sfide la vita è una routine, una lenta agonia. Senza crisi non c'è merito. È nella crisi che emerge il meglio di ognuno, perché senza crisi tutti i venti sono solo lievi brezze. Parlare di crisi significa incrementarla, e tacere nella crisi è esaltare il conformismo. Invece, lavoriamo duro. Finiamola una volta per tutte con l'unica crisi pericolosa, che è la tragedia di non voler lottare per superarla.

La crisi è letta come sfida, apertura di opportunità e leva di progresso. Il vero pericolo è rimanere prigionieri della propria inattività a scapito del talento, della creatività, della ricerca di vie d'uscita, l'unica crisi pericolosa diventa la tragedia di non lottare per superarla.

Le parole iniziali della riflessione proposta alludono al fatto che è impensabile uscire davvero da una situazione di crisi utilizzando la stessa logica che ha portato a quel punto: i paesi coinvolti nella grande crisi attuale, italiana, europea e mondiale, stanno invece cercando di recuperare terreno perfezionando meccanismi già esistenti, al posto di pensarne di nuovi. È difficile uscire dai propri punti di vista se non c'è qualcuno che ci indica un modo diverso, e altrettanto plausibile, di «leggere» la realtà.

Non vogliamo, quindi, sostenere un ottimismo irrealistico e leggero, ma proporre un incoraggiamento a cogliere i momenti di crisi (anche drammatici) per analizzare e valutare adeguatamente l'accaduto e far in modo che le cose vadano meglio.

4. *Il Rapporto Sanità 2013*

Alla ricerca di vie d'uscita dalla crisi la Fondazione Smith Kline ha dedicato le proprie energie ed i propri sforzi e presenta ora il Rapporto Sanità 2013, che offre un'ampia e ricca serie di documenti, dati, analisi e riflessioni con l'intento di stimolare quella creatività che può far emergere il meglio di ognuno di noi. Un ringraziamento particolare va ai diversi Autori che hanno aderito con competenza ed entusiasmo all'iniziativa e messo a disposizione materiali preziosi.

Il volume è articolato in tre parti:

– nella prima, sono raccolti saggi volti ad indagare il tema della salute e della ricerca, in termini di sostenibilità e contributo allo sviluppo in tempo di crisi;

– nella seconda, si presentano i lavori dedicati prioritariamente a temi economico-finanziari: risorse, investimenti e crescita economica;

– nell’ultima parte, l’attenzione è rivolta al tema delle politiche per la salute.

4.1. *Salute e ricerca*

I primi due capitoli proposti analizzano l’impatto sulla salute delle «crisi», anche nei paesi in via di sviluppo. *Giuseppe Costa e coll.* individuano i principali meccanismi attraverso cui la crisi e le risposte messe in atto per limitarne gli effetti possono influenzare la salute e cercano di identificare (e quantificare) gli indicatori che dovrebbero essere utilmente monitorati. Di particolare interesse la parte conclusiva, in cui «dal gioco in difesa passano all’innovazione», guardando al futuro. La cultura dei determinanti di salute suggerisce, ad esempio, di colmare il vuoto di risorse che gli individui subiscono (perdita del lavoro, caduta del reddito ecc.), con azioni che si concentrino sull’aumento del rendimento delle risorse di cui gli individui dispongono: luoghi di lavoro, ambienti formativi, quartieri e condomini delle città, scuole e qualsiasi altro luogo di aggregazione svolgono un ruolo fondamentale nel definire l’effetto sulla salute di una certa condizione; la proprietà di queste politiche consiste nel raggiungere l’obiettivo di attenuare l’effetto negativo di una caduta di risorse o di un cambiamento negativo di condizione sociale, senza utilizzare la leva assistenziale, ma attraverso un miglioramento dei microcontesti in cui le persone vivono. Così, riguardo ai cambiamenti demografici, le opportunità più macroscopiche consistono nell’attrazione di immigrazione qualificata per riequilibrare il bilancio demografico e rispondere alle necessità del mercato del lavoro e nella capacità di valorizzare l’invecchiamento in salute degli anziani nel mercato del lavoro e nella società con politiche di *active ageing*. La sfida riguarda politiche da inventare o potenziare, tese a cogliere opportunità ed a migliorare a vari livelli il funzionamento di contesti di vita, la sfida è cioè legata alla capacità di fronteggiare la crisi, difendendo la salute con la riscoperta e lo sviluppo

di un'ampia gamma di politiche sottovalutate (più che scavando nelle pieghe del bilancio a cercare soldi). La misurazione di queste dimensioni e di questo crescente tasso di «capacitazione» deve essere in ampia parte creata e/o dotata di nuovi significati: ciò richiede non necessariamente o prioritariamente risorse economiche aggiuntive da investire, ma di incidere in modo efficace sui meccanismi di funzionamento e regolazione dei sistemi collettivi pubblici e privati.

Enrico Materia offre un'analisi delle crisi globali, dedicando attenzione specifica ai paesi in via di sviluppo. A differenza delle crisi degli anni '80 e '90, che avevano avuto origine nel mondo in via di sviluppo, l'attuale crisi è deflagrata in Occidente e i Paesi a basso reddito meno integrati nel sistema bancario globale sono risultati meno esposti allo *shock* finanziario. Il *trend* secolare degli indicatori di sviluppo sembra predire che diversi Paesi dell'Africa sub-sahariana potrebbero in un futuro non lontano affrancarsi dalla povertà endemica, anche se è un timore fondato che la crisi economica globale possa rallentare questo processo e accentuare ulteriormente le disuguaglianze nella distribuzione delle risorse indotte dalla globalizzazione. Si noti che Sir M. Marmot, già a capo della Commissione per i determinanti sociali dell'Oms, osserva che con un solo cinquantesimo dei 5 trilioni di dollari di finanziamenti erogati per salvare le banche si potevano migliorare le condizioni di vita del miliardo di persone che vivono negli *slums* del pianeta.

Gli scritti di Collicelli, Perucci e Trabucchi arricchiscono il quadro con approfondimenti in tema di benessere, razionamento ed equità, condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche.

Per *Carla Collicelli e coll.*, la crisi economica attuale sembra aver accentuato il bisogno di trovare nuove forme e concetti diversi di misurazione delle condizioni delle collettività: oggi le riflessioni teoriche più avanzate, nonché le osservazioni empiriche, esprimono un approccio articolato e vasto al tema del benessere, che ha a che fare con il sistema di equilibrio che vige tra il soggetto, la co-

munità e l'ambiente. Benessere e malessere non fanno riferimento, inoltre, a concetti assoluti, ma piuttosto a concetti relativi, definibili rispetto ad una serie complessa di dimensioni, non sono realtà astratte, ma vanno considerate dinamicamente nel loro carattere di «costruzioni sociali». Gli Autori rilevano che è particolarmente critica la situazione nelle regioni più in difficoltà, sia per le caratteristiche storiche dei servizi sanitari regionali in quei luoghi, sia per il forte impatto delle manovre di rientro del deficit e di contenimento della spesa: l'osservazione dei dati di *performance* a livello regionale permette di rilevare notevoli eterogeneità, con livelli qualitativi molto elevati in alcune aree geografiche e comparti, e livelli medio-bassi o bassi in altre.

Carlo A. Perucci mette in luce che tutte le conoscenze empiriche disponibili dimostrano che il Ssn ha attualmente una grave situazione di razionamento implicito ed iniquo e, pertanto, interventi strutturati di promozione di una maggiore competizione per la qualità e l'efficacia del Ssn devono mirare ad una razionalizzazione esplicita ed equa del Ssn. Non è prevedibile che il nostro paese torni a livelli di ricchezza e di consumi goduti in modo crescente dal dopoguerra; usciremo dalla gravissima crisi economica solamente adattandoci ad una minore disponibilità di risorse. Per l'Autore, gli interventi di riforma del Ssn, ormai ineludibili, si scontrano con forti resistenze al cambiamento, soprattutto da parte degli apparati burocratici ed anche di molti settori sindacali: sembra talora che queste roccaforti della conservazione pensino al Ssn più come ad un sistema di *welfare* per i dipendenti ed i produttori, che ad un sistema di servizi per i cittadini.

Marco Trabucchi e Renzo Rozzini si dedicano al settore della cronicità, un paradigma della modernità: l'aumento della speranza di vita alla nascita ed in età avanzata, le possibilità di sopravvivenza agli eventi acuti fornite dalla medicina e l'esposizione a fattori di rischio sempre nuovi e difficilmente inquadrabili hanno provocato – attraverso una complessa interazione – l'aumento

formidabile del numero di persone affette da malattie croniche, che hanno bisogno di continui interventi clinici. Chi conosce la vita delle persone colpite da malattie croniche, quelle dell'infanzia, dell'età adulta e della vecchiaia, sa bene quanto sia facile l'instaurarsi di reazioni negative vivendo in un'atmosfera che nell'insieme non crede nel futuro: è auspicabile che la riduzione quantitativa degli interventi, imposta dalle diverse *spending review*, possa facilitare una maggiore attenzione alla qualità.

Gli ultimi tre capitoli della prima parte fanno riferimento specifico alla ricerca ed alla sua sostenibilità. *Monica Bettoni* descrive l'attuale attività dell'Istituto Superiore di Sanità, che, fondato nel 1934, è luogo dove si fa ricerca di eccellenza: molti sono i Premi Nobel che a vario titolo hanno collaborato con l'Istituto, tra cui Enrico Fermi e Rita Levi-Montalcini. Oggi, l'Istituto, che vanta da sempre collaborazioni internazionali, dopo la riforma che lo ha dotato di autonomia amministrativa ed organizzativa, pur restando l'organo tecnico-scientifico del Ssn, apre il suo ventaglio di collaborazioni anche all'esterno di questa rete, per esempio nella conduzione di ricerche con enti e istituzioni private interessati a sviluppare l'applicazione delle ricerche stesse.

Marco Salvatore e coll. illustrano le difficoltà in cui versa l'industria tecnologica nostrana (*imaging*, biotecnologie, robotica, ITC): il sistema finanziario svolge un ruolo chiave nel promuovere lo sviluppo delle biotecnologie e, rispetto ad altri Paesi avanzati, il nostro sistema produttivo soffre di una limitata disponibilità di capitali di credito e di rischio per investimenti in progetti di ricerca e innovazione e per la crescita di nuove imprese *biotech*. In queste ultime, poi, bisognerebbe non solo preparare ottimi ricercatori, ma anche formare persone in grado di valutare correttamente le questioni economiche connesse alle ricerche ed introdurre figure idonee a gestire le questioni complesse relative a *marketing*, finanza, amministrazione, controllo ecc.: questa integrazione di conoscenze permetterebbe di formare nuove figure professio-

nali in grado di valutare sia la ricerca sia la sostenibilità di un'idea progettuale.

Il saggio di *Giuseppe Recchia e coll.* richiama l'attenzione sulla ricerca farmaceutica. L'impatto delle crisi finanziaria ed economica sull'Europa in generale e sull'Italia in particolare – associate a fenomeni propri del settore quali il picco delle scadenze brevettuali atteso nei primi anni di questo decennio – sta determinando profondi effetti sulla ricerca biomedica e sull'assistenza farmaceutica. Per favorire il recupero da tale situazione è necessario un profondo cambiamento delle modalità con le quali in passato sono stati condotti alcuni dei principali processi di interesse per il farmaco, in particolare la scoperta e la sperimentazione clinica. Lo sviluppo di un mercato della conoscenza tra imprese, università, enti regolatori, Fondazioni e *Charities* italiani può consentire di condividere ed utilizzare la conoscenza prodotta dal sistema Italia e di agevolarne il trasferimento verso il farmaco, collaborando con la rete ed il patrimonio globale di competenza ed esperienza dell'impresa farmaceutica internazionale. Operando in un contesto globale e competitivo, il nostro Paese non è solo in tale sfida e pertanto una prima necessità riguarda l'adeguamento del sistema infrastrutturale e normativo del paese, per semplificare e ridurre i tempi degli strumenti di finanziamento e di agevolazione fiscale della ricerca, rendere il credito di imposta per la ricerca e l'innovazione disponibile su base annuale, favorire l'*Innovation Transfer* e l'interazione tra i diversi *stakeholder* dei processi innovativi, chiarire e semplificare le regole per la sperimentazione clinica. Oggi più che mai è necessario definire condizioni che possano favorire l'accesso remunerativo all'innovazione terapeutica, condizione fondamentale per lo sviluppo di impresa in un contesto competitivo globale e per consentire il mantenimento e lo sviluppo di un sistema italiano di ricerca sul farmaco.

4.2. Risorse, investimenti e crescita economica

Nella seconda parte del Rapporto si presentano i contributi dedicati specificamente a temi economico-finanziari: risorse, investimenti e crescita economica.

Cesare Cislighi e coll. illustrano «incertezze, evidenze e prospettive» della spesa sanitaria. Sono ormai diversi anni che l'obiettivo principale della politica sanitaria si concentra sulla riduzione della spesa come risposta all'opinione sostenuta dai media che si spende troppo per la sanità pubblica e che la crescita è incontrollata. Questo quadro non può che innescare molte perplessità in relazione alla palese contraddittorietà con le cifre reali: perché si vuole ridurre la spesa sanitaria se questa è già tra le minori dei paesi con cui è corretto confrontare l'Italia e, tra l'altro, cresce meno che ovunque? Il problema della spesa sanitaria non è in Italia oggi tanto la sua riduzione o il contenimento della sua evoluzione, quanto la razionalizzazione dell'impiego delle risorse disponibili. È ormai tempo che ci si sforzi di andare oltre alla logica dei tagli lineari e che si proceda ad attivare, invece, misure capaci di aumentare la produttività sia in senso clinico (maggior efficacia) che in senso economico (maggior efficienza) e si riprenda la riflessione sugli obiettivi, sui contenuti, sui metodi, sulle risorse dell'intero sistema sanitario nazionale.

Nel saggio di *Carla Collicelli e coll.* emerge che l'attenzione degli italiani alla tutela della salute si riflette in un impegno crescente di tempo, energie e risorse per individuare i percorsi più adeguati, ed anche in una particolare attenzione alla evoluzione dell'offerta sanitaria. Capovolgendo lo scenario, dettato dalle paure, in aspettative positive sul futuro del Servizio sanitario, per i cittadini la sanità dovrebbe emanciparsi dall'abbraccio eccessivo della politica, per rispondere adeguatamente alla duplice esigenza di garantire sia la sostenibilità finanziaria che un'adeguata qualità delle prestazioni per tutti i cittadini, ovunque essi risiedano.

Come illustra *Francesco Longo*, a livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica presenta una media di circa

il 7% del Pil, ma con forti oscillazioni inter-regionali. A queste risorse occorre aggiungere in media altri due punti percentuali di spesa sanitaria pagata privatamente dalle famiglie e almeno altri due punti di Pil di spesa socio-sanitaria, in particolare per la disabilità anziana e non, finanziata in parte dai trasferimenti assistenziali dell'Inps e in parte dalle famiglie. Un comparto che oscilla tra il 10% e il 15% del Pil nelle diverse regioni, rappresenta quasi ovunque il più importante settore economico in dimensione assoluta, che non può risultare indifferente a chi si occupa di sviluppo economico. Un secondo dato illumina ancora di più la relazione tra spesa sanitaria e sviluppo economico: dei 112 miliardi di spesa del Ssn, il 68% rappresenta un finanziamento di attività economiche di imprenditori privati: la spesa per la sanità pubblica è costituita prevalentemente di consumo di beni e servizi acquisiti dal settore privato; ciò che rimane nel perimetro pubblico sono esclusivamente gli stipendi dei dipendenti pubblici del sistema, ossia il 32% della spesa del Ssn. Inoltre, sia il 2% di Pil di spesa sanitaria sostenuta privatamente dalle famiglie, sia quasi tutta la spesa socio-sanitaria, sono a loro volta investite quasi esclusivamente nel settore privato. Oggi, il Ssn deve confrontarsi più sinceramente e in modo più «evidence-based» con i propri tassi di copertura del bisogno e chiedersi se e come intende modificare il *mix* delle prioritarizzazioni, assunte per lo più implicitamente.

Secondo *Federico Spandonaro*, la politica sanitaria è stata fortemente sbilanciata a favore delle politiche assistenziali e di attenzione al bilancio pubblico, a scapito delle politiche industriali, malgrado la sanità rappresenti la terza industria del Paese, generando oltre l'11% del valore aggiunto nazionale e rappresentando un settore ad alta crescita, *knowledge intensive* (e quindi a scarsa competizione sul prezzo), con una forte presenza di servizi alla persona (protetti dalla competizione estera) e anche anticiclico. Negli ultimi anni ha anche perso, o almeno fortemente attenuato, la caratteristica di «gigantismo» delle industrie del settore, rendendo appetibile il

business anche al tessuto di Pmi caratteristico dell'Italia. È evidente che la crisi pone un problema di sostenibilità degli assetti attuali dei Ssr: i dati di spesa regionale mostrano alcune situazioni di grande sofferenza, anche se i confronti rimangono ancora distorti (principalmente per effetto della mancanza di lungimiranza nell'affrontare il tema della standardizzazione delle quote capitarie con strumenti più scientifici degli attuali). Il mero controllo finanziario, come l'esperienza dei Piani di Rientro insegna, è condizione necessaria, ma non sufficiente per garantire che si evitino gli sprechi più rilevanti, ovvero quelli che determinano condizioni di qualità difformi fra Regioni e fra aree e strutture all'interno delle Regioni. Il rischio è che la riproposizione dei temi dell'efficienza serva a non affrontare una rilettura del sistema su chiavi più moderne, legate alla sussidiarietà, alla ridefinizione dell'equità e di nuovi modelli di integrazione fra pubblico e privato.

Fabio Pammolli sostiene che un punto cardine dovrà essere la diversificazione multipilastro del finanziamento, per affiancare al finanziamento a ripartizione pubblico (*pay-as-you-go*), a quello privato di mutualità pura ed a quello assicurativo privato (*pooling* supportato da riserve matematiche), una componente di finanziamento basata su investimenti reali di lungo termine sui mercati (l'accumulazione reale). Finché l'affiancamento del privato al pubblico avviene rimanendo nell'ambito della messa in comune di risorse prodotte anno per anno, per far fronte alle esigenze di coloro che esprimono, in quello stesso anno, richieste di prestazioni, la diversificazione *multipillar* non è in grado di produrre cambiamenti strutturali. Il fattore, in grado di fare la differenza sul piano strutturale, è l'inserimento di sufficienti quote di accumulazione reale, tramite programmi d'investimento reale di lungo termine.

L'analisi di *Stefano Rosignoli* mostra (quantifica) gli effetti virtuosi che ha la spesa sanitaria dal punto di vista economico: i consumi pubblici sono intesi, oltre che come erogazione di un servizio, la cui necessità di efficienza non è messa in discussione, anche come volano di crescita e sostegno alla distribuzione del reddito ed all'oc-

cupazione. Il modello *input/output*, forse il più tradizionale strumento di programmazione economica, è applicato all'economia italiana e mostra quanto la spesa sanitaria possa essere usata per arginare gli effetti negativi della congiuntura e limitare la variabilità intertemporale della crescita, con il conseguente sostegno alla stabilità occupazionale. La vocazione intersettoriale di tale modello permette, inoltre, di osservare quali sono i settori più coinvolti dalla spesa sanitaria e quali settori potrebbero essere potenziati nel territorio nazionale come alternativa alle importazioni dall'estero. I risultati dell'analisi d'impatto eseguita tramite il modello *input/output* multiregionale mostrano che in Italia, se non ci fosse la spesa sanitaria, il Pil sarebbe più basso del 13,1% e la domanda di lavoro da parte delle imprese si ridurrebbe di quasi 3,17 milioni di unità (1,41 milioni nel settore sanità ed il resto negli altri settori), con una notevole riduzione del volume di affari per imprese dei settori di Commercio, Informatica, Chimica, Servizi alle imprese e alla persona.

4.3. Politiche per la salute

Nell'ultima parte del volume viene affrontato il tema delle politiche per la salute.

Francesco Taroni sostiene che, per le dimensioni e la dinamicità dei consumi, la sanità costituisce il settore ottimale per la riduzione della spesa pubblica, ma anche, contemporaneamente, il fronte primario di impatto della domanda di sollievo dagli effetti della crisi e delle stesse politiche intraprese per risolverla. Cominciare a dipanare le varie componenti di un intreccio che combina gli effetti della crisi con i problemi del Ssn è l'oggetto principale del capitolo, orientato più all'analisi di lungo periodo che sui provvedimenti assunti sull'organizzazione e sul funzionamento dei suoi servizi. A questo scopo sono considerate le più recenti evoluzioni sulle politiche della crisi e le opzioni trapelate in modo quasi incidentale sulla possibile configurazione futura del Ssn: le proiezioni di

crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro, potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni. La tensione fra universalismo e selettività rinvia a problemi addirittura precedenti l'istituzione del Ssn, alle radici della costruzione del sistema mutualistico nel secondo dopoguerra. Così, l'ambiguità dell'articolazione dei tre fondamentali livelli di governo (nazionale, regionale e comunale) del Ssn data almeno dalla sua istituzione (1978) ed è stata acuita dal contrasto fra le residue istanze di federalismo fiscale e il centralismo richiesto dal governo della crisi. Se la crisi deve essere anche un'opportunità, sono questi i problemi cui si dovrebbe finalmente porre mano.

Gavino Maciocco ripercorre le fasi storiche che hanno influenzato le politiche sanitarie a livello globale negli ultimi settant'anni, dal dopoguerra a oggi, offrendo una panoramica sul cammino dei sistemi sanitari tra universalismo e neo-liberismo, sino alla dura battaglia sostenuta da Obama a favore della copertura universale della popolazione americana (che ridurrà di molto il numero dei non assicurati, ma non l'annullerà) che ha avuto un significato politico «universale» e ridato forza – nell'arena internazionale – all'idea che la salute è un «diritto» e non un «bene di consumo». Dall'istituzione del *National Health Service* (Nhs) in Gran Bretagna (1948) – un sistema sanitario universalistico, finanziato attraverso la fiscalità generale e gestito quasi unicamente da strutture pubbliche – si è arrivati alla stagione del neo-liberismo, che segna il ritorno a un liberismo «radicale» dove tutto deve essere (de)regolato dal mercato, anche quei settori, come la sanità, tradizionalmente regolati/gestiti dallo Stato. In Europa la spinta neo-liberista avviata negli anni '80 continua ad agire, producendo le trasformazioni più radicali proprio nel paese che era stato la culla del sistema sanitario universalistico, l'Inghilterra: con la riforma di Cameron, il Nhs cambia completamente volto. La filosofia generale del progetto di riforma è sintetizzata nel seguente passaggio:

Le stanze dei bottoni del National Health Service (Nhs) non saranno nel Ministero della sanità o negli uffici amministrativi perché il potere sarà affidato agli operatori sanitari e ai pazienti. Le stanze dei bottoni saranno negli ambulatori e nei reparti ospedalieri. Il governo libererà il Nhs dall'eccessiva burocrazia e dal controllo politico, e renderà più facile per i professionisti fare le cose giuste per e con i pazienti, innovare e migliorare i risultati di salute. Noi daremo vita a un ambiente dove il personale e le organizzazioni godranno di maggiore libertà e di più chiari incentivi a crescere, ma si misureranno anche con le conseguenze degli errori commessi nei confronti dei pazienti che devono servire e dei contribuenti che li finanziano.

Tutto consentirà di ottenere consistenti risparmi: il governo si propone di ridurre la spesa sanitaria di circa 20 miliardi di sterline entro il 2015.

Gianni Giorgi scrive di «Politica e affari», attraverso alcuni interrogativi cruciali. Il modello occidentale di Stato delle autonomie e di democrazia rappresentativa funziona ancora o ha bisogno di una revisione? Quali lezioni dal ruolo svolto dai partiti nell'elaborazione delle politiche, nella selezione delle leadership e nella gestione del servizio pubblico, a livello locale, nazionale ed europeo? Come affrontare la gestione delle risorse non riproducibili, l'ingente debito pubblico accumulato, il dominio internazionale della finanza, le disuguaglianze, il rapporto tra generazioni, il problema della sostenibilità e della legalità dei servizi pubblici, del *welfare* e della sanità?

Prendendo spunto da questo ultimo scritto, poniamo all'attenzione due fenomeni che, per quanto purtroppo generalizzati, emergono però con particolare gravità nel nostro Paese: corruzione ed evasione fiscale.

La corruzione soffoca le nostre imprese e la nostra economia: uno studio recente della Banca Mondiale (Seker e Yang, 2012), condotto su un ampio numero di paesi, mostra che imprese costrette a fronteggiare una pubblica amministrazione corrotta e che devono pagare tangenti crescono in media quasi del 24% in meno di imprese che non fronteggiano tale problema. Aspetto ancora

più preoccupante, ad essere più fortemente colpite sono le piccole e medie imprese e le imprese più giovani. Il Rapporto della Banca mondiale rivela che, tra le aziende costrette a subire fenomeni di corruzione, quelle piccole hanno un tasso di crescita delle vendite di più del 40% inferiore rispetto a quelle grandi.

Negli ultimi anni il «Global Corruption Barometer» di Transparency International ha rappresentato lo strumento più utilizzato per paragonare l'intensità della corruzione tra paesi. L'indice più conosciuto, il «Corruption Perception Index», che misura la percezione del livello di corruzione, è impietoso per l'Italia: su 183 paesi analizzati nel 2011, l'Italia si posiziona al 69° posto (la Germania è al 14° posto, Belgio e Irlanda al 19°, la Francia al 25°, la Spagna al 31°). Restringendo l'attenzione ai paesi OCSE, fanno peggio dell'Italia solo Romania, Grecia e Bulgaria (fig. 1) (http://www.transparency.it/ind_ti.asp?idNews=197&id=cpi).

Per approfondimenti sulla situazione italiana e sulle politiche di prevenzione della corruzione in Italia, si rimanda al documento governativo dell'ottobre scorso: http://www.governo.it/GovernoInforma/documenti/20121022/schede_sintesi.pdf.

Così, per quanto riguarda il fenomeno dell'evasione fiscale, secondo le stime prodotte da Krls *Network of Business Ethics* per conto dell'associazione Contribuenti Italiani su dati del Ministero dell'Economia e dell'Istat, le grandi organizzazioni criminali sarebbero responsabili del 34,8% dell'evasione fiscale complessiva – stimata per un valore di 115 miliardi di euro –, seguite dalle *big company* (23,5%), dai lavoratori in nero (21,7%), dalle società di capitale (13%) e, per ultimo, dai lavoratori autonomi e dalle piccole imprese (7%). Tra le pratiche maggiormente utilizzate per evadere le tasse vi è la falsa o mancata dichiarazione dei redditi da parte dei contribuenti, l'emissione di fatture false, la sovra/sottofatturazione degli acquisti/vendite, i trasferimenti di denaro e imprese all'estero e la mancata emissione di ricevute e scontrini fiscali.

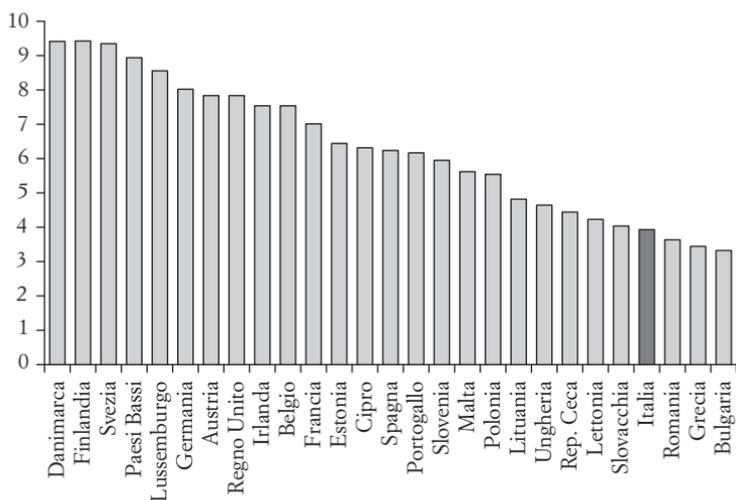


FIG. 1. Percezione della corruzione nei paesi Ocse (valori più bassi indicano più corruzione).

Fonte: Transparency International Italia, 2011.

Secondo un lavoro di ricerca condotto dall'Eures nel 2012 – dopo le esperienze del 2004 e del 2007 –, che si propone di analizzare la diffusione ed il peso dell'evasione fiscale all'interno del lavoro autonomo e delle piccole realtà imprenditoriali, ad esempio fra i professionisti si rileva una incidenza degli evasori spesso vicina alla metà dei professionisti incontrati dal campione: in particolare sono gli avvocati quelli che più frequentemente non adottano un comportamento regolare (42,7%); seguono i geometri (40,2%), gli psicologi e gli psichiatri (40%), gli architetti (38,7%), i dietologi e i nutrizionisti (38%), i medici specialisti e i dentisti (entrambi con una percentuale di evasori pari al 34%), mentre più distanziati si trovano i veterinari (25,3%) e i commercialisti (23,5%). Seguono, infine, i notai (19,5%) che, pur non avendo rilasciato fattura o ricevuta in un caso su cinque, risultano essere la categoria con il comportamento più

virtuoso (*III Rapporto Eures. Legalità ed evasione fiscale in Italia viste dai cittadini*, 2012)

Ritornando al nostro Rapporto Sanità 2013, abbiamo due contributi sul futuro del nostro Ssn, di cui uno di *Giovanni Bissoni* il quale ritiene che ciò che non necessita di grandi rivoluzioni costituzionali e che è di buon senso, si potrebbe fare già oggi, spinti anche dalla stretta finanziaria. Poiché la crisi del Paese è una crisi di grandi dimensioni, è un problema della politica, ma anche un problema delle classi dirigenti tutte. Occorre mantenere alto l'impegno di ciascuno per trasformare questa crisi anche in un'opportunità per accelerare tutti i processi di innovazione possibili e di «efficientamento» del sistema. Con una consapevolezza: se da un lato non dobbiamo considerare ineluttabile un'evoluzione negativa, un'evoluzione che veda il superamento del servizio sanitario così come l'abbiamo concepito nei suoi principi fondamentali di universalismo, equità, gratuità, non possiamo però più pensare che il Ssn, in quanto costruzione straordinaria del bene comune, abbia per sua natura un futuro garantito.

Angelo Tanese sostiene che, nonostante la grave crisi finanziaria del Paese, il deficit principale nell'attuazione di riforme strutturali rimane la nostra scarsa capacità di definire e attuare politiche pubbliche con approcci radicati sulla conoscenza del territorio, su metodi inclusivi e partecipati, e su processi di valutazione trasparenti dei risultati raggiunti.

Il Rapporto viene chiuso da quattro capitoli dedicati alla situazione attuale del nostro paese. All'elaborato di Principe sulle manovre finanziarie, da cui ben si evince la riduzione di risorse destinate al sistema sanitario, seguono le recenti esperienze di tre regioni: la Regione Piemonte, la Regione Emilia-Romagna e la Regione Toscana.

Marina Principe fa presente che la rilevanza dell'entità finanziaria nei bilanci regionali e la centralità che il «bene salute» riveste per i cittadini hanno posto in questi ultimi anni i temi della salute al centro del dibattito fra Regioni e Governo ed illustra le principali disposizioni

normative, nonché gli Accordi e le Intese Stato-Regioni, che dal 2000 al 2012 hanno interessato il settore della sanità, con particolare riferimento alle problematiche di ordine economico-finanziario. La grave insostenibilità finanziaria del sistema sanitario, conseguente ai tagli apportati al finanziamento del Ssn dalle precedenti manovre economiche del Governo, è stata evidenziata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in tutte le sedi istituzionali e riportata nei documenti approvati sui pareri espressi dalle Regioni durante l'iter del ddl stabilità 2013 anche in sede parlamentare. Le drastiche riduzioni dei finanziamenti, che mettono in discussione sia l'erogazione dei Lea che il carattere universalistico del Ssn, evidenziate nei documenti delle Regioni, hanno compromesso l'intesa sul nuovo Patto della Salute che non è stato possibile siglare. Nel documento di parere consegnato in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25 ottobre 2012 la Conferenza ha evidenziato al Governo che:

È difficile pensare che possa aver senso un Nuovo Patto per la Salute, poiché il taglio lineare delle risorse senza la revisione dei livelli essenziali di assistenza esistenti, rende la spesa sanitaria non sostenibile dal sistema, è necessario definire politicamente quale è il livello minimo di servizio che si intende garantire a tutti i cittadini e quindi sulla base dei costi standard il finanziamento complessivo.

Nel successivo documento del 29 novembre 2012 illustrato in sedi di audizioni parlamentari la Conferenza ha sottolineato:

La necessità di ritornare ad un livello di finanziamento per il 2013 del Fondo sanitario nazionale pari almeno a quello dell'anno precedente. Le Regioni considerano infatti inaccettabile una ulteriore diminuzione del Fondo sanitario per il 2013 del valore assoluto di circa 1 miliardo di euro. Occorre ricordare che questo taglio ulteriore si somma agli interventi delle precedenti finanziarie che registrano nel triennio 2012-2014 una riduzione di circa 32 miliardi di euro. Tale situazione pregiudica la possibilità di firmare un nuovo Patto per la Salute per il

triennio 2013-2015. Tutto ciò pone a rischio default i bilanci di tutte le Regioni, con il possibile aumento della spesa sanitaria e della pressione fiscale, al di là di ogni logica di efficientamento.

La legge di stabilità non ha tuttavia accolto nessuna delle proposte emendative delle Regioni nel settore sanitario, proseguendo l'azione di spending review sulle spese di acquisto di beni e servizi. È prevista: una riduzione per i contratti di appalto del 10% – la riduzione del 5% era già nella precedente manovra; una revisione dei tetti di spesa sui dispositivi medici del 4,8% nel 2013 e 4,4% nel 2014. In attuazione delle suddette manovre, il fabbisogno del Ssn per il 2013 è stato ridotto di 600 milioni di euro. Sono previste riduzioni di 1.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014. Sul fronte delle Politiche sociali i cui finanziamenti erano stati azzerati negli anni dalle manovre economiche, la legge ha previsto uno stanziamento sul Fondo nazionale politiche sociali di 300 milioni di euro – quota alle Regioni – e di 275 milioni di euro per il Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2013.

La Regione Piemonte – scrive *Claudio Zanon* – è sottoposta a piano di rientro per uno «sbilanciamento» del 2004. Al fine di raggiungere gli obiettivi economici fissati dal Mef e per mantenere la sostenibilità del Ssr piemontese, la giunta regionale ed il consiglio hanno messo in atto alcuni provvedimenti decisivi per il futuro della filiera socio assistenziale e sanitaria regionale. Per gli obiettivi a breve termine, due sono i provvedimenti intrapresi per stabilizzare la spesa entro il termine prefissato per il rientro: *a)* blocco del *turnover* del personale al 50% escluso il personale amministrativo; *b)* centralizzazione delle funzioni di supporto con la creazione di 6 federazioni che svolgeranno tutti i compiti non assistenziali ad iniziare dalla centralizzazione degli acquisti. I provvedimenti a medio e lungo termine sono basati su: *a)* riorganizzazione della rete ospedaliera; *b)* impulso all'associazionismo dei Mmg e Pls che già sono associati al 30% dei convenzionati regionali.

L'assessore *Carlo Lusenti* illustra, fra l'altro, le azioni di medio periodo che la Regione Emilia-Romagna intende intraprendere, relative a due dei principali pilastri del sistema:

– l'assistenza primaria, nel cui ambito si desidera introdurre il modello dei centri locali di assistenza: il Servizio sanitario ha bisogno di passare da imprese individuali a luoghi dove dare risposta all'insieme dei bisogni che non richiedono ricovero ospedaliero, con un'organizzazione che sappia favorire il lavoro interdisciplinare per assicurare continuità della cura e della presa in carico;

– la rete ospedaliera, con due principali linee di intervento: *a)* ospedali per intensità di cura. Le persone in ricovero vengono riunite in «piattaforme» secondo l'intensità del bisogno assistenziale (e non secondo la disciplina a cui afferrisce la patologia di cui soffrono): si tratta di un modello assistenziale che – secondo l'assessore – garantisce meglio la presa in carico, migliora le cure prestate e permette una maggiore valorizzazione delle diverse figure sanitarie che ruotano attorno al letto del malato. La responsabilità clinica e della gestione del percorso diagnostico terapeutico è del medico, che la esercita in ogni piattaforma in cui sia ricoverato il paziente di cui ha la responsabilità o alla cui cura concorre; la gestione assistenziale è affidata agli infermieri; *b)* ospedali di diversa complessità. Ci si propone di distribuire negli ospedali del territorio le prestazioni in base agli esiti positivi che assicurano. In altre parole, si tratta di concentrare talune prestazioni per migliorare la qualità assistenziale (non per fare economia), facendo assumere diversi livelli di complessità proprio in virtù di questa redistribuzione.

Per quanto riguarda la revisione delle politiche per il *welfare* in Toscana – come scrive *Mario Romeri* – al centro dell'azione regionale nel 2013 vi sarà di nuovo il riordino del sistema sanitario regionale, confermando i principi di universalità, qualità, innovazione ed appropriatezza, anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi e produttivi. Sono previsti: la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, anche con adeguamento degli

standard di riferimento; la ricollocazione a livello regionale e di area vasta delle funzioni di coordinamento dell'emergenza e di altri servizi; il riordino dei servizi di prevenzione collettiva; la revisione dei rapporti con il privato accreditato; l'attivazione di adeguati strumenti di governo finalizzati allo sviluppo tecnologico, alla rinegoziazione dei contratti e al sostegno delle politiche del farmaco; saranno, inoltre, portate avanti le iniziative di investimento attivate e proseguirà l'impegno per la valorizzazione del patrimonio immobiliare dismesso dalle aziende sanitarie.

5. *Creatività e soluzioni*

Per tornare, in conclusione, all'argomento iniziale, riportiamo le parole del sociologo francese Edgar Morin, che ha recentemente dato alle stampe il volume *La via. Per l'avvenire dell'umanità*:

(...) la crisi ecologica, economica, politica e sociale del mondo in cui viviamo (...) mi spinge a essere pessimista. L'improbabile è però sempre possibile. Quindi resto ottimista e continuo a credere che si debba e si possa trovare una strada per evitare di finire nel baratro.

Di fronte a una realtà stravolta da un'economia senza regole che distrugge il pianeta e la società, non basta più indignarsi (...) occorre provare a tracciare un percorso al contempo utopico e realistico per invertire la tendenza. Non solo il cambiamento è possibile, ma è di fatto già iniziato grazie a numerose piccole iniziative locali. Iniziative che è necessario federare per creare una massa critica irreversibile. All'origine dei grandi cambiamenti ci sono sempre delle singole azioni. Quello che occorre è la coscienza della crisi e la volontà politica del cambiamento. Se c'è tale volontà, allora si trovano i mezzi necessari per evitare la catastrofe.

Serve una metamorfosi dell'umanità simile a quelle che ci traghettarono fuori dalla preistoria e dal Medioevo.

Tutte le riforme devono cominciare contemporaneamente, perché sono tutte collegate tra loro. Le riforme della scienza,

della conoscenza e dell'educazione sono però prioritarie perché fondamentali. In ambito scientifico, ma non solo, abbiamo bisogno di un approccio interdisciplinare, per non perdere di vista la visione d'insieme. (...) Ma naturalmente, per salvare l'umanità, occorre lanciare al contempo anche le altre riforme, quelle che riguardano la società e il nostro modo di vivere, la nostra relazione con le risorse e la biodiversità, come pure il nostro modo di produrre e consumare, di costruire le città e di spostarci. Ci sono solo due modi per uscire da una crisi. La regressione che torna al passato oppure la creatività che, con un grande sforzo d'immaginazione, inventa soluzioni inedite. Io ho scelto da tempo questa seconda possibilità.

Riferimenti bibliografici

- Castronovo V. (2010), *L'Italia del miracolo economico*, Roma-Bari, Laterza.
- Dash M. (2009), *La febbre dei tulipani. La prima grande crisi economica della storia*, Milano, Rizzoli.
- Galbraith J.K. (2003), *Il grande crollo*, Milano, Rizzoli.
- Roubini N. e Mihm S. (2010), *La crisi non è finita*, Milano, Feltrinelli.
- Seker M. e Yang J.S. (2012), *How Bribery Distorts Firm Growth: Differences by Firm Attributes*, World Bank Policy Research Working Paper No. 6046, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2045386.
- Shiller R.J. (2009), *Euforia irrazionale*, Bologna, Il Mulino.
- Taleb N.M. (2009), *Il cigno nero. Come l'improbabile governa la nostra vita*, Milano, Il Saggiatore.