

Sistema di Welfare e riforme sanitarie in Europa

di Gian Paolo Zanetta

CONCETTO DI SOSTENIBILITA'

Permane lo stato di incertezza sulla capacità dei paesi europei, visti nel loro complessivo, di uscire da una situazione di crisi che sta incidendo in maniera pesante sull'occupazione, sull'economia, sulla tenuta dei conti pubblici e soprattutto sul tessuto connettivo che per decenni ha qualificato e fatto progredire il sistema di welfare "continentale". Soprattutto da parte dell'Unione europea vengono rivolti ai paesi maggiormente in difficoltà inviti pressanti ad affrontare riforme strutturali, ma l'attenzione dell'opinione pubblica e principalmente dei decisori politici è prioritariamente rivolta al risanamento degli squilibri della finanza pubblica ed al tremendo macigno del debito pubblico. L'urgenza e la drammaticità dell'immediato, unite in Italia all'incertezza politica, fanno allontanare ogni impegno o soltanto velleità di riforme, di riorganizzazione degli apparati pubblici, di revisione di strategia industriale e del tessuto produttivo, per dedicare ogni sforzo alla soluzione dell'emergenza finanziaria.

Anche nella Sanità la parola "riforma" pare sia bandita e si preferisca adottare altre procedure o percorsi, altri termini e metodologie per individuare e definire terapie e interventi atti a superare l'attuale fase di difficoltà e rilanciare il settore, con l'obiettivo ambizioso di salvaguardare le conquiste sociali, costruite in decenni di progressive riforme, e mantenere il livello di tutela di salute fin qui raggiunto.

Varie possono essere le motivazioni di tale approccio politico, quali ad esempio una valutazione genericamente positiva sull'esistente sistema organizzativo, unita alla mancanza di un disegno alternativo o più socialmente avanzato, il prevalere di urgenze finanziarie su quelle politiche e su tutte, forse, la consapevolezza, insieme alla preoccupazione, che oggi la gravità del momento richiama l'attenzione su altre, nodali, riforme da mettere in cantiere, in primis quella istituzionale e quella elettorale. Crediamo che vi possa essere in realtà una chiave di lettura ulteriore che consenta di comprendere appieno la criticità della situazione che il nostro, come gli altri paesi europei, deve affrontare e dare una motivazione, non una scusante, alle difficoltà che si trovano sulla strada di

un Welfare più avanzato e più moderno.

Molteplici fattori “congiurano” nel mettere in difficoltà il sistema, l’evoluzione demografica, il modificato concetto di assistenza e la diversa percezione del ben-essere da parte del cittadino, le rapide a volte traumatiche modificazioni dell’assetto sociale, dove non vi sono più classi ma individui, ognuno con i propri bisogni, il modificato ruolo delle istituzioni, l’immigrazione. Mutazioni, qui sommariamente elencate, che sono già da alcuni anni evidenti, che sono state analizzate e in parte assorbite dal sistema, ma che oggi diventano ancor più stringenti ed incidenti sull’attuale assetto dell’organizzazione sanitaria. In realtà si può affermare che negli anni il nostro sistema ha raggiunto risultati invidiabili, anche riconosciuti a livello internazionale, in materia di miglioramento complessivo della salute dei cittadini, assicurando alla popolazione la copertura sanitaria e la risposta alle aspettative di salute. Possiamo quindi affermare che tutto funzioni per meglio?

Crediamo che la risposta debba essere più articolata, nella consapevolezza che l’evoluzione “frenetica della società” richiede una adeguata e corrispondente evoluzione del servizio sanitario: il sistema va bene, ma deve essere continuamente migliorato, implementato, aggiornato, modernizzato, reso più rispondente ai bisogni, in forte evoluzione, dei cittadini.

E così si parla di sostenibilità del sistema, lasciando intendere che l’impegno deve essere rivolto al mantenimento del modello, consolidatosi attraverso tre riforme sanitarie, ma soprattutto alla difesa dei principi che dello stesso sono il cardine, cioè l’universalità, l’uguaglianza, la globalità e l’appropriatezza.

Se la chiave di lettura è questa e se sostituiamo al termine “riforma” il termine “sostenibilità” dobbiamo fare in modo che di questa non si abbia solo una visione riduttiva, puramente economicistica, finalizzata al mantenimento delle risorse derivanti dal Fondo sanitario nazionale (FSN). L’ambito di discussione conseguentemente si allarga per agganciarsi direttamente al significato ampio di tutela della salute che, acquistando rilievo costituzionale con l’articolo 32, fa nascere per il cittadino italiano in diritto definito “fondamentale” e come tale pieno e non selettivo.

Quindi, se non si parla più di nuova riforma sanitaria, ma di sostenibilità dell’attuale sistema, dobbiamo chiederci cosa s’intenda con sostenibilità e quali elementi, in tale definizione debbano essere considerati prioritari. In sostanza, chiediamoci quali urgenze si debbano affrontare e quali obiettivi di tutela della salute prefiggersi, sapendo che il cambiamento, la crisi, l’evoluzione costante sono situazioni con cui dovremo sempre più convivere nel futuro. Un sistema evoluto e innovativo quali obiettivi si deve proporre? Tra i tanti ne possiamo elencare tre:

- 1) La tenuta finanziaria perché oggi il sistema di welfare, centrale per la vita dei cittadini e conseguentemente per gli equilibri finanziari degli Stati, è sottoposto a pressioni fortissime in termini di razionalizzazione della spesa pubblica. Lo stesso Fondo monetario internazionale ha recentemente

sottolineato come gli effetti del rigore siano stati fortemente sottovalutati dalle previsioni dello stesso FMI e di altri organismi internazionali, pur tuttavia è evidente come la spesa pubblica debba trovare una sua corretta tabella di marcia in un miglior rapporto spesa/risultati.

2) L'aggiornamento del modello organizzativo e strutturale del sistema, in modo di renderlo più vicino alle persone ed ai bisogni di salute che essi esprimono.

3) La conferma della centralità del diritto alla salute, in modo che il sistema continui ad ispirarsi ai principi di universalità, uguaglianza, globalità, appropriatezza, principi fondamentali per garantire convivenza civile e coesione sociale.

Vorremmo però ancora focalizzare l'attenzione su alcuni, ma fondamentali aspetti, che, aggiunti a quelli sommariamente prima elencati come indicatori di una evoluzione rapida che il welfare nel suo complesso sta vivendo, rappresentano le urgenze immediate che il sistema sanitario italiano non può eludere, in quanto avranno un fortissimo impatto sul modello di erogazione delle prestazioni. Se non governate, sono emergenze che incideranno fortemente sulla risposta ai bisogni sanitaria ed in ultima analisi sul mantenimento dei principi prima richiamati, come elementi qualificanti della tutela della salute. Quali sono invece le urgenze, che scuotono il sistema sanitario italiano e possono mettere in discussione la sostenibilità dello stesso? Simbolicamente le potremmo definire con tre parole chiave: metamorfosi, integrazione, rigore.

LA METAMORFOSI

Recenti studi internazionali, in particolari statunitensi, hanno evidenziato come nel futuro, in un periodo intercorrente tra 5 e 15 anni da oggi, la medicina cambierà drasticamente se non drammaticamente, in quanto si verificheranno i seguenti fatti evolutivi: 1) la medicina diventerà personalizzata (custom-tailored); 2) verrà data una grande enfasi alla prevenzione; 3) crescerà in maniera esponenziale la possibilità di riparare, rivitalizzare, sostituire organi, tessuti, cellule; 4) le informazioni mediche saranno completamente digitalizzate, con possibilità di accesso immediato, sempre ed in ogni luogo; 5) la qualità e la sicurezza dei sistemi sanitari crescerà. La sicurezza dei pazienti è un argomento di grande importanza in tutto l'Occidente, come conseguenza del continuo accrescere della consapevolezza del problema. La tutela della salute del paziente è andata diventando progressivamente sempre più efficace, ma anche più complicata in conseguenza dell'uso di nuove tecnologie, medicine e trattamenti.

I dati europei dimostrano costantemente che gli errori medici e la problemi dell'health-care correlati avvengono tra l'8% e il 12% delle ospedalizzazioni. Non a caso la sicurezza del paziente è indicata nella strategia sanitaria comunitaria "Together for Health" come una delle priorità dell'azione europea

ed il secondo programma del Community Action in campo sanitario promuove misure per migliorare la sicurezza del paziente.

Lo schematico voluto nel sintetizzare in cinque punti gli elementi centrali di un processo di cambiamento ed ammodernamento dei sistemi sanitari evoluti, non esclude altre “novità” derivanti dal campo scientifico ed organizzativo, quali conseguenze ed effetti delle prime. Ulteriori cambiamenti deriveranno in gran parte dall’avanzamento della tecnologia, della scienza informatica (vedi ad esempio l’uso de robot in ambito chirurgico). E, inevitabilmente, ci sarà una grande crescita di domanda di servizi medici causati soprattutto dall’aumento dell’anzianità della popolazione e da uno scivolamento dalla malattia acuta alla cronicità della stessa. Tutto questo comporterà inevitabilmente una crescita esponenziale dei costi dell’intervento sanitario e quindi un forte impatto sui bilanci pubblici dei sistemi sanitari. Ed ancora: non soltanto l’aspetto finanziario peserà sull’evoluzione, ma esisteranno altri fattori di potenziale rallentamento dello sviluppo che dovranno essere rimossi e conseguentemente l’incidenza sui bilanci verrà ulteriormente implementata. Ne elenchiamo quattro: 1) carenza di personale professionale, in particolare infermieri e farmacisti; 2) necessità di riorganizzare completamente gli ospedali; 3) necessità di riorganizzare la medicina di territorio; 4) necessità di riorientare l’approccio alla cura della malattia con interventi di teams multidisciplinari.

I dati dimostrano quindi come il settore sanitario vada rafforzato per affrontare le sfide di oggi e del domani, per mantenere e incrementare lo status di salute delle popolazioni e la loro qualità di vita: ecco il perché della sostenibilità come obiettivo immediato, ma con una visione chiara del concetto, in termini di ammodernamento concreto del sistema. Il rischio è che la presunta sostenibilità, visto solo dal lato finanziario, obblighi a tagliare e generi razionamento e iniquità nel sistema, con la conseguenza che chi non può pagare rinuncia.

L’INTEGRAZIONE

La direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera si presenta come un provvedimento destinato a modificare in maniera radicale il quadro della tutela della salute nell’Unione ed in particolare nel nostro Paese. Infatti, il provvedimento di recepimento della normativa in Italia fissa al 4 dicembre 2013 l’avvio del processo di integrazione sanitaria e quindi rende possibile, da quella data, la richiesta di prestazione sanitaria in paesi diversi da quello di origine. Tale normativa determina precisi obblighi:

- 1) La libertà di ricevere assistenza sanitaria in tutta l’Unione europea (UE) deve essere accompagnata da garanzie di qualità e di sicurezza. Per compiere una scelta informata, i pazienti devono poter accedere a tutte le

informazioni che desiderano sulle condizioni alle quali possono ricevere assistenza sanitaria in un altro Stato membro dell'UE e sulle condizioni di rimborso una volta rimpatriati.

2) Vengono definite specifiche responsabilità ed impegni degli Stati membri. Ogni Stato membro deve designare uno o più punti di contatto nazionale per l'assistenza sanitaria transfrontaliera. Tali punti di contatto consultano le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie, con il compito di fornire ai pazienti informazioni sui loro diritti, quando questi decidono di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché i riferimenti dei punti di contatto nazionali di altri Stati membri. Lo Stato membro di cura organizza e fornisce l'assistenza sanitaria, assicurandosi che siano rispettate le norme di qualità e di sicurezza al momento della prestazione dell'assistenza, in particolare attraverso l'adozione di meccanismi di controllo.

3) Vengono definite modalità di rimborso dell'assistenza transfrontaliera In seguito alla prestazione di assistenza, è lo Stato membro di affiliazione a farsi carico del rimborso della persona assicurata, a condizione che il trattamento ricevuto rientri nelle cure rimborsabili previste dalla legislazione nazionale. Lo Stato membro di affiliazione deve assicurarsi che i costi sostenuti da una persona assicurata che si è avvalsa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati, purché detta persona abbia diritto a quel tipo di prestazione. L'importo dei rimborsi equivale all'importo che sarebbe stato rimborsato dal sistema obbligatorio di sicurezza sociale, se l'assistenza sanitaria fosse stata erogata sul suo territorio. L'importo non deve tuttavia superare il costo effettivo dell'assistenza sanitaria ricevuta. Lo Stato membro di affiliazione ha la possibilità di rimborsare altri costi afferenti, come le spese di alloggio o di viaggio. Una persona assicurata può anche beneficiare di rimborsi nel quadro di prestazioni ottenute grazie alla telemedicina. Per la copertura di una determinata assistenza sanitaria transfrontaliera, lo Stato di affiliazione può prevedere un sistema di autorizzazione preventiva per evitare il rischio di destabilizzare la pianificazione e/o il finanziamento del suo sistema sanitario. Lo Stato di affiliazione deve sistematicamente concedere tale autorizzazione quando il paziente ha diritto all'assistenza sanitaria in questione e quando tale assistenza non può essere prestata sul suo territorio entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto altresì conto principalmente dello stato di salute specifico del paziente nonché dell'urgenza del caso e delle singole circostanze.

4) Vengono definiti schemi di cooperazione in materia di sanità tra gli Stati membri per agevolare l'attuazione della direttiva, in particolare, attraverso la creazione di reti di riferimento europee di fornitori di assistenza sanitaria allo scopo di contribuire a promuovere la mobilità degli esperti in Europa e l'accesso a cure altamente specializzate, grazie alla concentrazione e all'articolazione delle risorse e delle competenze disponibili.

5) Gli Stati membri riconoscono la validità delle prescrizioni

mediche rilasciate in altri Stati membri, se i medicinali prescritti sono autorizzati sul loro territorio.

6) Gli Stati membri sono inoltre incoraggiati a collaborare nell'ambito del trattamento delle malattie rare grazie allo sviluppo di capacità di diagnosi e di cura. La base dati Orphanet e le reti europee possono essere utilizzate in tale ottica.

Come già evidenziato, i sistemi o i servizi di sanità on-line consentono anche la fornitura di assistenza transfrontaliera. La direttiva prevede la creazione di una rete di autorità nazionali responsabili dell'«assistenza sanitaria on line» al fine di rafforzare la continuità delle cure e garantire l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità. Infine, la creazione di una rete delle autorità o degli organi responsabili di valutazione delle tecnologie sanitarie contribuirà a facilitare la cooperazione tra le autorità nazionali competenti in questo settore. E' di tutta evidenza come l'impatto di tale direttiva europea è ben più dirompente delle esistenti forme d'integrazione sanitaria tra i paesi Membri. Citiamo a tale proposito la "Tessera Europea Assicurazione Malattia" (TEAM / European Health Insurance Card), che è una tessera gratuita che dà diritto all'assistenza sanitaria statale in caso di permanenza temporanea in uno dei 28 Stati membri dell'UE, in Islanda, in Liechtenstein, in Norvegia e in Svizzera, alle stesse condizioni e allo stesso costo (gratuitamente in alcuni paesi) del proprio paese di provenienza. La Direttiva attua uno degli obiettivi fondanti dei Trattati dell'Unione, la libera circolazione delle persone, ma dal 4 dicembre 2013 anche per la tutela sanitaria. Questo significa, ed è la prima, ma non l'unica soltanto, delle conseguenze che si avranno, che il nostro sistema dovrà confrontarsi in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza con gli altri sistemi europei, dovrà perché saranno gli stessi cittadini a imporlo ed a renderlo effettivo. Ed allora la sostenibilità del sistema sarà messa a dura prova, per il confronto, il benchmarking, la ricerca dell'eccellenza, la circolazione delle persone. E sarà anche messa a dura prova la "capacità informativa" del nostro sistema.

IL RIGORE

L'economia e organizzazione della sanità negli Stati Europei è basata su tradizioni nazionali, politiche e socio-economiche. Si traduce in alcuni obiettivi sociali per la finanza sanitaria come l'equità, l'efficienza e costi sostenibili. Per finanziare un Sistema sanitario, il denaro deve essere trasferito dalla popolazione o dal paziente, la prima parte in causa, al fornitore di servizi, la seconda parte. L'allocazione delle risorse sanitarie differisce considerevolmente tra i sistemi sanitari degli Stati Membri così come l'utilizzo da parte della popolazione che ne usufruisce. Il "range" di risorse e strutture varia dai grandi ospedali alle piccole cliniche, dal chirurgo specialista al podologo. Tre sono le principali caratteristiche che risaltano nelle sfide attuali dei sistemi sanitari. Le soluzioni, diverse o simili, si riflettono nelle rispettive riforme in ambito sanitario.

A) Fattori determinanti demografici

L'ampiezza, età e distribuzione del sesso della popolazione servita dal servizio sanitario è il fattore base di qualsiasi domanda sanitaria. Gli Stati Membri hanno una popolazione che varia dai 421 mila abitanti del Lussemburgo agli 82 milioni e 400mila della Germania. L'aumento relativamente basso delle popolazioni europee negli ultimi 30 anni lo rende un indicatore meno importante per il cambio della domanda sanitaria che nel resto del mondo. La distribuzione della popolazione in gruppi per età/sesso e stato di famiglia può inoltre essere molto importante nell'identificare la domanda sanitaria: una giovane donna single causerà una domanda di servizi più alta comparata ad altre persone della stessa età.

B) Indicatori sanitari

Gli indicatori sanitari vengono comunemente usati per determinare il livello dei bisogni sanitari della popolazione. I dati internazionali sugli indicatori sanitari sono spesso individuati in aspettativa di vita e tasso di mortalità. Statistiche europee evidenziano i tre gruppi di patologie che vanno ad impattare in maniera importante sulla popolazione e necessitano di specifiche cure sanitarie: diminuzione di anni di vita dovuti a patologie ischemiche cardiache (es. Infarto cardiaco), patologie cerebrovascolari (es. ictus) e patologie tumorali (es. cancro ai polmoni).

Paesi	Cardiopatie ischemiche		Patologie cerebrovascolari		Cancro	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Austria	235.3	830.8	157.7	238.0	1203.9	1508.3
Belgio ²	127.5	544.3	142.0	183.4	1232.5	1683.4
Danimarca	246.6	809.2	181.6	197.7	1556.2	1479.8
Finlandia	190.3	1206.2	208.2	340.1	943.5	1148.7
Francia	61.4	380.5	100.3	191.4	1011.5	1936.4
Germania	214.9	860.4	149.5	227.4	1306.3	1649.7
Grecia	148.6	781.1	165.8	275.2	961.6	1424.9
Irlanda	300.4	1305.7	151.7	206.0	1372.4	1457.3
Italia	115.2	562.2	155.0	220.2	1125.8	1625.3
	181.1	731.4	234.8	179.1	1249.8	1634.7
Paesi Bassi	198.2	692.2	134.2	164.1	1266.5	1448.7
Portogallo	157.1	617.1	279.6	533.4	1119.3	1569.9
Spagna	93.1	523.6	121.9	237.0	1000.3	1694.3
Svezia	167.6	746.0	115.3	183.8	1108.3	991.7
UK	311.5	1198.9	172.4	208.2	1370.6	1398.7
Media EU ³	187.2	803.2	166.3	243	1185.4	1497.7

1: Ref.: OECD Health Data File 1997.
2: 1992.
3: Excluding Belgium.

Ora, le principali cause di decesso permettono l'individuazione delle necessità e dei fabbisogni di principali dei sistemi sanitari, divisi per diversi gruppi di genere, età razza e classe sociale. Considerando tutte le fasce di età, le principali cause di morte dei cittadini Europei sono in qualche modo correlate a fattori di stili di vita come tabacco, alcool, dieta ed incidenti automobilistici.

C) Rischi di disegualianza nell'erogazione di prestazioni e nella risposta ai bisogni di salute.

La differenza tra necessità e domanda verso il Sistema sanitario varia nei gruppi di popolazione. Questo è parzialmente dovuto a cause specifiche di decesso e patologie. Le disegualianze nella sanità comprendono disegualianze nello status stesso di salute delle popolazioni e sotto gruppi e disegualianze nella consegna di servizi sanitari. In un numero sempre maggiore di Stati Membri c'è una crescente preoccupazione riguardo le disegualianze (diverse quantità) e iniquità (ingiustizie) nella sanità, in quanto recenti report hanno mostrato come le differenze nello status sanitario stiano aumentando tra diverse classi sociali, in genere con discriminazioni verso i più svantaggiati. Ecco l'incidenza delle risorse sulle strategie sanitarie e la necessità/urgenza di collegare risorse e fabbisogni di salute. Anche se i Paesi Membri hanno sviluppato meccanismi di finanziamento in maniera diversificata ed a volte divergente, obiettivi simili e sviluppi storici in comune hanno portato come risultato sistemi sanitari con molte caratteristiche in comune. Tutti i sistemi si basano su un mix di fonti di finanziamento, ma la maggior parte vede lo Stato come principale erogatore, sia direttamente che indirettamente. Solo una piccola parte viene da servizi a pagamento diretto ed immediato.

Nei Paesi Membri la regolamentazione statale fornisce una copertura universale o un'assicurazione totale per i servizi sanitari (Danimarca, Finlandia, Grecia, Italia, Portogallo, Svezia, Regno Unito) o una copertura quasi universale (tra il 99 e il 99,5% della popolazione in Austria, Belgio, Francia, Lussemburgo, Spagna, e il 92,2% della popolazione in Germania) attraverso schemi obbligatori. In Irlanda, la copertura universale per l'assistenza primaria si applica solo ai gruppi di popolazione più svantaggiati. Nei Paesi Bassi, l'assicurazione sanitaria obbligatoria riguarda solo il 60% della popolazione. Il resto della popolazione è coperta solitamente da assicurazioni volontarie private o pubbliche (Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, e Paesi Bassi). La sanità nei Paesi Europei è finanziata sia attraverso la tassazione generale pubblica o attraverso schemi contributivi con fondi assicurativi. Si sono identificati, in Europa, tre sistemi sanitari finanziari predominanti nell'Unione. Il primo è attraverso la finanza pubblica attraverso tassazione generale (di solito per i Paesi a modello Beveridgiano). Il secondo è composto da finanza pubblica basata su assicurazioni sociali obbligatorie (modello Bismarck). Infine, il pilastro private basato su assicurazioni volontarie, che copre solo una parte minoritaria di cittadini, ma che opera anche in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie e come forma di finanziamento supplementare del sistema sanitario. La spesa per la Sanità è particolarmente difficile da comparare a livello internazionale, in quanto dipende pesantemente da definizioni equivalenti di metodi di prelievo.

Oltretutto I limiti di ciò che costituisce il settore sanitario e cosa invece attribuire ad altri settori, come per esempio welfare sociale, varia da paese a paese.

Un Sistema sanitario completamente sviluppato implica che le sue risorse e servizi siano largamente forniti direttamente dal settore pubblico e consumati gratuitamente al momento dell'uso. Nessuno dei Paesi europei fornisce un servizio completamente sostenuto dal settore pubblico e, nei fatti, il trend è quello di diminuire il ruolo dello Stato. Negli ambulatori medici e cure dentali l'approccio privato è la pratica abituale in tutta l'Unione. La situazione si fa differente in relazione ai più cari servizi forniti dagli ospedali. In alcuni Paesi, come la Danimarca, Italia e Irlanda, gli ospedali pubblici sono una caratteristica dominante mentre in altri, come Germania, Francia e Belgio, il settore privato detiene una grande fetta di approvvigionamento del servizio. I meccanismi di riforma sono associati principalmente con un cambio nei sistemi di finanziamento, ma finiscono con avere impatti importanti sul servizio offerto.

Per la cronaca, il numero di posti letto ospedalieri è più alto nei Paesi Bassi, Finlandia e Germania e più basso in Spagna e Portogallo. Il tasso di posti letto ospedalieri è sceso ovunque in Europa nell'ultimo decennio. La durata media di degenza in medicina d'urgenza è particolarmente alta in Germania, Paesi Bassi e Lussemburgo ma è in discesa pressoché ovunque negli ultimi 20 anni.

L'assistenza medica primaria viene fornita da un Sistema misto di medici privati e centri pubblici.

La valutazione dell'assistenza medica primaria nei sistemi Europei varia, in quanto si riflette nelle diverse quantità di professionisti come proporzione su tutti i medici. Molti Stati hanno tentato di diminuire il numero di specialisti, che di solito comportano servizi tecnicamente più cari, e di aumentare il ruolo della professione generale.

NORMATIVE EUROPEE

Se questo è il quadro esistente, occorre riflettere sugli effetti delle politiche comunitarie sui bilanci pubblici e sulla parte di questi dedicata al sistema di welfare. Ed in effetti, si corre il rischio se non la certezza che sulla sanità si abbatta la mannaia delle regole dell'unione sul controllo dei bilanci pubblici. Cosa dicono queste regole dettate dall'Unione, di cui proprio in questo periodo si parla, e perché e come incidono sulla sanità?

La normativa più recente in materia è il cosiddetto "Fiscal compact", che formalmente non fa parte dei Trattati europei, benché negoziato in sede di Consiglio, ma diventa comunque regola stringente per gli stati membri. La caratteristica principale del provvedimento è quella di obbligare gli stati Membri ad inserire come vincoli costituzionali degli stessi paesi i vincoli di bilancio in essi contenuti, il che ha come conseguenza la verifica esterna e successiva da parte non più della Corte dei Conti, ma della Corte Europea di Giustizia (ritenuto un controllore più efficace in quanto deputato a procedure di infrazione). Il nuovo articolo 81 della Costituzione, introdotto dalla legge costituzionale 20

aprile 2012 n.1, dispone: “Lo Stato assicura l’equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico.”Ed ancora al comma secondo:”Il ricorso all’indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico e previa autorizzazione delle Camere adottata a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali. I poteri attribuiti alla Commissione Ue non sono stati modificati rispetto al progetto iniziale, sebbene l’esecutivo comunitario dovrà rendere conto all’Europarlamento e ai Governi con maggiore regolarità. Ma l’accordo finale stabilisce che i Governi dovranno presentare le loro manovre di finanza pubblica all’Eurogruppo e alla Commissione Ue entro il 15 ottobre di ogni anno: se il progetto di bilancio non rispetta il Patto di Stabilità o le raccomandazioni delle autorità comunitarie, la Commissione potrà chiedere modifiche (anche se non avrà un diritto di veto), vicenda che in questo momento sta interessando l’Italia. Qualora un Paese dovesse ignorare o disattendere le richieste, potrebbe subire la procedura di deficit eccessivo, che prevede controlli ancor più stringenti (e sanzioni finanziarie).

Per i Paesi sotto procedura d’infrazione, la regolazione introduce un sistema di monitoraggio graduato per assicurare la correzione rapida e durevole del deficit eccessivo con meccanismi di controllo e allarme riguardo ai rischi.

Se uno Stato membro rischia il default o la cessazione dei pagamenti, la Commissione Ue, dopo aver consultato il Consiglio, può metterlo sotto tutela: in tal modo non potrà essere dichiarata l’insolvenza del Paese e i tassi sul debito verrebbero congelati. Nel valutare se uno Stato membro si trovi o rischi di trovarsi in gravi difficoltà finanziarie, la Commissione dovrà tener conto della sua situazione globale: ad esempio dei tassi e delle scadenze di rimborso del debito, della sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche, del rischio che gravi tensioni finanziarie si ripercuotano sulla situazione di bilancio o sul settore finanziario di altri Stati membri. E’ stato anche rafforzato il controllo sugli Stati che ricevono aiuti, per i quali viene prevista una sorveglianza allargata da parte della Commissione Ue e della Bce, anche con la creazione di una apposita task force di supporto al Paese soccorso (come accaduto per la crisi in Grecia).

Nel nuovo quadro normativo europeo è particolarmente innovativo e penetrante il potere di controllo ex ante sui conti pubblici nazionali attribuito alla Commissione Ue: non solo verificare in anticipo le finanziarie degli Stati, ma anche chiederne modifiche (non più semplicemente suggerirle) nel caso non siano ritenute in linea con i regolamenti comunitari. Il potere di raccomandare aggiustamenti è stato comunque temperato dall’Europarlamento: l’analisi dei provvedimenti di finanza pubblica dovrà preservare la spesa per investimenti con potenziale di crescita, in particolare la Commissione non potrà avere mano libera nella determinazione dei tagli sugli investimenti nell’istruzione e nella sanità dei Paesi in grave difficoltà finanziaria. Agli Stati verrà quindi chiesto di dettagliare quali investimenti abbiano un potenziale di crescita e occupazione.

L’Europarlamento si è anche voluto assicurare che la Commissione tenga conto degli sforzi già sostenuti dai Paesi, al fine di evitare un accanimento terapeutico su bilanci già falcidiati da tagli negli anni precedenti: “la riduzione

dei deficit dovrà essere applicata in modo più flessibile in circostanze eccezionali o in condizioni di andamento molto negativo dell'economia". Ma la sostanza del progetto, pur con dei limiti formali e sostanziali, rimane: la Commissione potrà chiedere cambiamenti di politica economica o chiedere misure straordinarie (come stress-test bancari) quando è a rischio la stabilità finanziaria. E' innegabile che il "Two-pack", il nuovo strumento di controllo, rappresenti un regime regolatorio più invasivo rispetto al passato perché costringono i Governi all'obbligo di prospettare il loro progetto di budget per l'anno seguente a Bruxelles prima di sottoporlo all'esame dei rispettivi Parlamentari nazionali.

Di fatto il "Two pack" aggiunge sostanza al "Fiscal compact" ratificato dai capi di stato europei nel marzo scorso, sembra più chiaro e di più semplice applicazione: con questo provvedimento la Ue completa, quindi, il processo di integrazione finalizzato ad assicurare la stabilità economica dell'Europa mediante una sorveglianza preventiva e controlli più severi su deficit e debiti pubblici. In sintesi il processo di armonizzazione economica viene rafforzato grazie al più penetrante controllo centrale dei bilanci pubblici (e riduzione delle autonomie nazionali).

Il concetto di base del "Two pack" è che la sostenibilità delle finanze pubbliche dipende anche da come il bilancio è concepito: l'accordo mira a perseguire la convergenza delle economie nazionali europee attraverso la riduzione dei divari di politica economica e degli squilibri fra gli Stati membri, introducendo elementi comuni già prima dell'approvazione nei singoli Stati delle manovre finanziarie. Già nel "Six pack" (un accordo senza lo status di legge europea) era stato previsto un coordinamento delle politiche economiche che obbligava i Governi ad agire con rapidità contro instabilità macroeconomiche e perdita di competitività; ora viene prevista una formale valutazione preventiva comunitaria.

Il Commissario Ue agli Affari monetari Olli Rehn ha sottolineato il "passo in avanti significativo", che consente di beneficiare di una politica più integrata ed efficace già dal ciclo finanziario del 2014: insomma una fondamentale tappa verso la vera integrazione europea, nella prospettiva di medio termine che si arrivi ad una vera e propria politica di bilancio continentale attraverso il coordinamento i singoli bilanci nazionali. Altro obiettivo strategico del "Two pack" è quello di evitare il ripetersi della crisi del debito che divide i Paesi dell'"Eurozona da ormai tre anni: i vertici politici europei sono convinti che, se le regole predisposte oggi sui bilanci pubblici fossero state in vigore tre anni fa, si sarebbero evitate le crisi che hanno colpito diversi Paesi euro.

In questo quadro, quali sono gli ambiti di manovra del nostro Paese sul tema della "sostenibilità", a fronte di un controllo su processi evolutivi della finanza pubblica e di una progressiva rigidità della allocazione delle risorse?

PROPOSTE

Schematicamente elenchiamo le proposte, dividendole in aree di intervento, partendo dall'assunto che i tagli cosiddetti lineari, senza riorganizzazione del

sistema nei suoi processi, nelle sue procedure, nelle sue articolazioni, non producono alcun risultato. Vedasi al riguardo i risultati non raggiunti dai programmi di “spending review”, avviati dal Governo Monti nell’estate 2012. A fronte di risparmi programmati nel settore dell’acquisizione di beni e servizi la rigidità del sistema ha vanificato le azioni e reso nulli i risultati economici, con l’aggravio di un appesantimento inutile delle procedure interne alle aziende. Appare quindi, a nostro parere, necessario procedere sulla strada della efficienza organizzativa, in un rinnovato rapporto con l’utenza, e dare corso ad una nuova stagione che abbia come obiettivo l’aggiornamento del modello organizzativo e strutturale. Due fasi riteniamo prioritarie, rispetto al cuore della revisione organizzativa, per ricostituire un nuovo contratto sociale per la salute, una mirata alla centralità della persona, l’altra alla rivisitazione dei ruoli istituzionali, a partire dallo Stato, garanti del sistema.

Rapporti con il cittadino

a) Riteniamo prioritario, anche alla luce delle nuove tematiche europee, impegnarsi per il superamento dell’asimmetria informativa oggi esistente tra attori del sistema sanitario e cittadino, al fine di ridurre il divario tra il potere dell’offerta e quello della domanda. Occorrono strumenti informativi che aumentino la capacità di scelta e di giudizio da parte dei cittadini (Empowerment), anzi, non solo strumenti, ma anche contenuti informativi nuovi, aggiornati, comprensibili ed alla portata di tutti. Secondo il Censis, 33% dei cittadini italiani si dichiara poco informato su salute e malattia, il 39% si sente poco informato sui servizi sanitari, il 77% denuncia la scarsa comprensibilità e superficialità delle informazioni, contraddizioni d’indicazioni. Sono percentuali che fanno riflettere circa il grado di coinvolgimento degli utenti e soprattutto sul grado di capacità del sistema di orientare i comportamenti e sulla forza di integrazione dello stesso con il tessuto sociale. A somiglianza di quanto fatto dal sistema sanitario inglese, occorre investire in modelli informativi che rendano trasparente e comprensibile il servizio sanitario nazionale.

b) Occorre investire sull’educazione sanitaria e sugli stili di vita, che diventano, come prevenzione primaria, una risorsa culturale, sociale, economica, centrale nell’obiettivo di superare l’attuale sistema “ospedalecentrico”.

c) E’ fondamentale garantire la “accountability” del sistema, al fine di far crescere nei soggetti attivi, operanti nel servizio, nelle istituzioni e nei professionisti, la consapevolezza del dovere di essere responsabili del proprio operato e di doverne rispondere, soprattutto come dovere morale, nei confronti dei cittadini.

Rapporti istituzionali

Due processi di revisione diventano indispensabili:

a) Revisione dei rapporti Stato e Regioni, riprendendo l’esame del titolo V della Costituzione, collegando all’articolo 32 della stessa, nella parte che sancisce la centralità della tutela della salute, definita come diritto fondamentale dell’individuo. Lo Stato non può assumere soltanto il ruolo di

controllore della spesa, come ultimamente sta facendo attraverso il Mef, ma deve essere, in maniera esplicita, il supremo garante di un diritto irrinunciabile, incondizionato e non trattabile, quale quello alla salute. Quindi collegare la riorganizzazione LEA ed una azione forte sulla appropriatezza, ad una nuova "riforma" (questa si da definirsi riforma di un tessuto connettivo troppo logoro) nazionale di ridefinizione dei diritti, nella quale coinvolgere associazioni, volontariato, Istituzioni, professionisti.

c) Le Regioni, quali interpreti del dovere statale, e le Aziende sanitarie, quali strumenti operativi delle Regioni stesse, deve rivedere la natura del proprio rapporto e le modalità del raggiungimento degli obiettivi di salute, attraverso un processo che al rafforzamento del ruolo di programmazione e di controllo regionale corrisponda una maggior autonomia e conseguente responsabilità aziendale.

Per quanto riguarda il secondo livello di proposte ci permettiamo di indicare gli ambiti di intervento come capitoli per un ulteriore approfondimento, ritenendo che poi in questa analisi dei principali momenti di disfunzione del sistema, il miglioramento e le strategie di riordino debbano essere declinate in autonomia dai livelli regionali, fermo rimanendo l'obiettivo della sostenibilità.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Attraverso una riallocazione delle risorse e quindi un superamento dello schematismo attualmente previsto per la definizione dei costi standard, occorre puntare decisamente sulla prevenzione, soprattutto quella primaria, e su di una radicale riorganizzazione dei servizi pubblici competenti, sclerotizzati su una organizzazione risalente alla prima riforma sanitaria. Il Piano nazionale della prevenzione corre il rischio di rimanere una importante dichiarazione di principi, mancando di una reale concretizzazione territoriale. E' fondamentale una reale integrazione tra: 1) ospedali-territorio; 2) reti assistenziali e servizi (la riabilitazione); 3) servizi sanitari e socio-sanitari oggi esistenti solo a parole, con rilevanti oneri finanziari e soprattutto con disagi per i pazienti. La continuità assistenziale deve diventare un supporto fondamentale per il diritto alla salute e occorre attivare processi attraverso i quali i sistemi sociale e sanitario acquistano e conservano una unitarietà e funzionalità, centrata sulla persona.

Occorre razionalizzare, introducendo contemporaneamente tecnologia avanzata, la rete dei servizi, quali i laboratori, le diagnostiche, i servizi di sterilizzazione, l'informatizzazione. Grave carenza del sistema è la frammentazione "professionale" della risposta ai bisogni di salute e quindi la revisione del governo clinico, come proposto dal decreto Balduzzi, con il coordinamento e l'integrazione dei professionisti nell'ambito aziendale risponde ad una esigenza di tutela e di salvaguardia del benessere, globalmente inteso, del cittadino. Urge l'integrazione dei saperi e delle conoscenze.

A fronte di un cittadino reso più informato, più consapevole e più responsabile, urge modificare il governo della domanda attraverso un ruolo attivo dei medici di medicina generale, che sono anche i reali prescrittori in grado di operare positivamente con gli organismi regionali nell'obiettivo della appropriatezza. E' auspicabile un rafforzamento della funzione di "Gatekeeping" da parte del medico di medicina generale.

La revisione dei modelli organizzativi, prioritariamente quelli amministrativi, diventa esigenza prioritaria: se è vero che occorre porre al centro dei servizi il paziente, occorre modificare un sistema che oggi è in gran parte autoreferenziale. Con i dati a disposizione, è possibile ripartire da una analisi della domanda e della sua segmentazione, per adeguare la capacità di risposta del servizio e degli erogatori alle aspettative dei cittadini, che, non dimentichiamolo, rappresenta l'obiettivo strategico del sistema. Democraticità, trasparenza, celerità ed efficienza deve essere i principi cardine di tutti i processi organizzativi in sanità. Sulla strada della definizione di un nuovo modello organizzativo, può supportarci l'Unione Europea che, nel "White Paper on European Governance", definisce il termine "governance" come "le norme, i processi ed i comportamenti che influiscono sul modo in cui le competenze sono esercitate al livello comunitario, soprattutto con riferimento ai principi di apertura, partecipazione, responsabilità, efficacia e coerenza". Traslati in sanità, con apertura s'intende l'impegno a spiegare meglio, con linguaggio accessibile e comprensibile al pubblico i servizi erogati, il modo di utilizzarli, le decisioni adottate, con responsabilità la chiarezza circa i ruoli svolti all'interno del processo, con efficacia la capacità di rispondere al bisogno in maniera efficace (con risultati) e tempestiva, producendo i risultati attesi in base ad obiettivi chiari ed alla valutazione dell'impatto sugli utenti, con coerenza la capacità di garantire corrispondenza tra impostazione del sistema o del processo e risultato atteso. Quindi i comportamenti amministrativi devono essere coerenti con la centralità del paziente e la risposta sanitaria attesa, passando da una gestione burocratica ad una "governance" post-burocratica, con gradi variabili di adattamento alle esigenze del cittadino, reso edotto dei suoi diritti e corrispondentemente dei suoi doveri. Emblematico a tale proposito il procedimento avviato nel 2012 in materia di "spending review", tentato, con enfasi, con tagli lineari, e non con la revisione dei processi interni, obsoleti ed autoreferenziali. Oggi non son più consentite solo azioni sui costi, ma servono interventi radicali su processi e procedure, dove si nascondono sprechi. Anche perché limitarla al solo compito di tagliare la spesa, diventa uno sforzo riduttivo ed improduttivo rispetto ai reali obiettivi che si vogliono raggiungere: con il termine di "s.r." si intende quel processo diretto a prioritariamente migliorare l'efficienza e l'efficacia della macchina statale nella gestione della spesa pubblica attraverso la sistematica analisi e valutazioni delle strutture organizzative, delle procedure di decisione e di attuazione, dei singoli atti, dei programmi, dei risultati, avendo come focus l'attenzione ai benefici effettivi che riceve il cliente finale dell'intero processo e valutando, di questo, le eventuali disomogeneità. Meccanismo ben più complesso delle linee di indirizzo del Ministero dell'economia nei confronti

della sanità. Infatti, nel documento di “Spending review 2010”, pubblicato nel Governo britannico si evidenzia come riduzioni di costi nei settori Welfare siano stati compensati da investimenti specifici in sanità, anche per rispondere alle esigenze derivanti dall’estendersi delle cronicità e della crescita della speranza di vita. Quindi, razionalizzazione sì, ma procedendo unitamente alle riforme dei processi organizzativi e delle finalità operative con tre focus:

- 1) massima semplificazione burocratico-amministrativa.
- 2) lavorare per obiettivi
- 3) fluidità dei processi

Devono essere aumentate le risorse per l’assistenza domiciliare, al fine di porle in linea con gli impegni negli altri paesi europei: nel 2005, da fonti del Ministero della salute, su 1000 pazienti di età superiori a 65 anni, gli assistiti a domicilio erano 24 in Italia, 80 in Francia, 170 in Inghilterra, 191 in Norvegia. Oggi le percentuali italiane sono migliorate, ma permane un forte divario con gli altri paesi: l’obiettivo non è soltanto di natura economica, ma ha lo scopo di rivalorizzare la rete parentale e sociale sul territorio, come sostegno al reddito per far fronte alle responsabilità familiari. Dalle risorse liberate devono derivare possibilità per investimenti finalizzati all’ ammodernamento delle strutture, in modo programmato a livello nazionale , all’aggiornamento delle tecnologie (Piano nazionale HTA), alla realizzazione, conseguente alla razionalizzazione della rete ospedaliera ed alla chiusura di piccoli ospedali, di strutture territoriali.

Infine per quanto riguarda il territorio, occorre impedire che il programma che andava sotto la definizione “Profili e Piani di salute”, oggi ripreso dallo schema di piano sanitario nazionale sotto il termine VIS, valutazione di impatto sulla salute, rimanga un’occasione persa. Muovendo dal presupposto che il benessere di una comunità dipende da una serie complessa di elementi, il cui impatto sulla salute delle persone è consistente, occorre procedere alla ricognizione del territorio, delle sue caratteristiche, della popolazione che vi abita, e, grazie a tali dati ed a specifici indicatori, è possibile elaborare, in ogni Distretto, il piano di salute che rappresenta l’atto di programmazione di politiche del territorio che rispondono concretamente ai bisogni reali delle persone in materia di salute, evidenziano le linee operative di nuovi programmi di prevenzione e rendono partecipe il territorio della “grande programmazione” regionale.

Come riflessione conclusiva, merita evidenziare come oggi nella sanità il tradizionale modello di risposta ai bisogni di salute si trovi in sostanziale difficoltà nel garantire una risposta completa ed esaustiva. Pluralità di soggetti, varietà di attori coinvolti nell’erogazione dei servizi, diversità ed articolazione nell’allocazione delle funzioni, delle responsabilità e delle risorse, messa in discussione degli strumenti di regolazione della domanda e della offerta portano ad un quadro che gli studiosi definiscono di “welfare mix”. Non

più solo Stato nel Welfare, ma mercato, famiglie, associazioni intermedie, terzo settore. Il cambiamento è in atto: la consapevolezza dell'evoluzione obbliga al superamento della staticità per una risposta forte che deve partire principalmente dallo Stato. Un insieme di politiche pubbliche, connesse al processo di modernizzazione della macchina "pubblica" che deve fornire ai cittadini, protezione contro i rischi ed i bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza assicurazione e sicurezza sociale, deve rinnovare diritti sociali e specifici doveri di contribuzione finanziaria. Un sistema così articolato e rinnovato consentirà una più profonda integrazione tra i soggetti operanti sul campo, pubblico, privato, cooperazione, welfare aziendale, volontariato, con un obiettivo comune, la persona e la sua centralità.

Gian Paolo Zanetta, direttore generale delle Molinette dall'aprile 2014, già direttore generale dell'Ordine Mauriziano, collabora a riviste giuridiche ed è autore di numerose pubblicazioni in materia di legislazione amministrativa sanitaria. Tra i suoi ultimi lavori "La prospettiva Federalista in Sanità", edito da Fratelli Frilli Editore.

Titolo Cofferati Titolo Cofferati

Intervista a Sergio Cofferati

Sergio Cofferati non ha bisogno di presentazioni. Da segretario generale della Cgil, dal 1994 al 2002, ha combattuto una battaglia a viso aperto per la difesa dell'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori. Un fermo no per i diritti espresso con il diritto di dire no che lo portò all'isolamento politico, alla rottura con le due altre grandi confederazioni sindacali, a subire autentiche aggressioni verbali. Una storia che ebbe un epilogo travolgente con la manifestazione del 23 marzo 2002 al Circo Massimo a Roma, durante la quale parlò ad una folla calcolata in tre milioni di persone. Un rapporto con le masse che sotto altre forme Cofferati ha continuato nella sua esperienza a Strasburgo e Bruxelles nel Pd. Un uomo dunque adatto a spiegare la disillusione cresciuta smisuratamente in Europa attorno all'Europa.

La disillusione - ci dice - è figlia di una crisi economica irrisolta, peggiorata sensibilmente con la terapia d'urto di governi conservatori che hanno cancellato dal proprio vocabolario le parole crescita e redistribuzione della ricchezza. E fin qui le critiche della sinistra europea, del Pd, sono di natura politica. Dopodiché, quando si scende nel particolare, quando si osservano i comportamenti di chi è stato fino a ieri al potere, in Italia come in Francia e in altri paesi, si comprende bene il malessere dei cittadini: a criticare l'Europa, tutti in primi fila, ad eccezione della Merkel che ha sempre mostrato grande coerenza, sono gli stessi responsabili di quella politica sopra richiamata. In Italia lo è stato Berlusconi che, al di là delle battute fuori misura d'inizio campagna elettorale, ha sempre fiancheggiato e accettato l'asse Merkel-Sarkozy che ha contribuito a indebolire il sistema comunitario.

Insomma governi "giano bifronte" se non schizofrenici...

Purtroppo il Parlamento europeo, che lavora moltissimo, non ha potere di interdizione. La commissione europea non risponde ai parlamentari, ma obbedisce al Consiglio che ne nomina i membri. Risultato? Straordinari documenti per contrastare la crisi che passano a larga maggioranza, puntualmente ignorati dagli Stati. Che fare? Il 25 maggio si andrà a votare anche il presidente della Commissione, la sinistra punta sul socialista Martin Schulz, fino ad oggi prerogativa esclusiva dei capi di stato e di governo dell'Ue.

Con il trattato di Lisbona, entrato in vigore nel 2009, i capi di stato e di governo

dovranno fare una sorta di passo indietro e il candidato dovrà essere approvato dall'europarlamento con la maggioranza dei membri, 376 europarlamentari sui 751 eletti. Tuttavia si corre il rischio che il presidente della commissione finisca per diventare la classica foglia di fico, se non si riscrivono le regole del gioco.

Infatti, è l'obiettivo che si dovrà porre la nuova legislatura, l'europarlamento eletto all'indomani del 25 maggio, dovrà riscrivere proprio il Trattato di Lisbona per proseguire sul cammino indicato dai Padri costituenti dell'unità europea. E non si tratta di semplici questioni procedurali di nessuna o scarsa applicazione politica. La ridefinizione delle "regole d'ingaggio" è la chiave per modificare le decisioni sulle scelte economiche e sociali. O si abbattano i vincoli, o si pregiudica lo stesso cammino verso gli Stati Uniti d'Europa. Il terzo non è dato. Non è più sopportabile una politica economica che non sappia coniugare cambiamento e crescita. Per un altro verso, è la condizione necessaria per superare l'immobilismo della stessa Unione Europa, bloccata su questioni vitali per la sua stessa immagine come il superamento della doppia sede Bruxelles-Strasburgo, e centrali come l'applicazione di una politica fiscale comunitaria. E favorire, aggiungo, anche il trasferimento della sovranità in seno al Parlamento europeo anche per le rappresentanze sociali, lavoratori in primis..

Proviamo a parlare dell'esperienza di un sindacalista travasata in una dimensione completamente diversa.

Diversa, ma conosciuta. L'Europa per i sindacati non è un soggetto estraneo. Le organizzazioni internazionali hanno offerto dall'esterno, per il valore delle relazioni e dei contatti, l'intensità di eventi e manifestazioni una sufficiente conoscenza del funzionamento del Parlamento europeo. Semmai, l'aspetto negativo è un altro: l'esperienza acquisita non ha valore di humus culturale. Quando arrivi da eletto ha un peso davvero relativo chi sei o chi sei stato. Ed è un limite che ho constatato soprattutto su di noi, europarlamentari italiani.

Azzardo: risultato finale di strategia politica, limiti intrinseci dei partiti politici italiani?

Anche. Non esiste interscambio culturale e politico, probabilmente per il modello di selezione fin qui adottato per le candidature che ha impedito il consolidarsi di un gruppo capace di sviluppare una strategia politica. Cause e concause: chi arriva a Strasburgo è noto, ma non giovane, per cui anche in Italia si è finito per concepire il Parlamento europeo come una sorta di "cimitero degli elefanti", Non è così per gli altri paesi e governi. Hollande, per citare un esempio, appena eletto ha attinto almeno il 40 per cento dei suoi collaboratori e ministri dai banchi europei. E numerosi sono i presidenti europei che sono transitati, prima di essere eletti, dall'europarlamento. Ed è la riprova di un nostro provincialismo, segno questo sì reale del nostro euroscetticismo.

Rimedi?

Personalmente vado contro corrente. Andrebbe superato il nostro sistema elettorale europeo, che si basa sulle preferenze. Un sistema che

favorisce propri i soliti “noti”, non è casuale che nel 2009 vi sia stata una massiccia infornata anche di giornalisti televisivi e non. Segno concreto dello scollamento che vi è tra politica nazionale e politica europea, a dimostrazione dell’assenza di interscambio. Del resto, a nessuno è mai venuto in mente di modificare la legge, per promuovere una nuova forma di selezione politica. Un’altra conferma, se vogliamo, della debolezza dei partiti. *(intervista a cura di Michele Ruggiero)*



Europa: uscire dalla crisi per sfidare l'ineguaglianza

di Gian Giacomo Migone

Come tutti sappiamo, nel mondo occidentale, fin dagli anni '80 si è verificata una vasta redistribuzione della ricchezza in favore dei più ricchi. Meno ovvio è il fatto che questo abbia comportato un altrettanto cospicua redistribuzione del potere politico: a scapito delle istituzioni democratiche, nella direzione degli interessi finanziari e delle banche, la maggior parte delle quali centrate negli Stati Uniti, attraverso la deregolamentazione, l'incontrollata egemonia dei mercati, con paradisi fiscali e agenzie di rating e crediti a loro disposizione. Di conseguenza, abbiamo sia meno democrazia, sia meno uguaglianza nella nostra parte del mondo.

Nel frattempo i partiti politici occidentali hanno perso credibilità a causa dei loro errori e delle loro debolezze documentati incessantemente dai media (per lo più appartenenti e controllati dai prevalenti interessi finanziari e culturali), con un aumento della loro vulnerabilità nei confronti di lobbies globali e locali. Si tratta di un fenomeno presente in tutto l'Occidente, ma accentuato dalla sproporzione esistente tra gli stati nazionali europei e gli interessi con cui sono chiamati a confrontarsi. Come ha detto il ministro degli esteri polacco: "Tutti gli stati europei sono piccoli. La differenza è tra quelli che lo sanno e quelli che non lo sanno", o fanno finta di non saperlo. Non hanno rinunciato a una quantità (variabile) di sovranità in favore di Bruxelles ma di forze che non possono o non potranno controllare.

In misura diversa dagli Stati Uniti, dalla Cina e dalle altre potenze emergenti (i così detti Bric), nessun singolo governo europeo è in grado di influire in misura significativa su problemi globali e nel contempo conservare un consenso politico in casa propria. I politici sono ritenuti responsabili di decisioni e sviluppi che sfuggono quasi del tutto al loro controllo. Nessun governo europeo – neanche quello tedesco, come ha segnalato Angela Merkel – ha una voce che possa essere udita a livello globale, anche se Berlino surroga questa relativa impotenza con un atteggiamento egemonico nei confronti degli altri governi europei. Una cittadinanza di oltre mezzo miliardo di persone viene così lasciata senza rappresentanza democratica in un mondo che, dopo la caduta del Muro di Berlino, si colloca in una lenta e intermittente transizione dalla Guerra Fredda - che almeno assicurava la rilevanza di alcune istituzioni politiche – verso

una multipolarità tuttora priva di una sua strutturazione o governance anche solo embrionale (che il Consiglio di Sicurezza dell'ONU, menomato da una struttura oligarchica risalente alla Seconda Guerra Mondiale, il G8 e nemmeno il G20 riescono a surrogare).

Questo stato di cose è drammatizzato dalla fragilità dell'euro. Una moneta in un contesto privo istituzioni politiche proporzionate può diventare preda dei mercati, guidati da interessi finanziari – ma non soltanto finanziari – ostili all'euro e alla prospettiva di qualunque forma di ulteriore integrazione europea. Dentro la cornice della Comunità Atlantica, un'Europa più unita viene vista come un potente competitore finanziario e politico, un potenziale modello sociale rivale, un giocatore mondiale con un considerevole potere “soft” e, di conseguenza, potenzialmente ostile al potere militare e agli interessi che lo sostengono. Le visioni multipolari, e di conseguenza pro-Europee, del presidente Obama sono reali, ma non dichiarate per ragioni di consenso interno, sicuramente non condivise da Wall Street e dai repubblicani.

Che fare? Cosa può essere fatto sia in termini di ciò che Barbara Ward molti anni fa chiamò utopie rilevanti, sia in termini di passi fattibili in tale direzione? Mentre il punto di vista appena illustrato trova consenso tra esperti e policy makers, quello dei loro potenziali elettori è più confuso, con una crescente inclinazione euro-scettica, specialmente nei paesi che si sentono e sono vittimizzati dalle restrizioni imposte da un'Europa a guida tedesca, suffragata dall'ortodossia neoliberista appena attenuata del Fondo Monetario Internazionale. Nei paesi più indebitati, dove l'evasione fiscale costituisce un problema che deve essere ancora risolto, il peso dell'austerità imposta dall'alto ricade sulle spalle di coloro ai quali le tasse vengono sottratte direttamente dalla paga. Nel Nord come nel Sud, la parte economicamente più esposta dell'elettorato trova nell'euro e, di riflesso, nell'Europa un capro espiatorio per sofferenze economiche e sociali invece radicate in una redistribuzione di ricchezza, in varia misura presente in tutto l'Occidente.

È importante riempire il vuoto di comunicazione e di comprensione da parte di movimenti di protesta che spesso individuano bersagli sbagliati o arrivano a investire la stessa democrazia rappresentativa. Pertanto non è necessario un altro thinktank – ve ne sono molti che giungono approssimativamente alle stesse conclusioni – ma, laddove necessaria, una sede di discussione e anche di mobilitazione pubblica più ampia. A questo punto, la denuncia e l'indignazione sono ancora degli ingredienti essenziali in ogni mobilitazione pubblica, capace di denunciare la crisi sociale ma anche democratica in atto, in questa parte del mondo (l'Europa). Ovviamente la sfida di una tale iniziativa è costituita dalla sua capacità di formulare obiettivi comuni, coerenti con la sua critica delle politiche prevalenti, in modo da ottenere un vero cambiamento.

Un impegno verso la democrazia europea dovrebbe sottolineare la natura politica e istituzionale della crisi attuale attraverso richieste come l'elezione diretta del nuovo Presidente della Commissione Europea; maggior potere al Parlamento Europeo, eletto sulla base di programmi politici transnazionali; certamente un'animata difesa dell'Europa e del suo futuro sviluppo in quanto

modello sociale e di sicurezza. Per andare incontro alla sfida dell'attuale crisi economica un paio di esempi potrebbero aiutare: certamente politiche fiscali responsabili, specialmente in paesi pervasi dall'evasione fiscale, ma non come alternativa a uno sviluppo sostenibile; tassazione delle transazioni finanziarie; limitazioni di privilegi economici individualistici, sia nel settore pubblico sia nel privato (il risultato dell'ultimo referendum in Svizzera è un segnale interessante in questa direzione); salvaguardia di risorse naturali e culturali come parte essenziale di una futura economia europea; unificazione delle politiche economiche e fiscali europee; separazione degli investimenti dai poteri bancari commerciali; Eurobonds; richieste di prestito all'ECB come ultima risorsa; molteplici agenzie di rating europee. Tutte queste sono priorità ugualmente importanti che tuttavia stentano ad emergere anche nella campagna elettorale di forze politiche ad esse storicamente più sensibili.

Le elezioni del parlamento europeo e una scelta del presidente della Commissione collegata dovrebbero, o avrebbero dovuto, fornire un'opportunità importante in questo senso, senza attendere che ventisette governi riformino il trattato di Lisbona o che si organizzi un'altra assemblea costituente per redigere un'altra Costituzione Europea (con altissime probabilità di produrre ancora una volta un documento che deluda gli integrazionisti e irriti gli scettici e gli oppositori). Lo status quo è inaccettabile per tutti. O cos'altro può essere detto di una commissione tecnocratica, la cui leadership viene decisa senza alcun dibattito pubblico, che incrementa il deficit democratico surrogando la sua mancanza di legittimità attraverso la regolazione di ciò che dovrebbe essere deciso localmente, secondo principi di sussidiarietà di ovvio buon senso; un parlamento la cui influenza sta lentamente crescendo, ma che è ancora menomato da procedure che scoraggiano la partecipazione dal basso; un consiglio dei ministri paralizzato da regole di consenso unanime come conseguenza di interessi nazionali prevalenti?

Tuttavia, l'elezione del Parlamento Europeo potrebbe diventare politicamente significativa se i programmi dei partiti e le candidature fossero il risultato di un dibattito genuinamente transnazionale. Qualche pur timido passo in avanti è stato fatto in questa direzione con la selezione di tre candidati alla presidenza della Commissione Europea da parte dei maggiori partiti politici pur parzialmente strutturati a livello europeo. E' soprattutto importante che il Consiglio Europeo si trovi costretto a rispettare la designazione di un candidato suffragato dall'esito delle elezioni parlamentari.

Gian Giacomo Migone, già professore di storia delle relazioni Euroatlantiche presso l'Università di Torino, è stato presidente della Commissione Esteri del Senato dal 1994 al 2001.

titolo rossi titolo rossi titolo rossi

Intervista e Tino Rossi

Oreste detto Tino, Rossi ha la politica nel suo Dna. La vive direttamente da trent'anni. Di lui su Wikipedia si legge: "[è] tra i primi aderenti alle "leghe", dal 1984 al 1990 è segretario provinciale di Alessandria prima di Moviment Autonomista Piemontèis e dopo di Piemont Autonomista che si trasformerà nel 1989 in Lega Nord Piemont, sezione della Lega Nord. Dal 1989 al 1994 è segretario provinciale di Alessandria sempre per la Lega". Dopo l'esordio sui banchi di consigliere comunale di Alessandria nel 1990. Parlamentare, consigliere regionale, nel 2009 è stato eletto deputato europeo della Lega Nord con 14.390 preferenze, primo europarlamentare alessandrino. Abbandonata la Lega Nord, il 5 febbraio 2013 è entrato in Forza Italia. Nella legislatura passata, insieme con Francesco Speroni (Lega Nord), Giovanni La Via (Pdl) è l'europarlamentari italiani ad aver fatto registrare il 100 per cento di presenze. Rossi, cominciamo da una celebre battuta del principe De Curtis, conosciuto in arte come Totò: "Che disgrazia mi è successa: proprio ora che avevo abituato il mio asino a non mangiare, è morto". Il fiscal compact e l'ottusa osservanza dei vincoli europei stanno avendo lo stesso effetto con l'asino-Italia (e con l'asino-Europa, ad esclusione della Germania, per ora). Quali sono i margini di manovra del Parlamento europeo?

Il Parlamento europeo, essendo l'unica istituzione eletta democraticamente, ha delle grandi responsabilità nei confronti dei cittadini, ma purtroppo, il potere di co-decisione che ci ha dato il Trattato di Lisbona, non sempre è sufficiente ad arginare le politiche del Consiglio e della Commissione Ue. Tuttavia, devo dire che, proprio recentemente, abbiamo votato in plenaria una risoluzione contro le misure di austerità imposte dalla Troika ai Paesi in crisi. Approvata a larga maggioranza dall'Aula, questa relazione porterà quanto meno ad aprire una commissione parlamentare d'inchiesta sulle politiche economiche e sociali dettate dalla Ue per risolvere la crisi in Paesi come la Grecia, che sicuramente è quello che, più di tutti, ha subito l'austerità merkeliana. Il

Parlamento ha il dovere di battersi affinché l'asse franco-tedesco, che ha sempre prevalso in Europa ed è quello che poi ha deciso tali politiche, si allarghi anche ad altri Paesi, in primis il nostro, essendo tra gli Stati fondatori.

Non ritiene che l'euroscetticismo si nutra anche del rischio che sento di correre i cittadini di numerosi, troppi Stati?

La crisi che ha investito tutta l'Europa ed in particolare l'Italia, le nostre famiglie, le nostre imprese ha indubbiamente provocato un crollo nella fiducia delle istituzioni e dell'Europa in generale. Credo che il problema per l'Italia non sia uscire o restare in Europa, ma risollevare l'economia e rilanciare la competitività delle imprese. La soluzione alla crisi non può essere semplicisticamente e populisticamente ridotta all'uscita dall'euro. Se ciò accadesse, i nostri prodotti sarebbero gravati da dazi in ugual percentuale alla svalutazione della nuova moneta e perderebbero la competitività finora acquisita sul mercato. Con le prossime elezioni bisogna pensare ad una riforma della Bce che le consenta di stampare moneta e immettere liquidità per aiutare imprese e famiglie.

Sarà banale, ma di stringente attualità, visto che spesso l'Europa ci "obbliga" a fare e disfare..., quali politiche attive per il lavoro (di qualità e non precariato) può però "costringerci" ad adottare qui in Italia?

L'Europa dovrebbe "costringerci", innanzitutto, ad adottare standard uguali per tutti i Paesi in ogni tipo di politica. Per combattere il precariato, dovrebbe fare in modo che in Stati come il nostro si abbattano i costi dovuti all'eccessiva ed onnipresente burocrazia, che impediscono a tante aziende di far lavorare i giovani, soprattutto oggi. E' da qui che si deve partire per il rilancio dell'economia italiana. Proprio recentemente l'Ue, grazie all'operato del commissario all'Industria Tajani, è intervenuta sui ritardi dei pagamenti della PA nei confronti delle imprese. Questo è uno di tasti dolenti dell'Italia, lo Stato ha l'obbligo civile e morale di pagare i debiti ai nostri imprenditori che arrivano a suicidarsi per poche migliaia di euro.

E' dall'inizio della legislatura che mi batto perché venga eliminata la doppia sede del PE. Purtroppo sappiamo bene quanto la Francia sia reticente; per poter tagliare la sede di Strasburgo si dovrebbe rimettere mano ai Trattati e alla Costituzione francese, ma visto che la plenaria si è espressa più volte contro la doppia sede, questa volontà andrebbe rispettata. Le staffette mensili a Strasburgo ci costano 200 mln di euro all'anno. Si assiste a uno spostamento collettivo, alquanto surreale e senza senso, che ci costa in termini di manutenzione e spese energetiche e ambientali. Mi auguro che durante la prossima legislatura si riesca a trovare un accordo, perché questa situazione finisca. Ci tengo a sottolineare che gli europarlamentari italiani hanno sempre fatto squadra contro

la doppia sede del PE. Per snellire le spese dell'Europa ho sempre proposto, inoltre il mercato unico dell'energia, affinché i prezzi in bolletta siano uguali in tutta la Ue, e l'esercito unico europeo, vista l'inutilità di 28 piccoli eserciti.

Che cosa risponde a chi dice no all'Euro?

Al fronte del "No -Euro" rispondo che l'uscita dell'Italia dall'euro sarebbe un pericolosissimo salto nel buio. Il nostro Stato diventerebbe, di colpo, un Paese extra- Ue e i vantaggi che potremmo avere con la svalutazione della lira verrebbero totalmente annullati da un'improvvisa perdita di competitività, rispetto agli altri Paesi che imporrebbero dazi sulle nostre merci. Ho analizzato attentamente la relazione dell'Ubs Investment Research, sulle conseguenze di un ipotetico dissolvimento dell'euro, in cui si mettono in luce i problemi della moneta unica, ma soprattutto i drammatici scenari di fronte a cui potrebbe trovarsi l'Italia se uscisse dall'Eurozona.

Innanzitutto vorrei ricordare, a chi propone sfacciatamente l'uscita dall'euro, che i trattati europei non lo prevedono. Quindi, prima di fare ipotesi sconclusionate, gli euroscettici si informino sulla legislazione comunitaria. Ma questo non è l'unico ostacolo. Al momento non possiamo sapere, con certezza, di quanto si svaluterebbe la lira. A deciderlo, infatti, sarebbero i mercati finanziari, la Bce e le banche.

Secondo il rapporto dell'Ubs, la lira potrebbe essere svalutata fino al 60%. A quel punto, però, tutti i debiti contratti da investitori e imprese all'estero dovrebbero essere pagati con un cambio di tasso spaventoso. Ciò porterebbe, da un lato, al fallimento delle nostre aziende (insolventi nei confronti dei Paesi in cui hanno investito), dall'altro al raddoppio del prezzo delle materie prime di cui l'Italia oggi non dispone.

Inoltre non dimentichiamo che, in genere, i ricchi investono fuori dai nostri confini e i loro investimenti non potrebbero essere convertiti in lire. Il rischio è che si allarghi la forbice tra ricchi e poveri e che l'Italia possa essere svenduta ai più facoltosi. Senza considerare, poi, che all'annuncio del cambio i cittadini si precipiterebbero in banca a ritirare i loro soldi, con una conseguente mancanza di liquidità, come abbiamo visto accadere a Cipro con risvolti sociali drammatici.

Le correnti euroscettiche di tutta Europa non dovrebbero sottovalutare relazioni come questa e anziché fare mera propaganda politica, sfruttando lo stato d'animo dei cittadini colpiti dalla crisi, inizino a trattare questa tematica, così delicata, con maggiore responsabilità ed onestà intellettuale nei confronti di chi li ha eletti.

Su quali materie ritiene che il governo italiano abbia fatto un buon lavoro di lobbying?

Direi soprattutto sul “Made In”, ovvero sulla tutela delle nostre eccellenze, in particolare tessili e manifatturiere. Gli eurodeputati italiani, grazie al sostegno di Tajani, sono riusciti a far passare, proprio durante l’ultima plenaria, l’articolo 7 del dossier sul “Made In”, ovvero quello che riconosce l’obbligatorietà per gli Stati membri di scrivere in etichetta l’origine del prodotto. I Paesi del Nord Europa, in primis la Germania, avrebbero voluto rendere questa norma non obbligatoria ma il pressing fatto dai colleghi italiani in Parlamento, con il supporto delle nostre aziende, alla fine ha avuto la meglio. Per il momento abbiamo solo vinto una battaglia, sarà dura vincere la guerra contro l’asse del Nord Ue, ma l’Italia ha dato un segnale importante e ora starà proprio a noi imporci su questo, durante il prossimo semestre di presidenza della Ue quando saremo alla guida del Consiglio.

I deficit che mostriamo nel sistema Paese si riflettono sul nostro modo di essere in Europa.

Le debolezze strutturali si riflettono in Europa nel momento in cui non ci sentiamo cittadini europei e continuiamo a guardare solo al nostro orticello. Finché prevarranno gli egoismi nazionali sul bene collettivo, non faremo passi avanti e soprattutto noi italiani non verremo considerati alla pari di francesi e tedeschi, pur avendo fondato l’Unione con loro.

La crisi economica non è generalizzata, però.

La crisi ha investito alcuni Paesi, pensiamo alla Grecia, che sono entrati in Europa quando non erano ancora pronti per la moneta unica. Le responsabilità della crisi è dovuta anche a politiche sconosciute attuate dai governi nazionali, ma l’Ue ha poi aggravato la situazione con l’austerità. L’Europa ha sbagliato anche preventivamente, quando non ha vigilato sull’ingresso di alcuni Stati nell’Eurozona, pur sapendo bene che questi non ne sarebbero stati all’altezza. I Paesi del Nord, specialmente quelli scandinavi, continuano a essere un modello per la Ue, soprattutto a livello di Welfare, ma è anche vero che spesso, per paura di perdere i propri privilegi e il loro predominio in Europa, questi ostacolano la riuscita di molte trattative che gioverebbero invece ai Paesi mediterranei in crisi.

Il futuro dell’Europa: i governi nazionale continuano a decidere.

L’Europa dovrebbe trasformarsi negli Stati Uniti d’Europa: questa è la ricetta giusta per sentirsi europei e superare la crisi, e questo è l’obiettivo per cui vorrei essere rieletto al PE, il prossimo 25 maggio. E’ ciò in cui credo da sempre e in cui crede il gruppo dei popolari europei con cui mi sono ricandidato. Se l’Europa diventasse una federazione di Stati, non avremmo più gli scontri che abbiamo oggi tra governi nazionali e Ue. Inoltre, sono più volte intervenuto in Aula, e ho anche presentato delle interrogazioni, a favore di una riforma

della Bce. La Banca centrale europea dovrebbe essere simile alla Fed americana, cioè dovrebbe essere in grado di prestare denaro a imprese e famiglie in difficoltà. Quando riusciremo ad ottenere tutto ciò i cittadini saranno veramente messi al centro delle politiche dell'Unione e potrà realizzarsi quanto da sempre sostenuto da me e dal mio partito di Forza Italia nella delegazione del PPE. *(intervista a cura di Michele Ruggiero)*