



Audizione CGIL presso le Commissioni V Bilancio e XII Affari Sociali della Camera dei Deputati, nell'ambito dell'indagine conoscitiva: *La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica*

Roma, 2 luglio 2013

Mettere in sicurezza il Servizio Sanitario Nazionale SSN: a garanzia del diritto alla tutela della salute e alle cure

Esiste un'emergenza sociale, nella crisi, che non può essere ignorata: sempre più cittadini rinunciano alle cure per motivi economici, a causa del continuo aumento dei ticket¹. Mentre i tagli lineari al finanziamento del SSN (30 miliardi cumulati nel periodo 2011-2015), mettono in discussione la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, le condizioni di lavoro e persino i livelli di occupazione. E urgente "mettere in sicurezza" il nostro Servizio sanitario nazionale: la tutela della salute e le cure non sono merci ma diritti universali di cittadinanza. Come è noto, infatti, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze - e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo - sono riscontrabili e descritti in numerosissime pubblicazioni e studi.

Ecco perché la CGIL intende reagire per scongiurare l'idea di tutela della salute come merce e di sanità come mercato. E di sanità come costo invece che come investimento.

Anche perché il nostro Servizio Sanitario pubblico è tra i meno costosi al mondo: nelle statistiche internazionali, l'Italia si presenta con una spesa più bassa della media OCSE e della media UE e con migliori servizi e performances (si veda l'ultimo Rapporto OCSE: *Oecd Health data 2012*). Mentre l'allarme sulla crescita della spesa sanitaria è infondato: lo segnala la Corte dei Conti nel "*Rapporto 2012 sul coordinamento della finanza pubblica*" e la Ragioneria dello Stato con l'ultimo aggiornamento delle "*Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*."

Certamente **ci sono ancora margini per "migliorare"**, soprattutto in alcune regioni: va recuperata efficienza ed efficacia, contrastando sprechi e illegalità, colmando un divario sempre più ampio tra aree del Paese, che non è più accettabile. **La scelta strategica è per noi qualificare il nostro SSN, non privatizzarlo.**

Infatti, accanto alla nostra iniziativa per fermare tagli e ticket, contemporaneamente, vogliamo svolgere una contrattazione e una mobilitazione per **far avanzare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione del nostro SSN** e di salvaguardia del lavoro.

Il SSN volano di sviluppo economico e occupazionale

Oltre a garantire il diritto alla salute e alle cure, la spesa per il SSN è un eccellente investimento economico. Il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del PIL. Negli ultimi dieci anni, accanto alla farmaceutica, vi è stata una notevole crescita dei servizi professionali e di quelli informatici, delle telecomunicazioni e dei dispositivi medici. Nei servizi sanitari l'intreccio tra il terziario avanzato e i settori ad alta tecnologia, ha impatti rilevanti sia in termini occupazionali che di remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa. Ma le riduzioni dei finanziamenti stanno causando ricadute negative, anche sull'occupazione, nei settori privati che

¹ Vedi [Agenas 2013](#), Vedi [Cgil 2013](#)

svolgono attività pubbliche per conto del SSN (strutture sanitarie e socio sanitarie “convenzionate”), in quelli della fornitura dei servizi (pulizie, pasti, ecc) e nei settori produttivi dell’indotto (es. farmaceutica, dispositivi medici). Per questo bisogna escludere i tagli lineari, per consentire oculate politiche di acquisto di beni (in primo luogo farmaci e dispositivi medici) e di servizi. Con previsione di interventi compensativi a sostegno delle filiere produttive, per favorire così un *governo della spesa fondato sull’appropriatezza* (es. sostegno ai farmaci equivalenti, distribuzione diretta – sistema nazionale di Health Technology Assessment - centrali uniche d’acquisto, ecc) e *sul rispetto dei diritti nel lavoro*.

La questione cruciale è mantenere questi effetti positivi della sanità sull’economia, senza distorsioni ed eccessi di tipo consumista. Ciò è possibile proprio grazie al “modello pubblico e universale”.

Le priorità

Basta tagli e ticket, sostenere la riorganizzazione del SSN

- Innanzitutto va riaperta la questione del **finanziamento al SSN**, altrimenti il Patto per la Salute 2013 - 2015 non è fattibile o si riduce a mero strumento per gestire le ricadute dei tagli. In particolare: il finanziamento del SSN sia adeguato (nel 2013 è addirittura inferiore al livello del 2012: - 1 miliardo); va esclusa con corrispondente finanziamento l’introduzione dei **ticket** aggiuntivi nel 2014 (2 miliardi circa previsti dalla legge 111/2010 art. 17: norma giudicata illegittima dalla Corte Costituzionale). Solo così è praticabile un confronto per definire un’ *“exit strategy”* e rendere più equo il sistema di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini, che ha raggiunto livelli insopportabili.
- In tutte le regioni, anche in quelle cosiddette virtuose, l’opera di **manutenzione e di riqualificazione del SSN** deve essere continua. I bisogni legati alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità) e le scarse risorse a disposizione impongono **scelte selettive**: più prevenzione e azioni di promozione della salute, che agiscano sui determinanti di salute anche non sanitari; più servizi territoriali, soprattutto ad alta integrazione sociale (anziani, salute mentale, dipendenze, materno infantili, handicap); accreditamenti rigorosi e di qualità all’interno della programmazione pubblica e con valutazione dei risultati. E’ chiaro che per sostenere la riorganizzazione è indispensabile investire nel personale: innanzitutto sbloccando e finalizzando le assunzioni e la contrattazione. La riqualificazione dei Servizi sanitari regionali e il controllo rigoroso degli accreditamenti sono “antidoti” contro le stesse infiltrazioni criminali cui è esposto un settore “economicamente attraente” come la sanità. Il primo obiettivo deve essere la legalità e il contrasto alle infiltrazioni criminali.

Assistenza distrettuale h 24 e riforma delle cure primarie

Cruciale per questa riorganizzazione del SSN – e necessaria anche per un governo appropriato della spesa - è la riforma del sistema delle cure primarie per l’Assistenza Distrettuale h24². Una tale “riforma” è fattibile a costi certamente più contenuti che in altri ambiti del welfare e può avere un forte impatto occupazionale, anche per salvare posti di lavoro in servizi dell’assistenza socio sanitaria in crisi, grazie alla loro riconversione.

Un’occasione da non perdere è il rinnovo degli Accordi collettivi (cd “convenzioni”) per la medicina territoriale: si avvierà una contrattazione, nazionale e regionale, che non è una prerogativa dei soli addetti ai lavori ma riguarda tutti.

² Vedi anche [Agenas Quaderno 11/2013: Assistenza h 24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso](#) e [Agenas: Cure primarie esperienze regionali a confronto - Monitor 33 giugno 2013](#)

Obiettivo fondamentale è realizzare la continuità assistenziale e terapeutica, con centri socio sanitari aperti per 24 ore 7 giorni su 7 alla settimana. Dare così garanzia della reale presa in carico globale ed integrata del cittadino. Non è più solo l’Ospedale ad essere sempre aperto. I centri h 24 diventano l’alternativa più adeguata alle esigenze del cittadino: per vicinanza, familiarità, appropriatezza, tempistica ed efficacia.

Per approfondire si veda: [Linee Cgil: assistenza socio sanitaria distrettuale h 24](#)

Più prevenzione

La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Oggi resta fondamentale, di fronte all’evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati sui determinanti di salute e malattia (rimozione dei fattori di morbilità e mortalità, rimozione dei fattori di esclusione e disagio sociale, diagnosi precoce), la prevenzione deve porsi l’obiettivo anche dell’“invecchiamento attivo”, della liberazione di anni di vita dalla disabilità, rilanciare la strategia della “Salute in tutte le politiche” e svilupparsi in campo sociale. Serve garantire che la spesa per la Prevenzione sia almeno il 5% del Fondo Sanitario (come da Accordo Stato Regioni 23.3.05) e sedi di confronto, aperte alla partecipazione delle forze sociali e dei cittadini, sul Piano nazionale della Prevenzione e sui piani regionali e locali. Una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda **la Sicurezza nel lavoro**³.

I Piani di Rientro⁴

L’utilità dei piani di rientro è stata fuori discussione, sono serviti anche per evitare il rischio di un vero e proprio “default”. Ma la riduzione dei disavanzi operata in queste regioni è stata frutto di un mix “poco virtuoso”: tasse, ticket e tagli lineari. Anziché agire sulle cause dei disavanzi, le manovre hanno colpito i cittadini e i lavoratori. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più “virtuose”, la via maestra del risanamento economico è la riorganizzazione dei servizi, per rispondere in modo appropriato ai bisogni di cure e di salute, utilizzando bene le risorse a disposizione. Bisogna dunque passare **dai Piani di Rientro dal disavanzo a veri e propri Piani di salute**, per garantire i LEA in modo appropriato, e così facendo contribuire al risanamento. Peraltro, considerati i tagli al finanziamento, è necessario anche rivedere i parametri attuali che determinano l’obbligo di avvio del piano di rientro e, soprattutto, insistiamo per **sbloccare il congelamento della quota premiale di riparto, vincolandola ai processi di riorganizzazione**.

Garanzia dei LEA in tutto il territorio nazionale.

I LEA non sono assicurati in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, quanto previsto dalla nostra Costituzione è ancora lontano dall’ essere realizzato. Le differenze enormi tra aree del paese – per quantità e qualità dei LEA assicurati ai cittadini - sono solo in parte dovute alle disparità di condizioni sociali ed economiche, che condizionano performance ed esiti dei servizi sanitari regionali. In realtà pesano di più le differenti capacità di governo dei sistemi. Infatti, come è noto, e ampiamente dimostrato, a parità di finanziamento pro capite i risultati sono assai diversi tra regione e regione. Dove i risultati di bilancio sono migliori la qualità dell’assistenza è migliore. Viceversa se il bilancio soffre qualità assistenziale e appropriatezza sono scarse. E’ perciò indispensabile costruire **percorsi di convergenza**, per le regioni più deboli, verso le condizioni delle regioni più virtuose (con un benchmark finalizzato), così valutate perché associano all’equilibrio di bilancio buona qualità assistenziale. Per questo **non servono “micro costi standard”** da applicare secondo logiche ragionieristiche.

³ Per approfondire vedi: [“Linee guida Cgil sulla Contrattazione Sociale - gennaio 2011”](#)

⁴ Per approfondire vedi [Cgil Piani di Rientro Verifica 2013i “Cgil Oltre la crisi, salute fondamentale diritto” novembre 2011”](#)

Inoltre, serve una revisione delle attuali forme del federalismo, che, pur assicurando alle Regioni la necessaria autonomia, assicurino alla sanità certezza di governo. Bisogna costruire un vero governo federale della sanità, che si occupi di assicurare ai cittadini l'uniformità dei LEA in tutto il territorio nazionale. Un primo passo è quello di elevare al rango di "sistema di garanzia costituzionale" il monitoraggio sui LEA, come previsto all'ultimo Patto per la Salute (e dallo stesso Decreto Legislativo 68/2011 sul federalismo). La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve pesare quanto quella relativa ai bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni. Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti⁵. Occorre unificare il *Tavolo di verifica degli adempimenti* (che si occupa soprattutto di bilanci) con il *Comitato Lea* in un'unica struttura Stato Regioni, che oltre a "valutare" possa intervenire a supporto e affiancando le regioni (una sorta di "task Force" a garanzia dei LEA).

Un piano per il lavoro nel welfare sociosanitario⁶

Il nostro welfare socio sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: è al di sotto della media OCSE e UE come occupati nella PA sul totale Sanità⁷. Inoltre, a parità di spesa socio sanitaria procapite il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi UE⁸.

Ruolo dei Comuni e integrazione⁹

Infine occorre recuperare un ruolo attivo dei Comuni, fondamentale per un'integrazione fra azione sociale e sanitaria. La scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione socio sanitaria: anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap. Assessorati e Programmazione devono essere integrati a tutti i livelli.

Aprire alla partecipazione democratica

I processi di riorganizzazione dei servizi per avere successo devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione. La complessità e la delicatezza delle scelte da compiere reclamano una governance partecipata, in cui si eserciti, accanto a quella doverosa delle Istituzioni, la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Ciò deve tradursi in sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa, arricchendo il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini. Perciò insistiamo affinché si formalizzi una sede di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni, con una specifica attenzione a quelle con i Piani di Rientro. E si deve riaprire un rapporto democratico all'interno delle aziende sanitarie e tra queste e il territorio: la proposta è quella dell'Assemblea della Salute e dell'Azienda Sanitaria di Comunità

Per approfondimenti si vedano anche:

- [Cgil - "Una Sanità di tutti" – gennaio 2013](#)
- [Cgil, Linee per la Contrattazione Sociale: Sanità - Assistenza h24 giugno 2013](#)
- ["Cgil:sul nuovo Patto per la Salute 2013 – 2015 febbraio 2012](#)

⁵ Un primo passo è il Programma nazionale Valutazione Esiti che ora va completato e reso disponibile.

⁶ Per approfondire vedi [Cgil - "Una Sanità di tutti" – gennaio 2013](#)

⁷ vedi: Rapporto CNEL sul mercato del lavoro 2011 - 2012 e Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato

⁸ Fondazione Zancan Rapporto Povertà 2012

⁹ Per approfondire vedi: [Cgil Sanità e Federalismo, Diritti e Risorse, 1.12.2010](#)