

SCHEMA SU SANITA'

TAVOLO DI LAVORO REGIONALE

IL QUADRO DI CONTESTO

Non siamo di fronte a grandi novità, è almeno dalla fine degli anni ottanta, infatti, che si è aperta in Europa, e naturalmente nel nostro Paese, una discussione serrata sulla fine del Welfare State, così come l'abbiamo conosciuto nel '900, e sulla necessità di sostituirvi un sistema in cui sia il mercato il nuovo regolatore tra il bisogno/domanda e l'offerta dei servizi. Discussione che ha interessato, ovviamente, anche i servizi sanitari nazionali universalistici e pubblici.

Una discussione che ha investito, in primo luogo, il ruolo e la funzione che lo stesso Stato, e di conseguenza il sistema di pubblico, devono assumere nell'allocazione e redistribuzione delle risorse e il cui obiettivo finale era, e rimane, il costante indebolimento del SSN e la realizzazione di un doppio sistema, pubblico e privato, in cui il primo avrà una funzione, temiamo, sempre più residuale.

A ben pensarci, quanto è successo, e succede, in Toscana non è che l'applicazione, in "minore", di quanto in questi anni, seguiti alla crisi economica, i programmi di riduzione del debito e di austerità europei hanno imposto, in una strategia ben precisa di uscita dalla stessa, che, attraverso lo smantellamento del sistema di welfare state, ne scaricano principalmente il costo sui salari indiretti, i servizi sociali pubblici, riportando i costi della riproduzione sociale in capo alle famiglie e agli individui.

IL DEFINANZIAMENTO DEL SSN

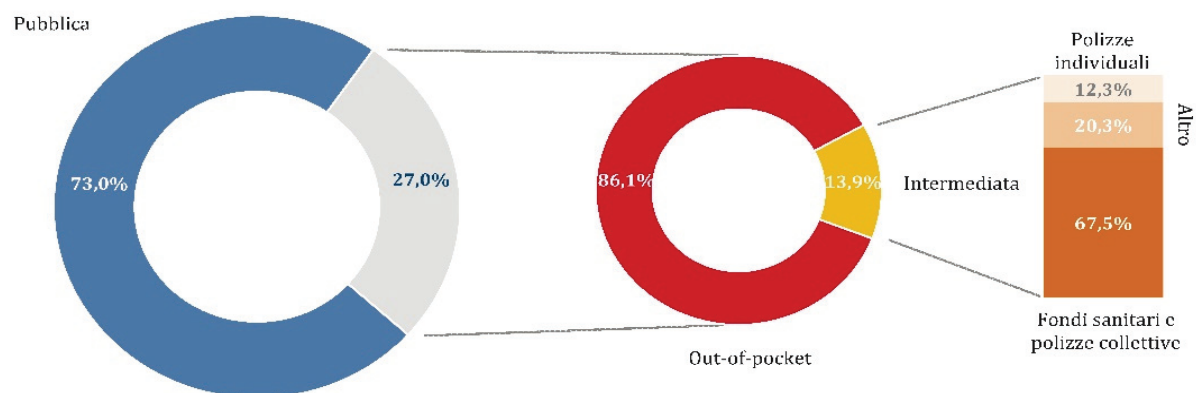
In questi ultimi dieci anni, in questo settore, ha dominato una precisa parola d'ordine "definanziamento", ovvero sottrazione di risorse pubbliche al Servizio Sanitario Nazionale con la perdita dal 2010 al 2019 di ben 37 miliardi di euro (25 miliardi dal 2010 al 2015; 12 miliardi dal 2015 al 2019) in un trend di spesa sanitaria sul prodotto interno lordo di, attualmente, il 6,6% (ma sarà il 6,4% nel 2022). Spesa molto inferiore a quella di Paesi come la Germania, la Francia, che ci sta collocando sempre più vicino ai paesi dell'Europa orientale.

Definanziamento che è stato sorretto dal postulato della scarsità delle risorse e dall'imperativo delle politiche di austerità dettate dagli organismi finanziari internazionali, dall'Europa di Maastricht, con le conseguenti ricette recepite pedissequamente dai governi nazionali che si sono succeduti.

Questi ultimi 10 anni sono stati, anche, gli anni della realizzazione del cosiddetto secondo pilastro in sanità, ovvero della crescita della sanità integrativa e del cosiddetto welfare aziendale.

In un sistema a carattere universalistico (e non più quindi universale) la spesa sanitaria si compone di due macro-categorie: spesa pubblica e spesa privata (che include quella intermediata da fondi sanitari e da polizze assicurative e la spesa out-of-pocket direttamente sostenuta ai cittadini). Tale modello si basa su alcune assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la sanità collettiva integrativa copre prestazioni extra-LEA e ogni cittadino può stipulare polizze assicurative individuali, oltre che acquistare direttamente beni e servizi sanitari beneficiando di specifiche detrazioni fiscali.

Nell'ultimo decennio, per le ragioni già dette, questo modello è stato anch'esso messo in discussione come dimostra la sottostante composizione della spesa sanitaria (nel 2017: il 27,0% della spesa sanitaria è privata e di questa l'86,1% è out-of-pocket):



In termini quantitativi, la spesa sanitaria ammonta a € 154.920 milioni così ripartiti:

- € 113.131 milioni di spesa pubblica;
- € 41.789 milioni di spesa privata, di cui:
 - ✓ € 5.800 milioni di spesa intermediata;
 - ✓ € 3.912 milioni da fondi sanitari/polizze collettive;
 - ✓ € 711 milioni da polizze individuali;
 - ✓ € 1.177 milioni da altri enti;
- € 35.989 milioni di spesa out-of-pocket (di tasca propria).

Chi ha pagato il prezzo dei tagli e delle politiche di austerità?

- Le fasce più deboli della popolazione (soprattutto nelle Regioni, quelle meridionali, in maggiore difficoltà). Peggiora l'accessibilità ai servizi sanitari, aumentano le disuguaglianze sociali e territoriali e si accendono allarmanti segnali come la riduzione dell'aspettativa di vita in alcune parti del Paese a volte con gap di 2/3 anni in meno di vita tra i territori più ricchi e quelli più poveri. Le persone più fragili e più povere, sempre più, rinunciano a curarsi.
- Il personale sanitario, attraverso il blocco del turn over, la carenza negli organici e i sempre più gravosi carichi di lavoro, il blocco dei rinnovi contrattuali, l'aumento dei contratti atipici e precari, l'invecchiamento del personale medico, ecc. Tutti elementi che hanno, complessivamente, demotivato quella che è la principale risorsa su cui si regge il servizio sanitario pubblico.
- I servizi e le prestazioni erogate e la loro qualità. Gli stessi nuovi Livelli Essenziali di Assistenza scontano il paradosso di consistere in un paniere sulla carta relativamente "ricco" a fronte di un definanziamento pubblico senza precedenti che non permette la copertura delle prestazioni previste nello stesso.
- La prevenzione che continua a rimanere la "cenerentola" dei LEA, con finanziamenti sempre più scarsi e sottoutilizzati per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientale e l'investimento in politiche che tengano conto dei determinanti sociali (casa, lavoro, protezione sociale, ecc.)

Chi ci guadagna?

Il cosiddetto secondo pilastro, dell'intermediazione finanziaria e assicurativa, che all'interno degli imponenti tagli al nostro SSN, ha saputo abilmente cogliere l'occasione per conquistarsi spazi sempre più significativi, principalmente tramite i fondi sanitari integrativi, con prestazioni prevalentemente sostitutive che hanno aperto alla privatizzazione contribuendo a minare le basi dell'universalismo, per quanto già selettivo, della sanità pubblica.

Complice, inoltre, una normativa frammentata e incompleta, la nuova onda del welfare aziendale, in costante aumento per il suo inserimento nei contratti di lavoro con i diversi benefit e prestazioni che sottraggono denaro pubblico alla fiscalità generale e indirettamente al SSN.

Nel 2017 sono 322 fondi sanitari per un totale di 10.616.847 iscritti che includono anche pensionati e familiari. Due i dati di particolare rilevanza: l'85% dei fondi sono gestiti da compagnie assicurative e la spesa fiscale, largamente sottostimata, ammonta a € 3.361,2 milioni.

Considerato che, come già sottolineato, i fondi sanitari sono garantiti da una quota consistente di denaro pubblico sotto forma di spesa fiscale, e che buona parte di questa alimenta business privati, il risultato paradossale è quello di dare soldi pubblici attraverso defiscalizzazioni quando si afferma, da tutte le parti, che non ci sono risorse.

L'autonomia differenziata

Un nuovo pericolo si affaccia, e nemmeno tanto all'orizzonte, anzi tema attualissimo, quello dell'autonomia differenziata o regionalismo rafforzato. La posta in gioco è altissima perché si tratta di una ulteriore e micidiale spaccatura nell'erogazione del diritto costituzionalmente garantito della salute. Il regionalismo differenziato finirà per legittimare normativamente il divario tra Nord e Sud violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini in molte materie ma sarà micidiale per un servizio sanitario nazionale già frammentato in quel federalismo fiscale (sancito dalla riforma del Titolo V della Costituzione) che già aveva rotto l'unicità e universalità del sistema, tanto da disegnare una geografia in cui ogni Regione (avendo ottenuto competenza esclusiva sull'organizzazione del servizio e conseguente responsabilità del costo del proprio sistema sanitario) ha assunto, sempre più, logiche di controllo e razionalizzazione della spesa attraverso: deospedalizzazione, esternalizzazione dei servizi, creazione di un mercato privato dei servizi sociosanitari, la creazione di un sistema misto.

LA TOSCANA

Un racconto stonato

Da tempo, oramai, la sanità toscana è oggetto di due racconti diversissimi tra loro. Da una parte, sempre più affievolita a dire il vero, la rappresentazione della diversità della Toscana e del fiore all'occhiello rappresentato dal suo servizio sanitario regionale. Il racconto, anche questo ridimensionato, di un eccellenza che primeggia nelle classifiche nazionali e che veleggia tra il verde degli obiettivi bersaglio certificati dal Sant'Anna di Pisa.

Dall'altra, questa rappresentazione non corrisponde più all'esperienza concreta, quotidiana di molti cittadini che si rivolgono al servizio pubblico, accedono ai suoi servizi, usufruiscono delle sue prestazioni sanitarie. La realtà, insomma, dei tanti toscani che si trovano a fronteggiare lunghe liste di attesa per una visita specialistica, un esame diagnostico, un intervento chirurgico programmato; ad avere un sistema di compartecipazione alla spesa (ticket, tariffario, ecc.) tra i più alti del Paese. Fattori combinati che spesso spingono a rivolgersi fuori del servizio pubblico, nel privato, e a pagare di tasca propria esami, prestazioni diagnostiche, visite specialistiche, a prezzi più o meno uguali e con tempi di attesa molto inferiori.

Chi può! Perché sempre con più frequenza, anche nella nostra Regione, ci sono persone, le più fragili e povere, che sono costrette a rinunciare alle cure sanitarie. Avendo perso, la sanità toscana, quel ruolo di primo piano nella coesione sociale, oltre che di importante volano nello sviluppo economico regionale.

Sebbene la nostra Regione non sia considerata povera, la crisi economica ha avuto effetti importanti sulle famiglie e le persone che si collocano sia nella fascia della cd povertà assoluta (passata durante la crisi dal 2% del 2008 al 3,8% del 2016, ovvero da 32mila a 62mila famiglie e da 52mila a 142mila individui) ma anche in quella fascia grigia che oramai va al di là della povertà relativa classicamente intesa e investe inedite tipologie di povertà che riguarda le giovani generazioni e la povertà infantile.

Un modello sempre meno pubblico e universalistico

Da tempo la nostra Regione ha, inoltre, subito un'involuzione profonda della natura del suo sistema sanitario che ha investito lo stesso modello, non più, nei fatti, pubblico e universalistico ma di una sanità integrata a più livelli in cui il privato, ed in particolare il terzo settore (la cosiddetta "impresa sociale") ha assunto un ruolo pregnante e fortemente sostitutivo del servizio pubblico, spingendo forzatamente le persone verso le forme assicurative della sanità integrativa o il lavoratore a considerare positivamente i benefit erogati dal welfare aziendale.

Si privilegia un terzo settore, attribuendogli un ruolo improprio, e facendone il naturale sostituto per l'erogazione di livelli essenziali di assistenza; si pensi alla diagnostica e alla specialistica di cui grossi pacchetti, in termini di milioni di euro, sono stati ceduti all'impresa "sociale".

La scelta dell'universalismo selettivo

La scelta, già consumata, della nostra Regione è stata quella di sostituire nel tempo all'universalismo del proprio SSR, il cosiddetto universalismo selettivo in sanità che, con le note ragioni delle risorse mancanti, della coperta stretta, ha sancito la dismissione della sanità quale diritto universale e garantito, selezionando le fasce di popolazione toscana tenute a partecipare, pagando di tasca propria (vedi partecipazione e fasce di reddito), al costo dei servizi e delle prestazioni. Cosa che ha portato, nel tempo, queste fasce di popolazione fuori dal sistema pubblico alimentando i processi di privatizzazione della sanità toscana.

Come già accennato, all'universalismo selettivo hanno corrisposto anche le forme di organizzazione dei servizi nel cosiddetto modello del welfare-mix con l'avvento di un attore particolarmente forte, quello del privato sociale, che ha, nel tempo, acquistato legittimazione non più solo nell'attuazione e gestione di misure specifiche ma, tramite la coprogettazione e coprogrammazione, nella definizione del disegno istituzionale delle medesime politiche sanitarie. Non più, solo un alleato per la costruzione e il funzionamento del welfare-mix ma, con una sua curvatura sempre più accentuata a proporsi come impresa, è diventato il naturale sostituto per pezzi di livelli essenziali di assistenza e alimentatore per un quota significativa del mercato dei servizi.

La Riforma sanitaria tra accentramento organizzativo e disuguaglianze

La Riforma sanitaria del 2015 non solo ha attuato un'idea di accentramento istituzionale (tre sole aziende di area vasta al posto delle precedenti aziende provinciali e sub provinciali) che ha ottenuto il risultato fortemente negativo di penalizzare i territori, soprattutto quelli più periferici, che non contano più nulla all'interno del governo e della programmazione sanitaria. La ricaduta più grave non riguarda neanche l'organizzazione del servizio e delle sue inefficienze ma il fatto che la nostra regione, con questa riforma, è diventata più diseguale.

Una Toscana diseguale

In cui il tante volte richiamato principio di equità si scontra con la realtà di periferie che si sono viste assegnare risorse sempre più scarse, sottrarre servizi, tagliare prestazioni sanitarie e sociali, depauperare il

proprio sistema locale di protezione sociale. Una Toscana insulare, montana, geograficamente marginale, che si è vista sottrarre una sanità territoriale, là dove, per lungo tempo, questa aveva rivestito un ruolo di volano per un'economia sempre più povera e svuotata degli storici presidi produttivi scontando, in termini di salute, un evidente peggioramento delle condizioni.

Una Toscana diseguale, si è detto, dove non a tutti è garantita un'uguale capacità di accesso ai servizi ed anzi dove la crisi economica ha acuito fenomeni di esclusione per le fasce più deboli sia per condizione economica sia per grado di istruzione e di strumenti culturali a propria disposizione. Una divisione che è economica, con pezzi di regione come quelli della Costa settentrionale e della parte meridionale dove la crisi ha morso con più forza e di conseguenza le diseguaglianze sono cresciute, ma è anche geografica (isole, montagna, periferie) con una riduzione sistematica della quantità dei servizi e delle prestazioni e della qualità delle cure.

Una Regione in cui non solo la sanità, ma più complessivamente il sistema di protezione sociale si è fortemente indebolito e lo stesso ruolo del lavoro sociale si è trasmutato perdendo, primariamente, quella dimensione etica e quella prassi sociale che pure erano due degli elementi che lo avevano contraddistinto nella sua fase nascente e per lungo tempo.

In altre parole siamo, da tempo, all'interno della costruzione di un "welfare debole" per: l'assenza della definizione dei livelli essenziali di assistenza o la loro non realizzazione concreta; l'istituzionalizzazione delle disuguaglianze tra territori diversi; una sempre più evidente frammentazione non solo verticale ma orizzontale del sistema di protezione sociale; un lavoro sempre più povero e precario privo di tutele e diritti.

Un lavoro sempre più povero e precario

Il lavoro atipico, a tempo determinato, interinale e in affitto, a contratto individuale e partita IVA, ecc., sono divenuti la cifra dei nuovi contratti di lavoro. La nuova forma del rapporto di lavoro. Tutti nascondono la scomparsa delle garanzie fondamentali e la regressione del lavoro alle forme di sfruttamento.

Il lavoro sanitario è sempre più precario perché segue i processi di esternalizzazione avvenuti in questi anni che hanno riguardato prima i servizi cd non sanitari (pulizie, mense, manutenzione, ecc), sino a toccare una fetta consistente del cd "core" dei servizi sanitari. Appalti con gare al ribasso che spesso comportano, nello stesso posto di lavoro, con mansioni sovrapponibili, la coesistenza di lavoratori con contratti sensibilmente differenti in termini di salario ma anche di carichi lavorativi e di tutele.

Per i lavoratori della sanità è, anche, in corso un progressivo demansionamento: il lavoro pubblico oggi è sempre più burocratizzato, dequalificato in mansioni e compiti di carattere amministrativo, spremuto in carichi di lavoro a volta insostenibili, sostituito da professionalità più basse, ecc. Inoltre, l'impoverimento del lavoro sanitario pubblico, il suo demansionamento, si riflette drammaticamente sulla qualità e la sicurezza delle prestazioni, ripercuotendosi negativamente sulla sua capacità, che è anche un suo importantissimo valore intrinseco, di produrre salute.

Ma c'è un di più. Un di più, per cui il regista è da tempo abilmente lavoro, ha creato le condizioni e l'humus favorevole. Questo di più, pretende che il lavoro sanitario pubblico perda irrimediabilmente quel "high value" che dovrebbe caratterizzarlo e segnare la differenza tra la mera prestazione d'opera ed un forte valore etico. Ridurre il lavoro sanitario pubblico a mera prestazione d'opera (in cui, in definitiva, il prestatore si equivale), togliere al lavoro pubblico ogni sentore di "valore aggiunto" significa rendere più semplice il processo di dismissione del servizio sanitario nazionale, che è il vero obiettivo. Aiuta a considerare come equivalente l'altro pilastro, quello privato/assicurativo. Contribuisce a dissodare il terreno per oscuri accordi tombali che riguardano la messa in discussione del nostro SSN.

CHE FARE?

Sul modello

Là dove il welfare si fa debole, il sistema di protezione sociale frana sotto i colpi dell'ineluttabilità del dettato delle politiche di austerità e dell'adeguamento supino alla logica dei tagli lineari. Là dove il lavoro sanitario perde la sua connotazione civile e diventa costo da eliminare e sacrificabile in un processo di sussidiarizzazione verso il basso (basso costo del lavoro, precarietà, sottrazione di tutele e diritti, ecc.). Là dove le diseguaglianze territoriali si istituzionalizzano dentro una programmazione accentratrice ed escludente e all'interno di una crescente diseguaglianza sociale. Compito dei comunisti è non solo resistere, giocando di rimessa, ma assumersi la responsabilità storica di "riformare la riforma" attraverso un pensiero lungo, una visione strategica. Riportare il servizio sanitario regionale pubblico ad un modello a carattere, veramente, universale, garante di diritti, dismettendo il carattere selettivo che la sanità toscana ha oramai assunto; considerare la sanità e il sociale come settori di investimento per garantire diritti fondamentali (alla salute e alla protezione sociale) e farne nuovamente un volano economico; investire in prevenzione e in territorio; creare buon lavoro e buona occupazione; ...

Questo significa agire, contemporaneamente, anche su un piano nazionale attraverso gli strumenti esistenti e con strumenti nuovi, per innescare processi più complessivi, sul nostro campo, di radicale rimessa in discussione di quanto voluto e, ahime! molto realizzato, dal campo nemico.

In urgenza, contrastare con forza scelte come il regionalismo differenziato e lo stesso federalismo fiscale; bloccare lo sviluppo della sanità integrativa e del welfare aziendale con collegate proposte di rifinanziamento della sanità pubblica (devolvere al Fondo sanitario nazionale i fondi rinvenienti dalle eliminazione delle agevolazioni fiscali per il finanziamento privato della assistenza sanitaria si tratta di almeno 2 miliardi di euro aggiuntivi che consentirebbero, in larga parte, l'eliminazione dei ticket).

Generalità e progressività del prelievo fiscale

Lo strumento più efficace, equo ed economicamente sostenibile per finanziare la copertura sanitaria universale è la fiscalità generale. Aggiungiamo cosa c'è di più intelligente del principio di dare a ciascuno, in appropriatezza, secondo il proprio bisogno di salute e di prendere da ciascuno secondo la propria capacità reddituale che è principio insito nella fiscalità generale progressiva? Oggi, il tema, al contrario è quello dell'abbandono della progressività (elemento specifico della fiscalità generale) cosa che produrrà ulteriori gravissime diseguaglianze nel sistema di protezione sociale. Riprendere questo tema (la fiscalità generale progressiva) anche in termini di potenziale margine di fiscalità regionale.

Politiche del lavoro di contrasto alla precarietà in sanità

La stabilità dei rapporti di lavoro è la pre-condizione per l'esercizio dei diritti; anche di quello alla salute. E' necessario quindi un vero e proprio piano regionale per il lavoro, dove le dotazioni organiche delle strutture sanitarie vengano individuate in base ai bisogni e si proceda ad una reinternalizzazione dei servizi, in quanto anche sul piano economico questo produrrebbe risparmio, oltre che uguaglianza fra i lavoratori. E' comunque è necessario, sino alla ripubblicizzazione dei servizi, agire nel principio di "parità di salario a parità di mansioni" con un contratto unico per i lavoratori che operano nello stesso settore.

La priorità alla prevenzione

La prevenzione collettiva include strategie che riguardano, oltre l'attenzione individuale, politiche generali messe in campo su più settori che rappresentano i determinanti non strettamente sanitari. Riprendendo con maggiore determinazione gli interventi sui determinanti ambientali (nel campo della mobilità; qualità dell'area; qualità delle acque; siti inquinanti; rifiuti e discariche; luoghi di lavoro; ecc.) e agendo, attraverso il perseguimento di specifici "obiettivi di salute" territoriali orientati alla riduzione delle diseguaglianze, sui

determinanti sociali, oramai riconosciuti come quelli che più influenzano lo stato di salute delle persone: il gradiente sociale; l'esclusione sociale; le condizioni di lavoro e lo stato di disoccupazione.

Il territorio

Se il servizio sanitario pubblico deve assolvere all'obiettivo di copertura dei bisogni assistenziali e di salute dei cittadini, il territorio, l'assistenza territoriale, diventa settore fondamentale di investimento di risorse economiche e umane. Al centro delle politiche di sanità pubblica la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie: sanità d'iniziativa; case della salute (elemento centrale di innovazione nel sistema dell'assistenza distrettuale). Nella Casa della Salute devono essere presenti gli operatori della prevenzione nelle loro diverse espressioni: prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, medicina veterinaria, igiene ambientale. La Casa della Salute deve diventare il luogo dove i cittadini organizzati decidono con gli operatori della programmazione. La Casa della salute che deve favorire una partecipazione mirata dei cittadini e dei soggetti sociali che renda possibile, se necessario, un ripensamento collettivo degli assetti esistenti, entro l'orizzonte della salute *“come diritto della persona e interesse della collettività”*.

Si tratta, ancora una volta, di ribaltare il criterio oggi imperante in cui la dimensione ottimale dei servizi territoriali è tarata sui criteri di economia di scala non su quelli di prossimità rispetto al bisogno. Garantire nei territori, ed in particolare nelle zone periferiche, lo stesso diritto alla salute potenziandone, e rilanciando, i presidi sanitari, ospedalieri e distrettuali, i servizi sociosanitari e sociali.

Ulteriori specifici punti da sviluppare con i compagni* e su cui pensare a eventuali campagne :

- 1) **COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA (abolizione ticket non solo quello sul percorso di digitalizzazione già tolto grazie a nostra mozione)**
- 2) **LISTE DI ATTESA (drastica riduzione dei tempi e delle liste di attesa: risorse economiche e personale dedicato = potenziamento attività macchinari ; ...) + INTRAMOENIA (rivisitazione e blocco; ...)**
- 3) **POTENZIAMENTO RETE CONSULTORE E IVG**
- 4)

