



On. Roberto Speranza
Ministero della Salute
Roma

Roma, 12 Novembre 2019

Signor Ministro,

Abbiamo preso atto dell'impegno da Lei assunto, illustrato nella prima intervista dopo il giuramento come ministro, di seguire e onorare i principi costituzionali di tutela della salute e uguaglianza dei cittadini, che si esprimono attraverso l'universalità del nostro servizio sanitario nazionale.

In relazione a questo impegno, in coerenza coi contenuti delle sue dichiarazioni, le sottoponiamo alcune osservazioni su quanto finora emerso dai provvedimenti che il Suo Governo ha proposto alle Camere.

Finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale e spesa sanitaria pubblica.

La crisi anche finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e la disuguaglianza tra i cittadini nell'accesso a servizi sanitari pubblici, efficaci ed efficienti, finanziati solidaristicamente dalla fiscalità generale, con il concomitante incremento della spesa e dell'erogazione privata di assistenza sanitaria, generalizzato in tutta Italia, è sotto gli occhi di tutti, anche del Parlamento e del Governo.

Numerosi rapporti del Suo Ministero, di Commissioni parlamentari, di Agenzie pubbliche e private segnalano e descrivono questa situazione, documentata ultimamente dal rapporto OCSE *Health at a Glance 2019*, dal rapporto SVIMEZ *Il Mezzogiorno nella nuova geografia europea delle disuguaglianze* e solo pochi giorni fa dalla Conferenza delle Regioni nell'Audizione sul bilancio di previsione dello stato per il 2020.

Se la genesi della crisi è in parte legata al progressivo invecchiamento della popolazione ed ai suoi effetti in termini di spesa e investimenti, un altro fattore ci accomuna con il resto dell'Europa e del mondo e risiede nella discrepanza tra la crescita dei costi generati dalla continua disponibilità di nuove tecnologie assistenziali, frutto dei progressi della ricerca e della produzione, rispetto alla stagnazione della spesa sanitaria pubblica, che favorisce l'espansione del mercato e delle sue logiche all'assistenza sanitaria, fonte in forte espansione di profitti finanziari e industriali.

Una forte spesa sanitaria pubblica non significa certo spreco di danaro pubblico, ma al contrario investimento in recupero del benessere individuale e collettivo, capitale sociale, valorizzazione e promozione delle vaste competenze italiane in ambito biomedico, farmaceutico, bioingegneristico e

impiantistico, con riduzione dei costi complessivi dell'assistenza sanitaria, drogati dalle istanze di profitto finanziario e commerciale della presenza privata in generale e assicurativa in particolare.

In Italia la crisi è stata accentuata, oltre che dalla sciattezza e dalla "sindrome privatistica" dei malgoverni regionali, per responsabilità da cui le forze politiche del Centro-sinistra non sono escluse, dalla costante sottrazione negli ultimi anni di risorse al servizio sanitario pubblico. Dal 2010 al 2018 in rapporto al PIL la spesa sanitaria pubblica ha registrato una riduzione di 0,3 punti e il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) di 0,4 punti, cosa ancora più grave se consideriamo che in alcuni anni il PIL si è abbassato.

Il Suo Governo per il 2019 prevede 114,474 miliardi per il FSN, fissando l'entità della spesa sanitaria pubblica a 118,560 miliardi. Nel 2020 il FSN aumenterebbe a 116,474 miliardi e la spesa pubblica a 120,596. Nel 2021 arriverebbero rispettivamente a 117,974 e 122,003 miliardi. In sostanza, è stato solo confermato l'incremento previsto dal Governo precedente.

Anche se dal 2018 al 2021 si tratterebbe di un aumento di 4,5 miliardi per il FSN e 6 miliardi per la spesa, non si tratta per nulla di un'inversione di tendenza. Sia il FSN che la spesa in passato sono quasi sempre aumentati in valore assoluto, tranne che nel 2013 e nel 2015, ma rispetto al PIL gli aumenti non hanno modificato la tendenza generale al ribasso, pienamente confermata dalle previsioni del Suo Governo, che porterebbero nel 2021 il FSN al 6,32% e la spesa sanitaria al 6,53% del PIL, cioè ai valori più bassi mai registrati.

C'è un altro punto da sollevare. Come si vede, infatti, per il 2020 e il 2021 si evidenzia una differenza considerevole di circa 4 miliardi tra il FSN e la spesa sanitaria prevista dalla Nota di Aggiornamento al Documento Economico e Finanziario (DEF).

È vero che il FSN copre le spese correnti, a cui vanno aggiunte quelle vincolate a progetti specifici e le somme derivanti dai rimborsi delle case farmaceutiche (il cosiddetto payback), tuttavia, un esame di queste voci indicate nel DEF rivela che sono insufficienti a coprire la differenza. Andrebbe quindi chiarito come il Governo pensa di reperire le risorse mancanti.

Ma anche un aumento consistente del FSN sarebbe inutile se contemporaneamente non si aboliscono il divieto di assunzioni nella Pubblica Amministrazione e il blocco del turn over, in particolare nel SSN. Infatti, in mancanza di queste misure gli incrementi del FSN andrebbero ad aumentare la spesa per beni e servizi e non per il personale attraverso le esternalizzazioni e gli accreditamenti che già impegnano una parte consistente della spesa.

Carenza di personale e rinnovi contrattuali 2019-2021

Saranno a carico del FSN i costi dei rinnovi contrattuali poiché l'art. 13 della legge di bilancio incrementa a tal fine solo le risorse a carico dello stato da destinare alla contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2019-2021 con incrementi retributivi (1,3% nel 2019, 1,9% nel 2020, 3,5% dal 2021) per il personale della pubblica amministrazione centrale, non di quello dipendente dalle Regioni. A parità di personale quindi i

costi delle remunerazioni saranno maggiori ed eroderanno i fondi a disposizione delle Regioni per i necessari incrementi.

L'incidenza della spesa del personale sulla spesa sanitaria è scesa dal 36,9% del 2002 a circa il 30% nel 2017 e la carenza di personale sanitario delle varie professionalità ammonta ad oltre 45.000 unità rispetto a quindici anni fa e alle necessità assistenziali, anche ad offerta di assistenza invariata, come attestato sia da uffici del Suo Ministero che da fonti sindacali.

Peraltro, tale entità è sottostimata se si tiene conto delle innovazioni tecnologiche ed assistenziali da mettere a disposizione dei cittadini, la cui implementazione comporta più personale qualificato.

Questa carenza è alla base del fenomeno delle liste di attesa nel servizio pubblico, insieme all'inadeguata programmazione dell'offerta pubblica e della regolamentazione dell'attività in libera professione.

L'inappropriatezza prescrittiva, che secondo alcune stime riguarda fino al 50% delle prescrizioni, contribuisce certamente a determinare il problema, ma non può essere identificata come il fattore principale, la cui eliminazione lo risolverebbe.

La situazione del personale si è deteriorata anche per l'esternalizzazione di gran parte delle funzioni di supporto all'assistenza e, da qualche tempo, anche delle funzioni di assistenza diretta, di cui sono un esempio vergognoso e pericoloso molti pronto soccorso in giro per l'Italia, le ambulanze, l'assistenza domiciliare, la sub-acuzie, la lungodegenza e le RSA, ed è ulteriormente aggravata dal ricorso esteso al lavoro precario, atipico e a partita IVA di medici e altre figure professionali.

Tutto ciò richiede consistenti assunzioni di personale a tempo indeterminato.

È facile constatare che i 2 miliardi di incremento del fondo sanitario per il 2020 così come il miliardo e mezzo previsto per il 2021, sono insufficienti, anche solo limitandosi ai parametri previsti dal decreto Calabria e all'incremento delle borse di studio di specializzazione all'ordine del giorno nel dibattito sulla carenza dei medici.

Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

È stato giustamente rimarcato che a quasi 3 anni dalla pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017 continua il silenzio sulla mancata attuazione dei nuovi LEA: i nomenclatori tariffari relativi a specialistica e protesica restano ostaggio del MEF per mancata copertura finanziaria, impedendo l'esigibilità delle nuove prestazioni nella maggior parte delle regioni. Le stime per la copertura, che oscillano tra 800 milioni (Ragioneria Generale dello Stato) e 1,600 miliardi (Conferenza Regioni e Province autonome), sono in gran parte riferibili alla necessità di personale.

Abolizione del super ticket e revisione dei ticket

L'abolizione del superticket prevista a partire dal settembre 2020 con la copertura di 185 milioni nel 2020 e 554 milioni nel 2021 è una misura giusta, che interviene su una fonte di disuguaglianza derivante dalla

giungla delle diverse disposizioni regionali, una delle espressioni del fallimento del regionalismo differenziato già in essere, al punto che alcune Regioni non l'hanno neppure applicato.

Tuttavia, l'abolizione del superticket non va enfatizzata, perché il suo effetto è limitato, in quanto ampie fasce di popolazione sono già esenti e quindi non beneficranno dell'abolizione, mentre continueranno a soffrire per le lunghe liste di attesa.

L'abolizione dei ticket, vera e propria tassa sulla malattia con la quale le Regioni sono state autorizzate a procurarsi le risorse che non ricevono dallo stato centrale, è la misura non differibile per rendere giusto l'accesso al SSN.

Per avviare un percorso verso l'abolizione dei ticket è sbagliato però partire con la modulazione dei ticket per fasce di reddito, che il Suo Governo prospetta alle Regioni con la bozza di Patto per la Salute 2019–2021.

Tale modulazione presenta aspetti assai problematici, perché prefigurerebbe una diversità di accesso al servizio sanitario nazionale in funzione del reddito, riservando ai redditi più elevati oneri finanziari crescenti e contraddicendo il principio universalistico della tutela della salute come diritto di cittadinanza.

L'inasprimento dei ticket per i soggetti con redditi medio-alti renderebbe competitivo l'acquisto diretto di prestazioni dal settore privato, accentuando una tendenza già oggi in embrione visibile.

Combinando questo aspetto con la diffusione facilitata della sanità integrativa e assicurativa, si aprirebbe la strada all'abbandono progressivo del settore pubblico da parte delle fasce sociali più abbienti, con ulteriore impoverimento del SSN in termini sia di risorse che di qualità.

Detrazioni fiscali per la spesa sanitaria privata

Il problema dei ticket ci riporta al nodo delle risorse, poichè l'introito che ne deriva per le regioni supera i 4 miliardi e pertanto qualunque misura di ridimensionamento dei ticket deve essere collegata a un reperimento di risorse alternative.

Nel dicembre 2018, in occasione del dibattito sulla legge di Bilancio del 2019, abbiamo raccolto oltre 100 firme di associazioni ed autorevoli esponenti del mondo politica e dell'economia sanitaria sulla proposta di:

- abolire ogni agevolazione fiscale per le prestazioni sostitutive dei LEA, per qualsiasi modalità di acquisizione privata, sia in forma diretta a carico dei cittadini, sia intermediata da fondi, mutue o assicurazioni.
- confermare per il momento solo le agevolazioni fiscali per le prestazioni integrative dei LEA acquisite in forma diretta o tramite fondi sanitari integrativi, cioè esclusivamente dedicati alle prestazioni non previste dai LEA.

Aggiungevamo che in prospettiva anche le spese per le prestazioni integrative non debbano godere di agevolazioni fiscali e il SSN debba essere messo nelle condizioni di assicurare le prestazioni e le forniture necessarie non comprese negli attuali LEA, quali le prestazioni odontoiatriche, le fisioterapie e le

psicoterapie, in modo da rendere inutili le agevolazioni fiscali anche in questi casi.

Su questa proposta, che riconfermiamo per la legge di Bilancio 2020, auspichiamo che in Parlamento si apra un confronto e vengano presentati significativi emendamenti.

Al riguardo constatiamo che la manovra fiscale proposta dal governo con l'art. 75 prevede il ricorso alla riduzione progressivamente minore della detrazione sino al 19% per spese sanitarie private per i redditi da 120.000 euro a 240.000 e la loro totale eliminazione per i redditi superiori.

Tale modifica riguardando forse l'1% dei 18 milioni di contribuenti che ricorrono alla detrazione appare per la sua entità irrilevante. Per di più la minore spesa pubblica che ne deriverebbe non è previsto sia utilizzata, come una giusta norma solidaristica vorrebbe, per un maggiore finanziamento del FSN, magari finalizzato a sopperire alle minori entrate dall'abolizione dei ticket.

Finanziamento per la ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico

Con la legge di bilancio il governo propone al Parlamento di aumentare di 2 miliardi il fondo in conto capitale per il programma pluriennale di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico, fissato dall'articolo 20 della legge 67/88, rideterminato in 24 miliardi nel 2009, e 28 miliardi nel 2018, portandolo a 30 miliardi, fermo restando il limite annualmente definito in base alle effettive disponibilità di bilancio, destinando le risorse aggiuntive prioritariamente alle regioni che abbiano esaurito la propria disponibilità a valere sui citati 24 miliardi di euro.

Tale incremento appare insufficiente a fronte dei 32 miliardi più 1,5 per dotazioni strumentali che il suo stesso ministero, di concerto con le Regioni, ha evidenziato come fabbisogno complessivo per interventi da realizzare sul territorio nazionale e richiamato nel Patto per la Salute 2019-2021 (scheda n.7).

Sono peraltro legittimi forti dubbi sulla valutazione di tale fabbisogno complessivo vista l'assoluta deficienza di ideazione, prima ancora che di progettazione, da parte delle Regioni di quella rete di "Case della Salute" o "Sedi di attività distrettuali di assistenza di base, specialistica ambulatoriale ed assistenza sociosanitaria integrate", e della correlata riorganizzazione della rete ospedaliera, senza le quali il servizio pubblico è destinato a soccombere di fronte alle nuove esigenze e tecnologie assistenziali. E non parliamo della necessità che il patrimonio sanitario pubblico, ospedaliero e non, sia adeguato non solo alle norme antisismiche e antincendio, ma anche ai più elevati standard di sostenibilità ambientale, né dell'esigenza di sottrarre le finanze pubbliche al moltiplicatore di costi di realizzazione e gestione per alimentare profitti privati, costituito dalle pratiche di "Project financing", che bisogna decisamente interrompere.

Apparecchiature sanitarie dei medici di medicina generale

Nell'ambito dei 2 miliardi destinati all'aggiornamento tecnologico, il finanziamento di 236 milioni per apparecchiature sanitarie destinate a prestazioni dei medici di medicina generale, presentato come misura per contenere le liste di attesa, pone più di un interrogativo.

L'adesione delle organizzazioni dei medici di medicina generale può essere la ricerca di una maggiore dimensione clinica non espletabile in maniera compiuta senza tecnologie diagnostiche disponibili, sia di maggiori introiti tramite remunerazioni specifiche, essendo tali prestazioni aggiuntive a quelle connaturate al rapporto convenzionale.

Si rischia di scontare la mancanza di un'adeguata sperimentazione, di una sicura definizione dei protocolli diagnostici con la specialistica di secondo livello e di un'adeguata formazione per garantire l'adeguatezza tecnica.

Tali misure non possono sostituire quelle necessarie, in gran parte disattese, per finanziare e promuovere l'integrazione tra medici di medicina generale, servizi socio-sanitari e specialisti nei percorsi di presa in carico diagnostica ed assistenziale tramite la medicina di iniziativa nell'ambito delle Case della Salute.

Questo dovrebbe svolgersi in parallelo con l'integrazione tra ospedale e territorio e una rete di strutture territoriali di cure intermedie, senza cui le Case della salute, peraltro attuate parzialmente e solo in alcune Regioni, sono la riconversione di piccoli ospedali chiusi o il rifacimento di vecchi poliambulatori dentro l'accorpamento di grandi Aziende sanitarie Locali e grandi Distretti, contrario ad ogni logica di decentramento istituzionale e prossimità in un quadro già di grave arretramento democratico nella gestione delle Aziende sanitarie.

Se il finanziamento, come riportato nella relazione tecnica di accompagnamento alla legge di bilancio, venisse distribuito ai medici di medicina generale a prescindere dal fatto che operino in ambiti isolati, o in piccole aggregazioni, come è nella maggioranza dei casi, anziché in gruppi di lavoro multiprofessionali nelle Case della Salute, il rischio è di finanziare contratti di fornitura tra Aziende sanitarie e medici di medicina generale, nei quali si definiscono i budget di spesa e gli obiettivi prestazionali, trasformando le cure primarie in quella microaziendalizzazione che mette al centro il mercato e la compravendita delle prestazioni invece dell'obiettivo salute.

Il cambiamento culturale e operativo assolutamente necessario per sviluppare effettivamente la sanità d'iniziativa (pratica essenziale per affrontare l'emergenza delle malattie croniche) pone la necessità—ancor più della questione risorse—di una revisione del sistema formativo dei medici di medicina generale, anche attraverso l'istituzione di una vera scuola di specializzazione.

Misure a tutela di ambiente e salute

Affrontare anche sul lato fiscale il tema della tutela ambientale e della salute è necessario.

Le misure in tal senso proposte, cioè le accise sui tabacchi, le imposte sulle plastiche monouso, sui prodotti accessori per il tabacco da fumo e sulle bevande con zuccheri aggiunti, benchè timide, sono opportune e vanno mantenute resistendo alle pressioni delle lobby dei produttori.

Tuttavia, la leva fiscale non può essere considerata esaustiva della presa in carico della tutela dell'ambiente, degli interventi sulle esposizioni ambientali e della prevenzione per la salute individuale e collettiva.

Per la tutela dell'ambiente la sanità pubblica con le sue competenze specifiche necessita di un consistente potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e di una loro diffusione su tutto il territorio nazionale. Nel caso del tabagismo e dei consumi alimentari le misure fiscali devono essere finalizzate al sostegno finanziario dello sviluppo di programmi di educazione sanitaria nella medicina generale e dei Servizi per le Dipendenze, capaci di promuovere stili di vita salubri nei luoghi di vita, di lavoro e di studio, in tutte le fasce di età.

Lo stretto legame tra salute pubblica e qualità dell'ambiente (ancor più accentuato con la montante emergenza climatica) rende necessario il rafforzamento della collaborazione tra dipartimenti di prevenzione delle ASL e Agenzie ambientali, anche tramite la costituzione di nuove entità organizzative integrate ambientali-sanitarie, inserite nei servizi sanitari regionali, intervenendo attivamente su altri settori affinché la prevenzione attraversi nel concreto tutte le politiche a livello nazionale.

Conclusioni. Una politica al servizio della salute.

Le nostre considerazioni non esauriscono certo l'importante e vasto campo del rilancio del SSN come istituito dalla Legge 833/78 in attuazione del diritto fondamentale alla salute sancito dall' art 32 della Costituzione. Sono però sufficienti a proporre al Governo e alla sua maggioranza un atto di coraggio e responsabilità: portare la spesa sanitaria corrente e quella in conto capitale a livelli tali da consentire al SSN di adempiere al suo mandato istituzionale in maniera compatibile non con le risorse finanziarie definite da politiche di austerità, ma con obiettivi di salute, attraverso la promozione del decentramento amministrativo e della corresponsabilità tra Regioni e Stato centrale per assicurare e costantemente verificare qualità ed efficienza delle attività a tutela della salute individuale e collettiva.

Come suggerisce l'OCSE, la spesa per la salute deve in prospettiva aumentare più del PIL e su questo il Suo Governo dovrebbe prendere un impegno per i prossimi anni, tenendo presente che la spesa sanitaria ha un impatto positivo non solo sulla salute pubblica e sulla convivenza sociale ma anche sulla mera dimensione economica.

Siamo tuttavia consapevoli che è riduttivo concentrarsi sull'entità della spesa, senza affrontare la ripartizione del FSN tra le Regioni e il modo con cui viene speso.

Sul primo punto la ripartizione è attualmente effettuata esclusivamente in base a indicatori demografici e proponiamo di integrarli con indicatori riguardanti la deprivazione economica e sociale.

Sul secondo punto riteniamo che le maggiori entrate derivanti dall'abolizione delle agevolazioni fiscali per le spese sanitarie private come le abbiamo delineate, stimate fra i 3 e i 4 miliardi, come di altri introiti derivanti dalle imposte sui consumi che danneggiano la salute, debbano essere vincolate a obiettivi

qualificanti come la riduzione dei ticket, lo sblocco del turn over e delle assunzioni, la reinternalizzazione dei servizi esternalizzati a partire da quelli specificamente sanitari, il miglioramento della qualità dell'assistenza, riducendo la spesa derivante dal ricorso alla fornitura privata di intere filiere assistenziali, con la revisione dei processi di accreditamento e il controllo adeguato delle attività a contratto.

In una sua audizione al Parlamento Lei, signor ministro, ha affermato "Le mie linee programmatiche saranno radicate nell'impianto costituzionale del nostro Paese. Non va inventato un programma ma seguito quello che i padri costituenti hanno indicato con l'articolo 32".

Ma tra l'art. 32 e i giorni nostri, soprattutto negli ultimi anni, il diritto alla salute è diventato economicamente condizionato e subordinato, fino a giustificare e autorizzare i tagli lineari, il definanziamento programmato, l'apertura al privato, gli incentivi fiscali al welfare aziendale e ai fondi integrativi, spianando la strada a un sistema basato su più pilastri e al regionalismo differenziato che, anche nella versione meno estesa, mina alla base l'unitarietà del SSN, che può essere garantita solo dal governo democratico in un equilibrato rapporto tra Stato, Regioni e Comuni. Il regionalismo differenziato, insieme all'idea di una sanità privata complementare incentivata dallo Stato, alla regressione delle tutele, alla crisi fiduciaria dei cittadini, alla crisi profonda di professioni come quella medica, può portare la sanità all'infarto.

Per questo avanziamo le nostre proposte. Il bivio che abbiamo davanti è: operare per una semplice manutenzione o per un cambiamento?

Signor ministro, non tema di scadere nell'impossibile.

Associazione "Forum per il Diritto alla Salute"

Il Presidente

Angelo Barbato

Milano

E-mail dirba@tin.it

Telefono 347-4345931

