

CGIL

Salute fondamentale Diritto

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività
articolo 32 della Costituzione*

contro la crisi investire nei diritti

UN Servizio Sanitario Nazionale: pubblico, universale, di qualità basta tagli, dai piani di rientro alla buona sanità.

non solo (buoni) ospedali, assistenza e servizi 24 ore nel territorio

le proposte della CGIL

La manovra economica del Governo infligge colpi durissimi ai Livelli Essenziali di Assistenza della Sanità ed è perciò la prima ragione della nostra mobilitazione: in aggiunta ai quattro miliardi di tagli già inferti al Patto per la Salute del triennio 2010 – 2012, sono ora previsti oltre otto miliardi di tagli lineari al finanziamento per i prossimi anni e nuovi pesantissimi ticket. In pericolo anche l'Assistenza Sociale, colpita dai tagli ai fondi nazionali e ai comuni, e ora dalla delega fiscale, che cancella la legge 328 e taglia venti miliardi tra esenzioni e indennità a famiglie, anziani e disabili.

Insistere con i tagli lineari, invece che riqualificare la spesa, vuol dire “programmare” il disavanzo di tutte le regioni e stroncare il percorso di risanamento di quelle impegnate nei piani di rientro. La stessa Conferenza delle Regioni denuncia il rischio di estendere i piani di rientro a tutte le regioni.

Per questo siamo impegnati in una mobilitazione che riguarda tutto il Paese (e non solo la sanità) per cambiare la manovra del Governo, a partire dall'abolizione dei super ticket.

Colpire così duramente la sanità non è nemmeno giustificato dall'andamento della spesa e del finanziamento pubblico, che in Italia sono più bassi della media UE e dei Paesi OCSE.

Bisogna rovesciare questa impostazione regressiva, che considera il welfare e la sanità un peso invece che uno strumento anticiclico contro la crisi e un prezioso investimento per uno sviluppo di qualità. Non si tratta di negare l'esigenza di una manovra per ridurre il debito pubblico, che espone il nostro Paese ad un rischio default. Si tratta di decidere misure che non abbiano effetti depressivi e non intacchino la natura di bene pubblico e universale del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

E si tratta di agire in modo selettivo sulla spesa inappropriata, vera causa dei disavanzi, concentrati in alcune regioni, dove lo squilibrio finanziario è sempre associato ad un “disavanzo” nei LEA infatti, il problema vero della sanità italiana è il divario tra le Regioni.

Ecco perché, accanto ad una mobilitazione generale in tutto il Paese, crediamo serva una specifica iniziativa per le regioni impegnate nei piani di rientro, dove i tagli rischiano di fare danni irreparabili.

L'esperienza di questi anni segnala il pericolo che i Piani di Rientro, anziché agire sulle cause dei disavanzi, si riducano solo a manovre che colpiscono i cittadini e i lavoratori. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più "virtuose", i risultati di bilancio sono migliori se i LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, sono buoni. Viceversa, il bilancio soffre se soffrono i LEA. La via maestra del risanamento economico è dunque la riorganizzazione dei servizi, per rispondere in modo appropriato ai bisogni di cure e di salute, utilizzando bene le risorse a disposizione.

Il disavanzo diminuisce ma il finanziamento è insufficiente

Al IV trimestre del 2010 il disavanzo risulta diminuito rispetto agli anni precedenti, in particolare nelle regioni impegnate nei Piani di Rientro¹. Tuttavia, l'80% delle regioni arriva al pareggio di bilancio solo grazie a "manovre straordinarie": alcune sono dovute intervenire con *risorse proprie* (per circa un miliardo di euro), altre con *manovre fiscali aggiuntive e con ticket* (per circa due miliardi di euro). Questo segnala, anche, una sottostima del finanziamento nazionale, che può mettere a rischio gli stessi LEA per i cittadini.

E la situazione sarà ancora più critica nei prossimi anni, a causa dei tagli operati dal Governo. Il primo problema è dunque quello di ripristinare un livello di finanziamento adeguato. E ciò è utile e possibile anche come risposta anticiclica alla crisi.

Ma non basta agire sul livello del finanziamento, perché resta grave il divario tra le regioni.

Il recente decreto legislativo sul federalismo sanitario (68/2011) non aggrava, come si temeva, questo divario, ma la situazione è molto critica. Bisogna agire per colmare il gap: **va organizzato un vero e proprio percorso di convergenza**, che permetta di garantire ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale, come previsto esplicitamente dall'art 117 della nostra Costituzione.

Otto regioni (per ora) con il Piano di Rientro

Sono otto le regioni coinvolte dai Piani di rientro dai disavanzi sanitari: Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia che hanno deciso di prorogare il precedente Piano di rientro triennale (2007/2009) e dal 2010 Calabria, Piemonte e Puglia. La Sardegna non ha proseguito il piano di rientro 2007/2009 ma, essendo risultata inadempiente nel 2009, non ha ricevuto risorse residue congelate pari 14,8 milioni di euro.

Solo la Liguria è riuscita nell'opera di risanamento in tre anni. E' evidente che per ottenere effetti duraturi e incidere sulle cause dello squilibrio, la durata triennale è troppo breve. Come avevamo richiesto anche noi, ora è stato previsto siano prorogabili².

Una recente sentenza del TAR Abruzzo sul piano di rientro sanitario della regione, ha sollevato il problema dei "poteri" dei commissari *ad acta* e delle garanzie per i cittadini di ricevere l'assistenza sanitaria previste nei LEA. E potrebbe avere conseguenze in tutte le regioni. Non a caso la manovra del Governo interviene proprio sui poteri dei Commissari straordinari e sull'esercizio dei poteri sostituiti ex art. 120 comma 2 della Costituzione. La questione è assai delicata: riguarda le regole della democrazia, le forzature sono controproducenti. I piani di rientro - e tutti i processi di riorganizzazione dei servizi - devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione. Anche per questo insistiamo per **superare i commissariamenti**, ristabilire una funzione degli organismi eletti dai cittadini e aprire finalmente un vero confronto con le parti sociali.

Piani di Rientro e Piani di Salute

L'utilità dei piani di rientro è fuori discussione, sono serviti anche per evitare il rischio di un vero e proprio "default". Ma è evidente che i piani non possono reggere a lungo - e nemmeno produrre risultati duraturi - se restano fondati solo su tagli, imposte aggiuntive e ticket, che costituiscono per i cittadini un peso difficilmente sopportabile. Anche perché i percorsi di risanamento non sono brevi.

Da un'analisi dei Piani 2007/2009, si evidenzia che, anziché agire sulle cause dei disavanzi, sono stati sostenuti principalmente da ricavi aggiuntivi per oltre il 50%: addizionali fiscali, ticket e fondo statale (**vedi i grafici Figura 1**).

¹ Vedi Corte dei Conti Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica

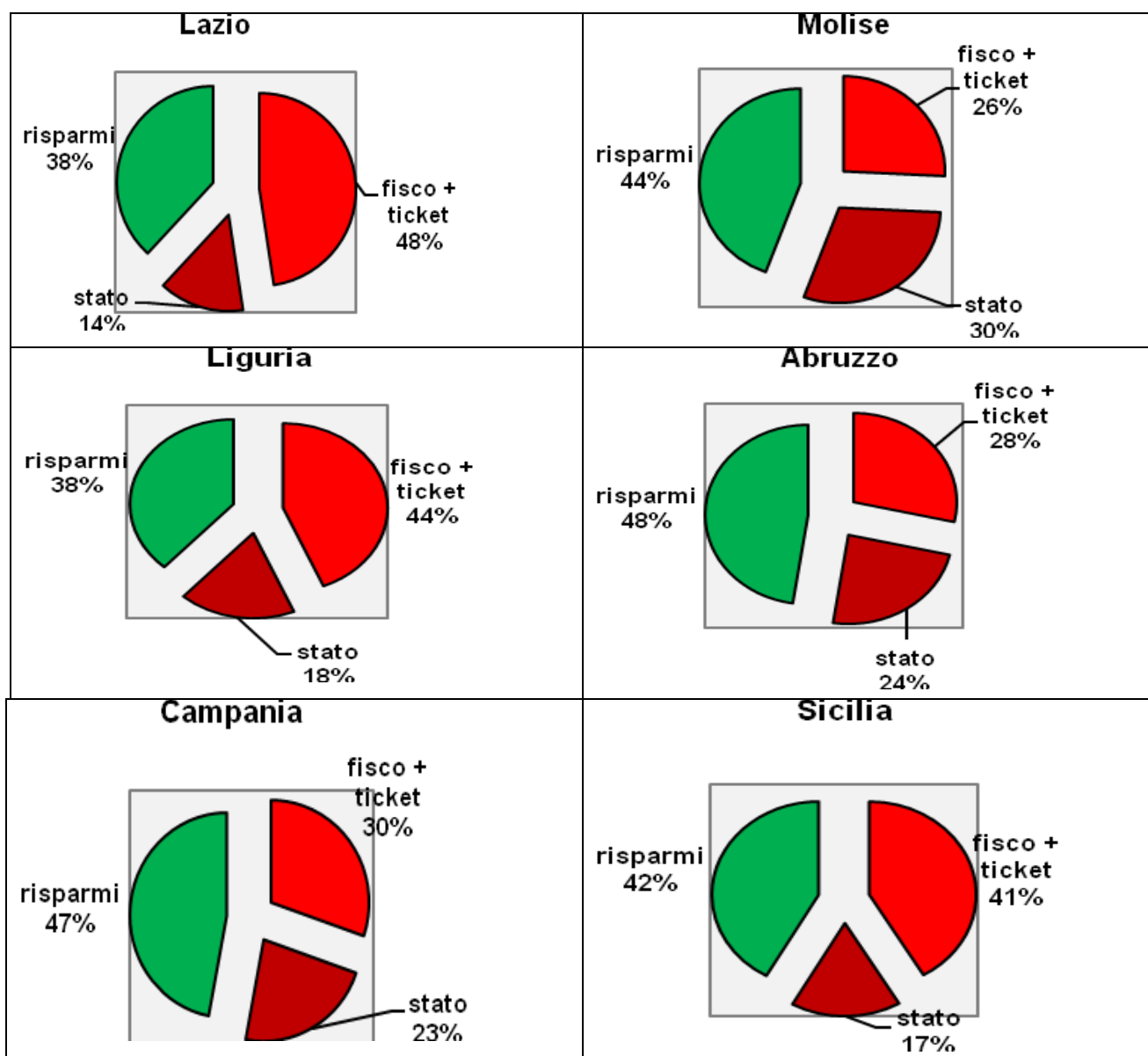
² Art. 2 comma Legge 191/2010 - Patto per la Salute 2010/2012

I risparmi, per quanto è stato possibile verificare, provengono da fonti dominabili immediatamente - farmaceutica convenzionata e personale in particolare - e molto meno dalla regolazione delle strutture private accreditate e dalla riconversione della rete ospedaliera, i cui effetti sono meno immediati ma certamente più stabili e duraturi. Inoltre, vi è la tendenza a operare con “tagli lineari” anziché con risparmi selettivi. Nei programmi operativi 2010 la situazione è analoga. Così non si incide sulle cause strutturali dei disavanzi.³ E, cosa ancor più grave, spesso quando si chiudono strutture non si offrono servizi alternativi, compromettendo i LEA offerti ai cittadini.

La riduzione dei disavanzi sembra dunque frutto di un mix “poco virtuoso”: tasse, ticket e tagli lineari. Mentre, come è dimostrato nelle regioni più “virtuose”, il risanamento dei conti è strettamente collegato alla riqualificazione dei servizi per rendere più appropriata l’offerta. Lo dimostra la coincidenza tra buoni risultati di bilancio e migliore qualità dell’assistenza⁴

Bisogna dunque affiancare ai Piani di Rientro dai disavanzi dei veri e propri Piani di Salute, per garantire i LEA in modo appropriato, e così facendo contribuire al risanamento.

Figura 1 Composizione dei Piani di Rientro 2007/2009 per tre “macro voci”⁵: ricavi aggiuntivi da fisco e ticket, ricavi aggiuntivi da fondo statale, risparmi



³ Vedi anche la sezione sui Piani di Rientro sul web del Ministero della Salute - <http://www.salute.gov.it/pianiRientro/homePianiRientro.jsp>

⁴ Vedi ad esempio: Documento CGIL “sanità e federalismo, diritti e risorse” 1.12.2010 e Rapporto 2011 del Ministero della Salute sul rispetto degli adempimenti LEA 2009

⁵ Fonte: Ministero della Salute Dipartimento generale della Programmazione sanitaria, dei LEA, e dei principi etici di sistema - Ufficio VI. Delibere Giunte Regionali relative ai Piani di Rientro 2007 /2009 e ai Programmi di attività 2010

Bilancio economico e bilancio assistenziale

Gli ultimi dati pubblicati a marzo 2011 dal Ministero della Salute sul *monitoraggio dei LEA* (Documento "[Adempimento mantenimento dell'erogazione dei LEA - anno 2009](#)") confermano il nesso tra bilancio economico e bilancio assistenziale .

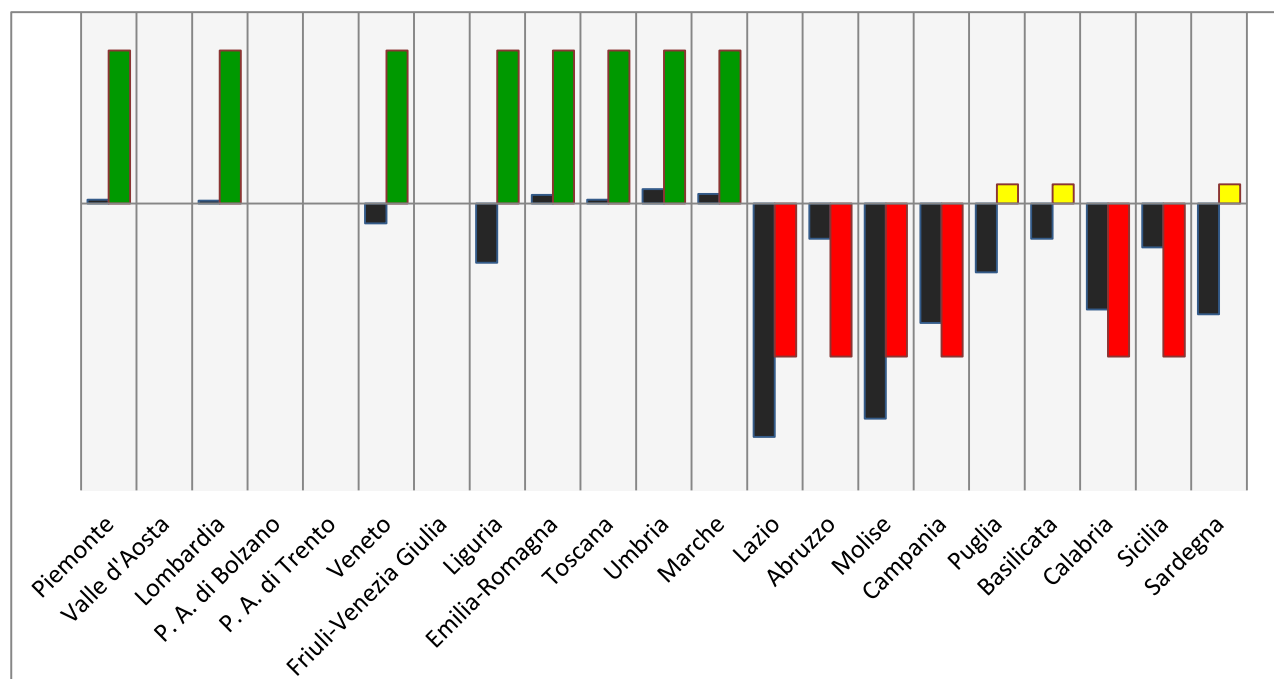
Nelle regioni dove si concentrano i disavanzi sanitari più gravi e persistenti, contemporaneamente, si registrano le peggiori condizioni nell'erogazione dei LEA. Al contrario, in quelle in equilibrio di bilancio l'erogazione dei LEA risulta "migliore" (**vedi Figura 2**).

- Le prime cinque regioni adempienti nell'erogazione dei LEA (Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Toscana e Umbria) registrano un risultato economico positivo. Anche Liguria e Veneto risultano adempienti sui LEA ma non sono in pareggio di bilancio.
- Tre regioni (Basilicata, Puglia e Sardegna) risultano essere "adempienti con impegno su alcuni indicatori", devono cioè migliorare alcuni aspetti nell'erogazione dei LEA.
- Le sei regioni che sono risultate non adempienti sui LEA (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise e Sicilia) sono tutte con disavanzo economico e Piano di Rientro.

Figura 2 - Il nesso tra il risultato di bilancio e il risultato della valutazione LEA⁶

- La colonna **NERA** indica il BILANCIO: per ogni regione il risultato economico
- La colonna **VERDE** indica i LEA : le regioni *adempienti* nella valutazione LEA
- La colonna **GIALLA** indica i LEA : le regioni *parzialmente adempienti* nella valutazione LEA
- La colonna **ROSSA** indica i LEA : le regioni *inadempienti* nella valutazione LEA

Le regioni con i risultati di bilancio "migliori" (la colonna nera è prossima alla linea orizzontale del pareggio di bilancio) **sono anche quelle con una migliore valutazione sui LEA erogati** (presenza di colonne verdi)



⁶ Fonte: Ministero della Salute marzo 2011: Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia – Metodologia e risultati dell'anno 2009 (Regioni a statuto ordinario)

Dalle piattaforme sindacali un nuovo orientamento per qualificare i servizi e per i Piani di Rientro

Il nesso tra bilancio economico e bilancio assistenziale costituisce un'indicazione precisa per orientare le scelte sulla riorganizzazione della sanità, in tutte le regioni e in particolare in quelle impegnate nei Piani di rientro. Non a caso tutte le Piattaforme presentate dal Sindacato confederale per il confronto con le Giunte regionali⁷ insistono per collegare il risanamento economico alla riqualificazione appropriata dei servizi, affrontando alcuni nodi critici:

- 1. il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera, e la sua riconversione per aprire servizi nel territorio;**
- 2. il potenziamento della prevenzione, dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare), delle cure primarie (e della sanità d'iniziativa);**
- 3. l'integrazione fra ambito sociale e sanitario;**
- 4. il governo rigoroso degli accreditamenti, riconducendo l'offerta entro i limiti della programmazione pubblica, e delle spese per beni e servizi, e garantendo i diritti del lavoro;**
- 5. il governo dell'assistenza farmaceutica (convenzionata e oggi ancor di più ospedaliera)**

Si tratta di processi di riorganizzazione che devono continuare nelle regioni "più virtuose" e che sono vitali per quelle in disavanzo, perché rispondono in primo luogo alla trasformazione della domanda di cure e di salute, legata alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità) e quindi orientano verso un utilizzo più appropriato delle risorse a disposizione, come raccomandato dalla stessa Unione Europea⁸.

Le scelte da compiere impongono coraggio, riguardano questioni delicate: le condizioni dei lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali. Tuttavia, dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di riconversione, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico finanziari. Infine, non va dimenticato che la riqualificazione dei SSR e il controllo rigoroso degli accreditamenti sono "*antidoti*" contro le stesse infiltrazioni criminali cui è esposto un settore "economicamente attraente" come la sanità.

Investire nel cambiamento

Le misure che producono una reale riorganizzazione dei servizi vanno sostenute anche con investimenti ad hoc, perché la fase di riconversione ha alcuni costi aggiuntivi, necessari anche per ottenere successivamente risparmi stabili e duraturi e hanno bisogno di partecipazione.

Più partecipazione

Investire nel cambiamento significa promuovere la partecipazione attiva dei cittadini ai processi decisionali ed operativi relativi alla salute, attraverso l'utilizzazione della loro soggettività, delle varie forme di organizzazione collettiva e di rappresentanza locale, delle attività dei movimenti per la riduzione delle disuguaglianze e per la costruzione di contesti ambientali più salubri. Assumere l'esperienza viva degli utenti, dei care-givers e di tutti i cittadini come un sapere prezioso ed insostituibile che deve entrare a far parte a pieno titolo dell'orizzonte culturale e dei presupposti operativo del sistema sanitario e delle sue articolazioni.

Per questo la CGIL propone, accanto alle piattaforme regionali, una Piattaforma nazionale rivolta a sostenere le iniziative sulle politiche socio sanitarie in tutte le regioni e in particolare per dare un nuovo orientamento ai Piani di Rientro

⁷ Vedi Piattaforme regionali e Sintesi delle vertenze regionali socio sanitarie - Documento CGIL 1 dicembre 2011

⁸ Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale» - luglio 2010 - Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 11.2.2011

La Piattaforma nazionale della CGIL⁹

rivolta a Governo e Conferenza delle Regioni

In primo luogo bisogna adeguare il fabbisogno e abolire il super ticket da 10 euro. Il nuovo Patto per la Salute per il 2013/2015 può rivedere la manovra e adeguare il finanziamento per garantire i LEA in tutte le regioni (La Conferenza Regioni pur rispettando i saldi della manovra propone +2.500 milioni di euro nel 2013 e +5000 milioni di euro nel 2014 e l'accisa tabacchi per abolire il super ticket).

Inoltre, per sostenere la riqualificazione continua dei servizi in tutte le regioni, per garantire i LEA in tutto il territorio nazionale e dare un nuovo impulso ai piani di rientro,

proponiamo:

Investire nel cambiamento: con una specifica linea di finanziamento, in conto capitale e corrente, vincolata ai piani di riqualificazione dei servizi; in particolare per sostenere la riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi distrettuali, e l'integrazione tra sociale e sanitario. Al posto di servizi giudicati inappropriati, si tratta di offrire, contestualmente, servizi alternativi, con una riconversione mirata ai bisogni di assistenza del territorio. **Priorità di investimento: cure primarie, visite ed esami nei Centri Socio Sanitari aperti "h 24" e inseriti anche nella rete dell'emergenza, Sanità d'iniziativa (Chronic Care Model), Non Autosufficienza¹⁰.**

Per questo serve una "massa critica" adeguata: tra risorse "nuove" e risorse ricavabili finalizzando più fondi, ad esempio:

- parte delle risorse vincolate del Piano Sanitario Nazionale e dei Progetti cofinanziati;
- quota dei FAS e dei FSE dedicabili ai servizi socio sanitari, secondo il modello degli Obiettivi di Servizio, in particolare per quanto riguarda la non autosufficienza; lo sviluppo e l'integrazione dei servizi territoriali.
- parte dei fondi spettanti alle regioni ma "congelati" per inadempienze (quasi tre miliardi anni 2009/2010) - che devono essere sbloccati purché vincolati alla riorganizzazione/riconversione dei servizi;
- fondo investimenti per l'innovazione edilizia e tecnologica sanitaria (ex art. 20 Legge 68/88), al quale vanno riassegnate le risorse tagliate con le ultime manovre finanziaria;
- fondi INAIL deliberati per l'attuazione delle Linee guida per le Politiche sanitarie;
- risparmi che devono restare nelle disponibilità delle regioni

Infine, occorre stanziare finalmente le risorse aggiuntive previste dal V comma dell'art 119 della Costituzione, anche in funzione del percorso di convergenza (superamento del divario nord/sud) previsto dai decreti attuativi la legge 42/2010 sul federalismo.

Chi lavora sostiene il cambiamento: sbloccare effettivamente il turn over per garantire l'erogazione dei LEA, confermando la contrattazione quale strumento di sostegno alla riconversione/riqualificazione dei servizi.

⁹Sulle proposte per le politiche socio sanitarie vedi anche i seguenti documenti:

[CGIL "sanità e federalismo, diritti e risorse" 1.12.2010,](#)

[CGIL: Linee Guida per la Contrattazione Sociale – gennaio 2011](#)

¹⁰ Vedi documento CGIL settembre 2011: "Le nuove cure primarie nei centri sanitari h 24"

Rendere socialmente sostenibili i Piani di Rientro: deve essere possibile sostituire alcuni interventi “punitivi” previsti nei piani di rientro (che più gravano sui cittadini e sui lavoratori, in particolare: tasse e ticket aggiuntivi, blocco assunzioni) con altre misure che producano un risultato economico corrispondente.

Usare i risparmi anche per nuovi servizi: Parte dei risparmi ottenuti, anche con i con i piani di rientro, vanno assegnati alla copertura del disavanzo e parte alla riconversione per aprire servizi alternativi a quelli chiusi. Mantenere nelle disponibilità delle regioni le risorse provenienti dai risparmi, anche se previsti dalle manovre economiche nazionali.

I LEA Livelli Essenziali di Assistenza prima di tutto: elevare al rango di “sistema di garanzia costituzionale” il monitoraggio sui LEA, come previsto dall’ultimo Patto per la Salute e dal D.Lvo 68/2011 sul federalismo. La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve pesare quanto quella sui bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni.

E accanto al monitoraggio “quantitativo”, delle performance e dell’assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull’appropriatezza e sugli esiti.

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.

Aprire alla partecipazione democratica: formalizzando una sede di confronto nazionale e sedi di confronto in tutte le regioni, con una specifica attenzione ai Piani di Rientro. Nel rispetto delle prerogative istituzionali, occorre informare e coinvolgere anche le parti sociali, e promuovere la partecipazione attiva dei cittadini, sulla costruzione delle decisioni, compreso l’andamento dei piani, fornendo informazioni trasparenti e tempestive.

