Il Servizio Sanitario Nazionale sotto il giogo della finanza pubblica

Nuovi tagli al comparto sanitario potranno incidere sulla qualità del servizio e su un ulteriore aumento delle tasse. A ricordarlo è la Corte dei Conti mentre la legge di Stabilità sfronda di quattro miliardi il comparto a cui vanno aggiunti 1,2 miliardi ereditati dai governi precedenti

Paletta rossa del vigile in una mano e forbici nell'altra. Potrebbe essere questa l'immagine del Governo italiano da molti (forse troppi) anni in fatto di sanità. L'accordo Stato-Regioni prevede infatti l'azzeramento dei 2,3 miliardi di aumento previsti per il 2015 del Fsn nonché ulteriori sforbiciate fino a toccare quota 5,2 miliardi. Ma scagliarsi contro il governo Renzi non sarebbe del tutto corretto: oltre ai 4 miliardi di tagli previsti dalla Legge di Stabilità si sommano infatti 1,2 miliardi ereditati dai governi precedenti. Ciò non toglie che la rinuncia all'aumento del Fsn pesi come un macigno sul futuro dell'assistenza sanitaria. Lo stesso presidente della Conferenza Stato-Regioni, **Sergio Chiamparino** ha tenuto a sottolineare di accettare con riserva il taglio del Fondo: "Per un anno si può accettare un onere di questo genere. La corda può essere tirata solo nella prospettiva di tornare a lavorare per garantire nel 2016 il livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute". Critico invece il governatore del Veneto **Luca Zaia** che ha annunciato di voler ricorrere alla Corte costituzionale: "Sconcerta molto il favore riservato alle ricche province autonome di Trento e Bolzano: il contributo ad esse richiesto risulta solo di 46 milioni di euro. Il criterio per ripartire il taglio viene infatti individuato per le Regioni ordinarie prevedendo che il peso maggiore vada a carico di quelle con un Pil più elevato, ma non di Trento e Bolzano che hanno il Pil più elevato d'Italia. Questo criterio penalizza gravemente e indebitamente il Veneto, in quanto non colpisce gli sprechi che abbondano in molte Regioni, ma i sistemi virtuosi. Anziché tagliare i privilegi delle Regioni speciali, gli sprechi delle altre Regioni e la spesa eccessiva dei ministeri centrali, si tagliano in modo speciale le Regioni ordinarie virtuose".

La Corte dei Conti avverte

Tagli, qualità del servizio e sostenibilità del Ssn sono temi sempre caldi e se la Legge di Stabilità ha rinforzato l'idea che le questioni di finanza pubblica dominino le scelte governative anche per un comparto sensibile come quello della sanità pubblica, la Corte dei Conti su questa questione ha avuto la mano pesante: "nuovi tagli potranno incidere sulla qualità del servizio e su un ulteriore aumento delle tasse". È quanto emerge dal report della Corte dei Conti su "Le prospettive della finanza pubblica dopo la legge di stabilità". Si legge nel documento: "L'allentamento del vincolo finanziario poteva consentire di affrontare con più facilità nodi irrisolti (revisione dei Lea, finanziamento delle strutture sanitarie, revisione dei criteri di riparto delle risorse tra le Regioni, revisione delle compartecipazioni alla spesa, un ripensamento delle esenzioni), che il nuovo Patto della salute ha solo elencato rinviandone la definizione. Elementi

che, se non risolti, rischiano di alimentare nuovi squilibri e di incidere negativamente sulle aspettative della popolazione".

I suggerimenti della Commissione Igiene e Sanità

Come uscire da questo vortice, da questo abbraccio mortale tra esigenze di finanza pubblica e ripensamento della sanità? Ci viene in soccorso l'indagine di sostenibilità del Ssn già conclusa alla Camera, condotta dalla Commissione Bilancio e Affari Sociali, e ora in via di definizione al Senato, gestita dalla Commissione Igiene e Sanità. I due relatori, la democratica **Nerina Dirindin** e il forzista **Luigi D'Ambrosio Lettieri**, hanno consegnato ai colleghi di commissione un *draft* di aggiornamento che fa il punto sullo stato di avanzamento delle riflessioni sviluppate a tutto il mese di settembre 2014. Se da un lato l'indagine mette in mostra una esclusiva in fatto di decisioni sanitarie di Governo e Regioni, dall'altro evidenzia un'assenza spaventosa di politiche sanitarie nelle agende dei governi. È quindi possibile (quanto auspicabile) una "rivincita" del Parlamento, luogo del dibattito o anche solo dell'informazione di merito sui temi della sanità. La ricerca fa luce sui numerosi interventi di contenimento della spesa effettuati in questi anni e mostra come la tendenza a tagliare sia chiodo fisso dei nostri governanti. Recita così il testo condiviso dai senatori: "non è sufficiente un Patto per la Salute denso di impegni per il futuro, ma di difficile realizzazione in assenza di un concreto impegno dell'intero sistema di governo (nazionale e regionale) sui temi della salute, e non solo in termini finanziari, per rallentare il processo di logoramento".

Un quadro quantomeno confuso, che può però ripartire dalle conclusioni che la Commissione rilancia per riflettere sul futuro del Ssn. Dalla necessità di investire fortemente sull'assistenza territoriale (anche in relazione all'aumento delle patologie croniche) all'attenzione da riservare alle forme di protezione integrativa; dalla necessità di un piano straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (soprattutto nelle regioni più fragili), alla ridefinizione dei nuovi Lea: la completezza dell'offerta, dell'accessibilità delle cure e dell'equità del sistema sono centrali, soprattutto nelle Regioni soggette a piano di rientro. Senza trascurare i grandi "dimenticati" della sanità: il personale del Ssn.
Blocco totale o parziale del turnover, blocco delle procedure contrattuali, blocco della indennità di vacanza contrattuale (congelata al 2013), blocco dei trattamenti accessori della retribuzione, contenimento della spesa per il lavoro flessibile, riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici: la sostenibilità del sistema sanitario passa anche attraverso la riqualificazione del personale, risorsa grazie alla quale il sistema può funzionare. L'età media è salita dal 2001 al 2007 di circa 3 anni, da 47 a 50 anni e anche per questo la Commissione ritiene urgente la definizione di un piano di programmazione per le risorse umane, che preveda una accurata revisione dei vincoli vigenti introducendo elementi di flessibilità, favorendo l'inserimento di nuove leve di operatori, rimodulando il *turnover*, ipotizzando forme di staffetta intergenerazionale e superando il blocco dei contratti.

Long term care, un gap da colmare

Secondo quanto sottolineato nel documento di aggiornamento elaborato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, il nostro Ssn rispetto agli altri servizi sanitari europei mostra un grande *vulnus* sull'assistenza territoriale post acuzie e sulla residenzialità.

"L'Italia non ha ancora colmato il gap che la separa dal resto dell'Europa in merito all'offerta di servizi e strutture per il long term care - si legge nel documento - *evolvendo allo stesso tempo verso maggiori standard di efficacia e garantendo la sostenibilità finanziaria delle cure. Nel nostro Paese, in più della metà dei casi (64%) è la famiglia a occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche. Non a caso, l'Italia è il Paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo. Le famiglie devono così provvedere all'anziano in modo autonomo, ricorrendo al supporto informale dei figli (89% dei casi) e/o di assistenti familiari (il 60% ricorre alle cosiddette badanti): ciò comporta un impegno in termini di tempo e di risorse finanziarie, senza contare che spesso le famiglie sono costrette ad assumere le badanti attraverso canali "informali", spesso con forme diffuse di irregolarità lavorativa e senza garanzie sulla loro professionalità e affidabilità. Si tratta di una prospettiva che richiede un rafforzamento del ruolo della prevenzione, una profonda integrazione socio-sanitaria, una rimodulazione dell'offerta assistenziale a favore del mantenimento della persona al proprio domicilio. In tal senso, la riorganizzazione della rete ospedaliera dovrebbe accompagnarsi al potenziamento di strutture di degenza post-acuta e di residenzialità, a uno sviluppo dell'assistenza territoriale che agevoli la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il reinserimento nell'ambiente di vita e il miglioramento della qualità dell'assistenza".*