

Mercoledì, 10 Aprile 2019, 13.30

Doctor33

POLITICA E SANITÀ

Home / Politica e Sanità / Palermo (Anaa): contratti fermi e sanità alternative mine su diritto alla salute

apr
10
2019

Palermo (Anaa): contratti fermi e sanità alternative mine su diritto alla salute

TAGS: CONTRATTI, ANAAO, CARLO PALERMO, DIRITTO ALLA SALUTE



In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e negli esiti di salute, appare fondato il pericolo che vengano meno i concetti di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo irreversibile tra Nord e Sud. Il diritto alla salute cesserebbe di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, che diventa così la fonte primaria del diritto, con una perdita complessiva di coesione sociale dove differenze già presenti con l'attuale federalismo diventano divaricazioni. Un'ipotesi che l'Anaa respinge con forza, in qualunque modo declinata. **Carlo Palermo** segretario Anaa Assomede a margine del convegno "La tempesta perfetta", spiega perché «l'unitarietà del Servizio sanitario nazionale in un contesto federalista esige la presenza di fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato con indicatori diversi da quelli demografici che tengano conto delle condizioni di deprivazione sociale, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei (Leo), l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali». L'appello arriva mentre Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sono in pole per ottenere l'autonomia dal Parlamento. Con quali contraccolpi per il resto del paese? «Secondo la Ragioneria dello Stato, le competenze rivendicate in sanità dalle tre regioni valgono circa 1 miliardo di euro, e da qualche parte le risorse dovranno essere sottratte. Le autonomie

incrementali si portano dietro un evidente rischio di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale e il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale e le relative disegualianze. Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale. E resta la necessità di dare un segnale forte alle Regioni, in particolare del centro-sud, che presentano gravi ritardi nell'erogare i Lea e livelli inaccettabili di inefficienza nell'uso delle risorse, valorizzando le politiche sanitarie nazionali e i sistemi di verifica e controllo».

Voi siete impegnati sul contratto, quale ruolo può avere nel rilanciare l'attrattività del lavoro in corsia? «Tra i problemi del Ssn non c'è solo la carenza di specialisti. A causa di una scriteriata programmazione dei fabbisogni negli ultimi 10/15 anni, c'è un preoccupante impoverimento del lavoro in termini professionali, economici e dei diritti: un lavoro che nessuno vuole più fare a causa del depauperamento degli organici, dell'incremento dei carichi e della perdita di valore. Gli organici ridotti pesano in particolare nei settori H24 e nei PS, peggiorando le condizioni fino a rendere la pensione un traguardo agognato. "Quota 100", malgrado le penalizzazioni, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età. Per gli ospedali, già ora in debito d'ossigeno, presto tre dinamiche concomitanti raggiungeranno l'apice: il turnover peggiorato dalla disaffezione tra i medici di prima linea, costretti a turni e condizioni usuranti; l'onda lunga di "Quota 100" destinata ad accelerare le uscite per quiescenza; gli effetti della flat tax con aliquote al 15 e 20% che sospingerà molti camici bianchi verso l'extramoenia o verso la medicina privata o quella convenzionata, meno logorante e più redditizia rispetto a un lavoro dipendente tassato fino al 45% e sottoposto ad un blocco contrattuale decennale».

Cosa propone Anaa Assomede? «Il blocco degli stipendi, vero fattore di equilibrio dei conti pubblici gli anni passati, rappresenta in tutta evidenza un fattore di crisi che aggrava le uscite pensionistiche favorendo il lavoro nel privato o all'estero. La ricostruzione della dignità economica dei medici e dirigenti sanitari pubblici è la chiave per tentare di salvare il SSN. Occorre migliorare i livelli retributivi oramai non competitivi con il resto d'Europa e ridurre turni disagiati, notturni e festivi, e reperibilità. Nei prossimi 5 anni il fabbisogno di nuovi medici nei paesi Ue sarà di almeno 250.000 unità e già ora le offerte avanzate ai nostri giovani laureati sono molto allettanti. Urge chiudere rapidamente il contratto 2016-18 senza tagli a quanto dovuto; agganciare al contratto l'utilizzo delle risorse previste con il comma 435 della Legge di Bilancio 2018; permettere lo sblocco della Retribuzione individuale di anzianità con un accordo tra Regioni, sindacati e Ministeri di Salute, Economia e Funzione Pubblica per remunerare adeguatamente il disagio e costruire una carriera con prospettive di crescita professionale ed economica; valorizzare l'indennità di esclusività ferma ai valori del 2000; trasferire i redditi da libera professione intramoenia, individuale e di azienda, al regime autonomo, come fatto per gli insegnanti, e detassare il salario di produttività, come concesso ai lavoratori privati».

Negli ultimi anni tra vincoli di stabilità e crescita della spesa sanitaria privata, giunta a 40 miliardi, si è rilanciata la necessità di un secondo e terzo pilastro... «Non sono contrario a fondi, mutue, assicurazioni o accordi di welfare aziendale che sviluppino attività sanitarie sostitutive di quelle garantite dal SSN. Non capisco, però, perché un interesse individuale o di gruppi di lavoratori vada sostenuto con detrazioni fiscali fino a 3.600 euro quando la spesa SSN media pro-capite è di circa 1.900 euro. Si riducono così il gettito fiscale generale e anche la possibilità di finanziare il SSN. Anzi i cittadini rischiano di pagare due volte le prestazioni, prima con la fiscalità generale poi con le quote di adesione ai fondi. Se sommiamo queste detrazioni con quelle di cui i cittadini godono per l'acquisto di farmaci e altre prestazioni si arriva a circa 4 miliardi di riduzione del gettito fiscale generale, con evidenti profili di iniquità, rappresentando il risparmio di alcuni un onere di tutti, anche dei meno abbienti. E' necessario mantenere vantaggi individuali in una fase difficile nei finanziamenti della sanità pubblica? Ho molti dubbi poi sulla appropriatezza delle prestazioni offerte ai sottoscrittori di fondi o polizze sanitarie. In particolare per i pacchetti di prevenzione, il rischio di sovra-diagnosi è evidente sia per la popolazione a cui è offerta l'esecuzione dei test, per esempio PSA a maschi al di sotto dei 50 anni, sia per la tempistica della ripetizione di esami che appare molto ravvicinata rispetto alle indicazioni delle società scientifiche. Le procedure diagnostiche per approfondire i "falsi positivi" ricadrebbero in gran parte sul SSN, con ulteriore intasamento dei servizi e aumento dei costi».

Può vivere una assicurazione che copra solo prestazioni integrative? «A mio parere andrebbe individuato un paniere di prestazioni sanitarie realmente integrative, cioè extra LEA, e concedere le detrazioni fiscali solo per i fondi con attività, almeno per l'80%, rivolte alla loro copertura. Il gettito fiscale recuperato potrebbe servire a coprire i nuovi LEA e alle politiche assunzionali del personale e di sviluppo tecnologico necessarie per ridurre le liste d'attesa».

Mauro Miserendino