

Autonomia: medici, rischio strappo definitivo tra Nord e Sud**Palermo (Anaa), minaccia esistenza Servizio Sanitario Nazionale****ROMA**

(ANSA) - ROMA, 05 APR - "Il neo-federalismo a geometria variabile, che il nuovo Governo intenderebbe assecondare", può far "venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud". E' l'allarme che arriva dall'Anaa, principale sindacato dei medici della sanità pubblica, in occasione del convegno "La tempesta perfetta", tenutosi oggi a Roma.

Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, carenze in termini di accessibilità e qualità. La "tempesta perfetta" che lo ha investito, sottolinea Carlo Palermo, segretario nazionale Anaa, "nasce dall'onda lunga del definanziamento e si nutre dell'esplosione dei fondi sanitari", carenza di specialisti ed errori nella programmazione. Ma rischia di essere definitivamente esser messo ko dalle "spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale" dietro le quali si nasconde il rischio di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale con relative diseguaglianze". Con le Autonomie regionali, in un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, "il diritto alla salute cessa di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, con una perdita complessiva di coesione sociale ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere", a "scapito - conclude Palermo - della stessa unità nazionale". (ANSA).

YQX-DR/

S04 QBKN



Roma, 4 aprile 2019 - Il Servizio Sanitario Nazionale a distanza di 40 anni dalla sua nascita vive una crisi che rischia di portarlo al punto di non ritorno, e quindi alla incapacità di rispondere ai suoi caratteri costituenti così come disegnati dalla Legge 833/78. Non solo a causa di un definanziamento che aumenta il gap con i Paesi europei a noi comparabili, ma per un combinato disposto che trova la sua dirompente novità nel convergere, contemporaneo e sinergico, di tre fattori.

Il primo è costituito da una carenza strutturale di specialisti, che sta vuotando le corsie ospedaliere condannando alla chiusura i servizi sanitari periferici. Carenza figlia di un vuoto di programmazione e del peggioramento inarrestabile delle condizioni di lavoro dei professionisti che fuggono verso il privato e o il pensionamento, cui potranno accedere in pochi anni 5 coorti di età.

Il secondo dalla resistibile ascesa di secondi e terzi pilastri, e quindi intermediazione finanziaria e assicurativa, che, con un marketing arrebbante, mirano a legare il diritto alla salute al censo.

Il terzo da una spinta all'aumento di autonomia delle Regioni, che si muovono in direzione contraria alla necessità di ridurre diseguaglianze di salute che rischiano di trasformarsi in divaricazioni territoriali minando la coesione sociale del Paese.

Il Convegno dell'Anaa Assomed che si svolgerà venerdì 5 aprile presso la Residenza di Ripetta alle ore 11.00, ha lo scopo di analizzare le dinamiche sottese a questi fenomeni per proporre alternative ai decisori politici.

Sabato, 06 Aprile 2019, 08.11

Doctor33

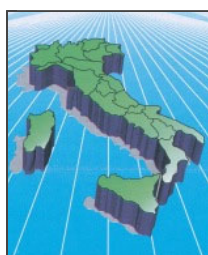
POLITICA E SANITÀ

Home / Politica e Sanità / L'allarme Anaao: fondi integrativi e autonomia regionale distruggono Ssn

apr
5
2019

L'allarme Anaao: fondi integrativi e autonomia regionale distruggono Ssn

TAGS: Ssn, ANAAO, FONDI INTEGRATIVI, AUTONOMIA REGIONALE



Il diritto alla salute va tutelato a livello nazionale, altrimenti sono forti i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese. E' il messaggio che giunge dai medici ospedalieri del sindacato Anaao Assomed al convegno romano "la tempesta perfetta del Servizio sanitario nazionale", presenti il presidente della Conferenza delle Regioni **Stefano Bonaccini**, l'ex ministro della Salute **Renato Balduzzi**, il capogruppo M5S alla Camera **Manuel Tuzi**. L'Anaao Assomed, anche nelle conclusioni affidate al Segretario **Carlo Palermo**, è critica verso federalismo, sanità pseudo-integrative del Ssn, rattoppi per ovviare alla carenza di personale negli ospedali. Molto forte il no a secondi e terzi pilastri, pur sostenuti da numeri che indicano come il 91% dei 40 miliardi spesi dai cittadini per servizi sanitari sia sborsato di tasca e solo un 9% sia mediato da assicurazioni. Nel mirino la crescita di mutue integrative. «Con il welfare aziendale la classe operaia baratta salario con benefit, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare con evidenti i profili di iniquità, poiché il risparmio di imposta per alcuni è un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti», recita il comunicato Anaao. E contrattacca: potrebbe anzi fare bene alla sanità pubblica recuperare la spesa da mancate entrate fiscali derivanti dai benefici concessi ai fondi sanitari (quasi 4 miliardi annui di detrazioni per gli assicurati). Il maggiore sindacato dei medici ospedalieri inoltre dice no al neo-federalismo "a geometria variabile",

quello delle regioni "autonomiste" (ormai non solo Veneto, Emilia Romagna e Lombardia) che il nuovo Governo intenderebbe assecondare. La svolta federale «presenta tre rischi: favorire le spinte verso l'egoismo territoriale e il sovranismo regionale, ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e aumentare le disegualianze Nord-Sud con i rischi di uno strappo definitivo. L'unitarietà del Ssn in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali».

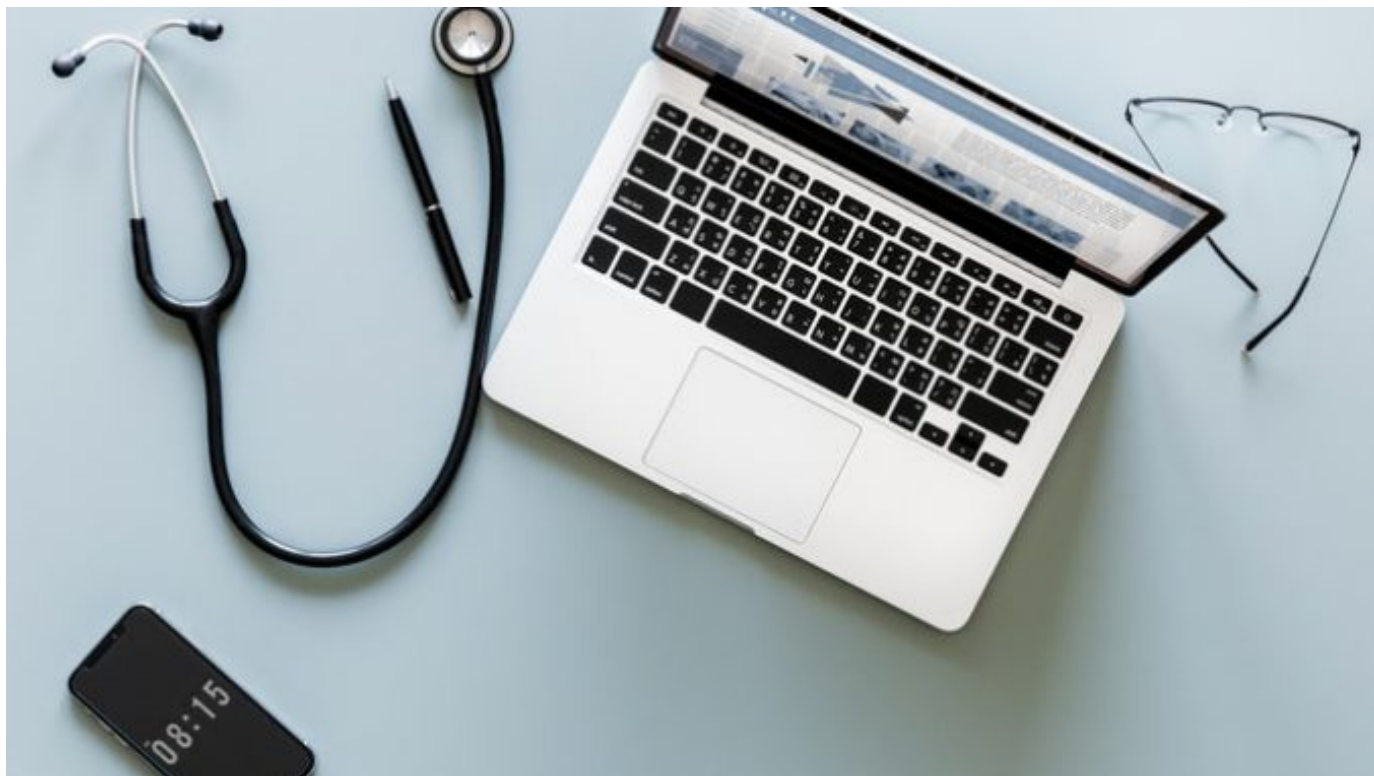
L'omogeneità tra regioni è indispensabile non solo in termini di livelli essenziali di assistenza, ma di contratti del personale, di accreditamento di strutture e professionisti, di livelli essenziali organizzativi, ordinamento delle professioni, accordi contrattuali e convenzionali. E serve «un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici». Infine, si affronta il filo rosso che lega la mancanza di un contratto aggiornato all'impossibilità di riempire i reparti svuotati dai pensionamenti di una classe di medici dipendenti mediamente anziani. Dietro l'attesa vana del rinnovo contrattuale per i medici dirigenti ospedalieri, Anaao Assomed non si nasconde possa esserci l'intento di "de-capitalizzare" il lavoro dei professionisti. Pagare meno il personale, però (ad esempio affidando a non medici dei compiti clinici, ndr) «getterebbe le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale creata in Italia». Già oggi -avverte Anaao- il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte a nuovi contratti libero professionali che godono di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza di medici specialisti, misurabile in 16.700 unità in meno da qui al 2025, «è evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone" ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari». Con "Quota 100" si rischia vadano via anzitempo ben 5 classi di età, dai nati nel 1953 a quelli del 1957. Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia non è il rimedio ma è uno spreco di 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriverà alla laurea, idoneo a lavorare solo fra 11-12 anni, quando l'emergenza pensionamenti sarà finita. Servono invece una riforma strutturale dei corsi di specialità ed un incremento dei contratti degli specializzandi. Come conferma il Segretario Fnomceo **Roberto Monaco**: occorrono subito diecimila borse per specializzare i nostri medici già abilitati. Non servono nuovi medici, occorrono nuovi specialisti e medici di Medicina Generale. La politica deve pensare al medico non più come a un costo ma come a una risorsa per garantire il diritto alla salute, e considerare la sua formazione non una spesa ma un investimento per la sostenibilità del Ssn».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Salviamo il SSN dalla tempesta perfetta

imgpress.it/attualita/salviamo-il-ssn-dalla-tempesta-perfetta

5 aprile 2019



Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari.

La tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall'onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata.

Negli ultimi anni il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita della spesa sanitaria privata, giunta alla soglia dei 40 miliardi, il 91% out of pocket, con il sostegno di una raffinata strategia di marketing, ha rilanciato con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo.

L'Anaa Assomed respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri, da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, diventati con il superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata.

Potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute il recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno), specie quella legata al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare. Con evidenti i profili di iniquità, rappresentando il risparmio di imposta per alcuni un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.

Il secondo patogeno che colpisce la sanità pubblica è costituito da un neo- federalismo "a geometria variabile", che il nuovo Governo intenderebbe assecondare. Con il rischio, però, di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale con relative diseguaglianze. **In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, nella stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di** politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud. **Per questa via, il diritto alla salute** cessa 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 ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere. Ma le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito della stessa unità nazionale.

L'unitarietà del SSN in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali.

Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale, perchè forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

Il terzo fattore di crisi è costituito dalla carenza di risorse umane, frutto non solo di assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del SSN. Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato e delle convenzioni, che godono anche di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza, misurabile in 16.700 unità fino al 2025, è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone" ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari.

Gli organici ridotti accrescono il disagio peggiorando le condizioni di lavoro fino a rendere la

pensione un traguardo agognato. Così "Quota 100", nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età.

Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia rappresenta una scelta irrazionale oltre che uno spreco di risorse pubbliche, valutabili in circa 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, disponibili peraltro per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo. Ciò che serve oggi è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea ed un incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno, iniziando a recuperare i contratti persi dal Miur, e già finanziati, circa 1000 negli ultimi due anni.

Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese.

Decapitalizzare il lavoro dei professionisti, anche attraverso la negazione dello strumento contrattuale, significa mettere le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale che abbiamo costruito.

PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

Regionalismo, privatizzazione, carenza specialisti, Anaa Assomed: Salviamo il Ssn dalla tempesta perfetta

panoramasanita.it/2019/04/05/regionalismo-privatizzazione-carenza-specialisti-anaao-assomed-salviamo-il-ssn-dalla-tempesta-perfetta/

“La tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall’onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata”.



“Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari”. Così l’Anaa Assomed in una nota. “La tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall’onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata. Negli ultimi anni il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita della spesa sanitaria privata, giunta alla soglia dei 40 miliardi, il 91% out of pocket, con il sostegno di una raffinata strategia di marketing, ha rilanciato con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo. L’Anaa Assomed respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri, da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, diventati con il superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata. Potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute il recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno), specie quella legata al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segnando l’albero che pure ha contribuito a piantare. Con evidenti i profili di iniquità, rappresentando il risparmio di imposta per alcuni un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti. Il secondo patogeno che colpisce la sanità pubblica – aggiunge l’Anaa – è costituito da un neo-federalismo “a geometria variabile”, che il nuovo Governo intenderebbe assecondare. Con il rischio, però, di favorire ulteriormente le spinte verso l’egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l’entropia istituzionale con relative diseguaglianze. In un Sistema sanitario già lacerato da

importanti differenze, nella stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud. Per questa via, il diritto alla salute cessa 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 ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere. Ma le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito della stessa unità nazionale. L'unitarietà del Ssn in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali. Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale, perchè forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. Il terzo fattore di crisi è costituito dalla carenza di risorse umane, frutto non solo di assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del SSN. Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato e delle convenzioni, che godono anche di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza, misurabile in 16.700 unità fino al 2025, è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone" ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari. Gli organici ridotti accrescono il disagio peggiorando le condizioni di lavoro fino a rendere la pensione un traguardo agognato. Così "Quota 100", nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età. Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia – spiega l'Anaa Assomed – rappresenta una scelta irrazionale oltre che uno spreco di risorse pubbliche, valutabili in circa 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, disponibili peraltro per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo. Ciò che serve oggi è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea ed un incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno, iniziando a recuperare i contratti persi dal Miur, e già finanziati, circa 1000 negli ultimi due anni. Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese. Decapitalizzare il lavoro dei professionisti, anche attraverso la negazione dello strumento contrattuale, – conclude l'Anaa Assomed – significa mettere le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale che abbiamo costruito".

quotidianosanita.it

Venerdì 05 APRILE 2019

“Torniamo a investire nel Ssn”.

L'appello Anaa: “Tra tagli, autonomie e carenza di personale siamo in una tempesta perfetta”

Il sindacato lancia l'allarme sulle condizioni del Servizio sanitario ma lancia anche alcune proposte per uscirne: recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno) e incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno. Bocciatura totale per il regionalismo differenziato: “Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale”.

“Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari”. È questo l'incipit del convegno nazionale dell'Anaa che si è svolto oggi a Roma dove il sindacato ha affrontato a 360 gradi i temi dell'attuale politica sanitaria affrontandone i nodi e cercando di fornire alcune soluzioni per uscire da quella che i medici e dirigenti sanitario definiscono una “tempesta perfetta” che sta travolgendo il Ssn.

Il definanziamento.

Per l'Anaa “la tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall'onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata”.

“Negli ultimi anni – evidenzia l'Anaa - il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita della spesa sanitaria privata, giunta alla soglia dei 40 miliardi, il 91% out of pocket, con il sostegno di una raffinata strategia di marketing, ha rilanciato con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo”.

No alla sanità integrativa

L'Anaa Assomed respinge “al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri, da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, diventati con il superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata”.

E in questo senso il sindacato lancia una proposta: “Potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute il recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno), specie quella legata al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare. Con evidenti i profili di iniquità, rappresentando il risparmio di imposta per alcuni un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.”

I pericoli delle autonomie.

Ma per l'Anaa c'è anche un “secondo patogeno che colpisce la sanità pubblica ed è costituito da un

neo- federalismo “a geometria variabile”, che il nuovo Governo intenderebbe assecondare. Con il rischio, però, di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale con relative diseguaglianze. In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, nella stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud. Per questa via, il diritto alla salute cessa 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 ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere. Ma le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito della stessa unità nazionale”.

“L'unitarietà del SSN – ribadisce il sindacato - in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali”.

“Il diritto alla salute – rilevano i medici - non può perdere una dimensione nazionale, perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute”.

La carenza di personale.Ma c'è anche un terzo fattore di crisi che è quello costituito dalla carenza di risorse umane, “frutto non solo di assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del SSN. Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato e delle convenzioni, che godono anche di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza, misurabile in 16.700 unità fino al 2025, è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti “medici a gettone” ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari”.

“Gli organici ridotti – rileva l'Anaao - accrescono il disagio peggiorando le condizioni di lavoro fino a rendere la pensione un traguardo agognato. Così “Quota 100”, nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età. Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia rappresenta una scelta irrazionale oltre che uno spreco di risorse pubbliche, valutabili in circa 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, disponibili peraltro per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo. Ciò che serve oggi è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea ed un incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno, iniziando a recuperare i contratti persi dal Miur, e già finanziati, circa 1000 negli ultimi due anni”.

“Impoverire la sanità pubblica – conclude il sindacato - , svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese. Decapitalizzare il lavoro dei professionisti, anche attraverso la negazione dello strumento contrattuale, significa mettere le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale che abbiamo costruito”.



Autonomia differenziata e carenza di specialisti, Anaa: salviamo Ssn

Servizio sanitario investito da tempesta perfetta dovuta, tra l'altro a impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero e richieste di autonomia differenziata

“Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari. La tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall'onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata.

Negli ultimi anni il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita della spesa sanitaria privata, giunta alla soglia dei 40 miliardi, il 91% out of pocket, con il sostegno di una

raffinata strategia di marketing, ha rilanciato con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo.

L'[Anaa Assomed](#) respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri, da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, diventati con il superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata.

Potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute il recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno), specie quella legata al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare. Con evidenti i profili di iniquità, rappresentando il risparmio di imposta per alcuni un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.

Il secondo patogeno che colpisce la sanità pubblica è costituito da un neo-federalismo "a geometria variabile", che il nuovo Governo intenderebbe assecondare.

Con il rischio, però, di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale con relative diseguaglianze. In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, nella stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno

strappo definitivo tra Nord e Sud. Per questa via, il diritto alla salute cessa 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 ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere. Ma le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito della stessa unità nazionale.

L'unitarietà del SSN in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali.

Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale, perchè forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

Il terzo fattore di crisi è costituito dalla carenza di risorse umane, frutto non solo di assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del SSN.

Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato e delle convenzioni, che godono anche di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza, misurabile in 16.700 unità fino al 2025, è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone" ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari.

Gli organici ridotti accrescono il disagio peggiorando le condizioni di lavoro fino a rendere la pensione un traguardo agognato. Così "Quota 100", nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età.

Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia rappresenta una scelta irrazionale oltre che uno spreco di risorse pubbliche, valutabili in circa 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, disponibili peraltro per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo. Ciò che serve oggi è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea ed un incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno, iniziando a recuperare i contratti persi dal Miur, e già finanziati, circa 1000 negli ultimi due anni.

Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese.

Decapitalizzare il lavoro dei professionisti, anche attraverso la negazione dello strumento contrattuale, significa mettere le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale che abbiamo costruito".

Leggi anche:

[CARENZA DI MEDICI, SMI: ABOLIRE LE PRESTAZIONI A 'GETTONE'](#)

Regionalismo, privatizzazione, carenza specialisti, ANAAO: «Salviamo il Ssn dalla tempesta perfetta»

 sanitainformazione.it/lavoro/regionalismo-privatizzazione-carenza-specialisti-anaao-salviamo-il-ssn-dalla-tempesta-perfetta/

April 5, 2019

«Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese»

di Redazione



«Il Servizio Sanitario Nazionale mostra, a 40 anni dalla nascita, rughe crescenti ed evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che interessano anche pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari». Così ANAAO ASSOMED in una nota.

«La tempesta perfetta che lo ha investito nasce dall'onda lunga del definanziamento per nutrirsi di esplosione dei fondi sanitari, trainati dal welfare aziendale, carenza di specialisti, per assenza di programmazione ed impoverimento, professionale, economico e dei diritti del lavoro ospedaliero, richieste di autonomia differenziata. Negli ultimi anni il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, delle scelte di politica allocativa, della crescita della spesa sanitaria privata, giunta alla soglia dei 40 miliardi, il 91% out of pocket, con il sostegno di una raffinata strategia di marketing, ha rilanciato con forza il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo».

ANAAO poi «respinge al mittente la proposta di secondi e terzi pilastri, da erigere sulle macerie del primo e la falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi. Il che è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente alla sanità pubblica, tra tagli al finanziamento delle cure ed impennate di addizionali IRPEF e di ticket, diventati con il

superticket di 10 euro un vero e proprio driver di prestazioni verso la sanità privata. Potrebbe bene essere finalizzato alla missione salute il recupero della spesa fiscale concessa ai fondi sanitari (quasi 4 mld/anno), specie quella legata al boom del welfare aziendale, con il quale la classe operaia baratta salario con mutualità, segando l'albero che pure ha contribuito a piantare. Con evidenti i profili di iniquità, rappresentando il risparmio di imposta per alcuni un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti».

«Il secondo patogeno che colpisce la sanità pubblica – continua la nota – è costituito da un neo-federalismo “a geometria variabile”, che il nuovo Governo intenderebbe assecondare. Con il rischio, però, di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale ed il sovranismo regionale, di ridimensionare il contributo fiscale delle Regioni più ricche e di aumentare l'entropia istituzionale con relative diseguaglianze. In un Sistema sanitario già lacerato da importanti differenze, nella stessa erogazione dei LEA, può venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale, con uno strappo definitivo tra Nord e Sud. Per questa via, il diritto alla salute cessa 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 ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere. Ma le diseguaglianze delegittimano la democrazia e le differenze rischiano di diventare divaricazioni, a scapito della stessa unità nazionale».

«L'unitarietà del SSN in un contesto federalista esige la presenza di alcuni fili verticali. Non solo i LEA, ma lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato a favore delle regioni svantaggiate con indicatori diversi da quelli demografici, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, l'ordinamento delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali. Il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale, perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

«Il terzo fattore di crisi – spiega ancora ANAAO – è costituito dalla carenza di risorse umane, frutto non solo di assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del SSN. Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato e delle convenzioni, che godono anche di un vantaggio fiscale sconosciuto al mondo della dipendenza. La carenza, misurabile in 16.700 unità fino al 2025, è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti “medici a gettone” ed ai medici pensionati fino alla chiusura di servizi sanitari. Gli organici ridotti accrescono il disagio peggiorando le condizioni di lavoro fino a rendere la pensione un traguardo agognato. Così “Quota 100”, nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante accentuando la gobba demografica con l'anticipo di ben 5 classi di età».

«Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia rappresenta una scelta irrazionale oltre che uno spreco di risorse pubbliche, valutabili in circa 100.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, disponibili peraltro per il mondo del lavoro

solo tra 11 o 12 anni, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo. Ciò che serve oggi è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea ed un incremento dei contratti di formazione specialistica fino ad almeno 10mila all'anno, iniziando a recuperare i contratti persi dal Miur, e già finanziati, circa 1000 negli ultimi due anni».

«Impoverire la sanità pubblica – conclude ANAAO -, svuotarla di competenze professionali e di innovazioni tecnologiche, significa condannarla a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzata via, a scapito del grado di civiltà dell'intero Paese. Decapitalizzare il lavoro dei professionisti, anche attraverso la negazione dello strumento contrattuale, significa mettere le premesse per il collasso della sanità pubblica, la più grande infrastruttura civile e sociale che abbiamo costruito».