



MANOVRE/ Sindacati medici all'attacco dei tagli ai finanziamenti e ai posti letto

## «Il colpo di grazia per il Ssn»

Levata di scudi unanime: il sistema pubblico è condannato al collasso

Se il Governo intendeva mettere d'accordo tutti i sindacati ci è riuscito: la levata di scudi contro la spending review è unanime. Dall'Anao alla Cimo (si vedano gli interventi pubblicati sotto), dai confederali agli anestesisti Aaroi, il leit motiv è identico: si uccide il Servizio sanitario nazionale. Perché si persevera nella politica dei tagli lineari dei finanziamenti e dei posti letto senza mettere mano alle vere sacche di spreco. La risposta dei medici e dei dirigenti Ssn sarà un grande corteo in programma a Roma per il 27 ottobre. Di nuovo in piazza, uniti, per difendere la Sanità pubblica.

«Per fare cassa si è preferita una scorciatoia, negando ogni confronto nonostante la disponibilità mostrata appena un mese fa dalle organizzazioni sindacali con la sottoscrizione di un'intesa unitaria frutto di una vera mediazione», dicono all'unisono i segretari di Fp-Cgil, Flc-Cgil, Uil-Fpl, Uil-Pa e Uil-Rua. «Siamo invece giunti alla confusa sommatoria di tagli lineari: al personale, alla spesa sanitaria, al sistema formativo, alla ricerca, alla presenza dello Stato sul territorio. Una mannaia che si abatterà ancora una volta sulla qualità dei servizi».

«Il taglio del finanziamento al Ssn è insostenibile e ingiustificato - spiega Massimo Cozza (Fp Cgil medici) - a fronte di un costo che è inferiore alla media Ue e di una qualità che è ancora elevatissima. Gli Stati Uniti dimostrano che abbattendo la Sanità pubblica i costi aumentano a dismisura». Agli Usa fa riferimento anche Vincenzo Carpio (Aaroi): «È paradossale che mentre Obama vede approvata la sua riforma dalla Corte Suprema da noi si smantella il servizio pubblico. Gli spazi per i medici si restringono tra l'altro ogni giorno di più e i sindacati, con la riforma Brunetta e il blocco dei contratti, sono penalizzati».

Per Biagio Papotto (Cisl medici) la spending review «è una mannaia che uccide chi sta già per morire»: «Nessuna manovra è andata a incidere sulle aree dove si annidano gli sprechi: le consulenze, il malaffare, le esternalizzazioni e gli appalti. Si colpiscono ancora una volta i posti letto per acuti. Ma così, a furia di tagli indiscriminati, si affossa il pubblico e si sostituisce con il privato».

Anche Armando Masucci (Federazione medici Uil) concorda, con una precisazione: «Io devo essere chiaro: qualsiasi misura che comporti una riduzione dell'attuale accozzaglia di primariati è

benvenuta. Ma ridurre i posti letto per acuti è una rovina. Si dovrebbero semmai rivedere quelli dei poli d'eccellenza universitari, dove ci sono ancora margini. Il resto non si deve toccare».

La ragione è semplice e la dice Cozza: «Da nessuna parte c'è scritto che si devono aprire servizi sul territorio, in grado di offrire risposte ai cittadini 24 ore su 24. Ma come si fa a tagliare ancora i posti letto senza prevedere alternative fuori dall'ospedale?». Non è un caso che proprio la scorsa settimana il ministro della Salute, Renato Balduzzi, abbia convocato i sindacati dei medici di base promettendo un intervento legislativo anche sulle cure primarie (si veda l'articolo a pag. 19). Ma nulla si potrà muovere in questa direzione senza l'assenso delle Regioni. E il muro contro muro sulla spending rischia di bloccare ogni ulteriore passo, Patto per la salute compreso.

La posta in gioco è ben nota. «Lo sviluppo dell'assistenza territoriale è il nodo: o si fa o si fallisce», è il messaggio lanciato da Giacomo Milillo, segretario dei generalisti Fimmg, nel corso del convegno promosso dal Pd sul diritto alla salute. «Non si tratta di costruire cattedrali nel deserto della medicina territoriale, che rischiano di

diventare un boomerang a livello di spesa. Si tratta di gestire l'assistenza fuori dall'ospedale, di cui la medicina generale è un nodo fondamentale. Ma finora abbiamo incontrato soltanto resistenze al cambiamento ed è stato difficile trovare interlocutori nelle Regioni».

I convenzionati dello Snam sono espliciti: «La nostra paura - sottolinea il presidente Angelo Testa - è che ancora una volta si effettuino dei grossolani tagli a colpi di accetta e si dia il colpo di grazia a un sistema che funziona, cardine della nostra democrazia, anche se con delle evidenti criticità».

Tutti vedono qual è il rischio di tagliare i posti letto per acuti senza cambiare l'assetto del territorio: ingolfare ancora di più quel pronto soccorso che hanno già dimostrato la loro fragilità. «Cosa vogliono fare?», chiede Carpio: «Vogliono che il pubblico resti solo per l'emergenza-urgenza e che del resto si occupi soltanto il privato?». Ironizza Cozza: «Ma la spending review non puntava a spendere meglio?».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### ANAAO ASSOMED

## «Senza coesione sociale, democrazia a rischio»

Il principale motivo che ha indotto il Governo Monti al taglio di ulteriori 4,7 miliardi di euro al finanziamento del Servizio sanitario nazionale è quello di una sua crescita maggiore rispetto ad altre voci di spesa pubblica. Per dirla con il ministro Giarda, negli ultimi 20 anni la spesa sanitaria è passata dal 32,3% (1990) al 37,0% (2009), mentre quella per istruzione si è ridotta dal 23,1% al 17,7%. Tralasciando la singolarità di confrontare voci di spesa pubblica che hanno dinamiche, attori, finalità e contenuti economici e sociali differenti, gli Health data recentemente pubblicati (giugno 2012) dall'Oecd rivelano la assoluta inconsistenza delle motivazioni che sottendono il taglio delle risorse alla Sanità pubblica.

L'Italia, nel periodo 2000/2009, è stata il Paese più virtuoso nella percentuale di crescita annuale della spesa sanitaria in termini reali: l'1,9% su una media Oecd del 4,7%. La Germania, spesso citata come un Paese da imitare, ha segnato il 2%, la Francia il 2,7%, il Regno Unito il 5,4%, gli Stati Uniti il 4,3%. In rapporto al Pil la spesa globale è scesa dal 9,3% nel 2010 al 9,1% nel 2011, con la media dei Paesi Oecd al 9,5% nel 2010. Lontanissimi Francia (11,6%), Germania (11,4%), Svizzera (11,4%), Olanda (12%), Stati Uniti (17,6%). In dollari pro-capite, normalizzati per potere d'acquisto, la spesa italiana è di 2964 \$, al di sotto della media Oecd di 3269 \$ che separa, come uno spartiacque, i Paesi cosiddetti economicamente e socialmente avanzati da quelli che solo recentemente si sono avviati verso un adeguato sviluppo economico e delle tutele sociali. Oramai siamo vicini a Spagna, Grecia, Portogallo, Slovenia, Israele, Slovacchia, Europa dell'Est, mentre la Germania spende 4438 \$ pro-capite/anno, la Francia 3974, la Svizzera 5270, l'Austria 4395, il Regno Unito 3433.

I dati Oecd mostrano, poi, un paradosso del nostro Ssn di cui dovremmo essere orgogliosi: a fronte di una delle spese più basse, registriamo esiti clinici molto positivi. L'aspettativa di vita alla nascita è di 82 anni (media Oecd 79,8), solo Giappone e Svizzera fanno meglio; la mortalità infantile per mille nati vivi è 3,4 rispetto a una media Oecd di 4,3; i potenziali anni di vita persi per 100.000 persone/anno sono 3.468 rispetto a una media Oecd nettamente superiore (4.879); i tassi di mortalità per infarto miocardico acuto e Stroke ischemico sono tra i più bassi nel panorama europeo.

Mancano serie evidenze di un tasso di inefficienza economica tale da giustificare riduzioni di spesa (Ceis 2012).

Nel 2010 la spesa sanitaria è stata di circa 111 miliardi di euro. La manovra di Tremonti porterà a regime (2014) un taglio lineare di circa 8 miliardi cui la manovra Monti ne aggiunge altri 4,5. Qualcuno pensa seriamente che una riduzione intorno al 12% del finanziamento pubblico non abbia conseguenze sulla quantità e qualità dei servizi sanitari erogati?

La riduzione dei posti letto ospedalieri al 3,7 per mille abitanti, e di dotazioni organiche già sottoposte a profonde e negative dinamiche demografiche, è figlia di una equazione tra posto letto e spesa tanto vecchia quanto falsa. Basta guardare l'Emilia Romagna che ha un tasso di posti letto superiore alla media nazionale con conti, e servizi, in ordine e la Campania, dove i posti letto mancano anche rispetto ai nuovi indicatori in presenza, però, di un bilancio economico in dissesto. Eliminare oltre 70.000 posti letto negli ultimi 10 anni condanna al collasso il pronto soccorso, presi d'assalto come i forni di manzoniana memoria e trasformati in impropri, e spesso non dignitosi, reparti di degenza e segna il destino delle liste di attesa, costituendo una ulteriore barriera di accesso fisico alle cure.

L'Italia oggi ha un tasso di posti letto più basso della media Oecd (4,9 per mille) e molto lontano da quello dei Paesi con cui siamo invitati a confrontarci: Germania 8,3%, Francia 6,3%, Svizzera 5%, Austria 7,6%. Appare fuorviante il modello dei Paesi di tradizione anglosassone che hanno caratteristiche demografiche, culturali e organizzative diverse dal nostro.

Quando viene a mancare quel ruolo di coesione e di "ammortizzatore" sociale che da sempre svolge il Ssn, gli scenari futuri sono quelli che si osservano in Grecia e Portogallo.

La coartazione del perimetro dei diritti, il cedimento del sistema di tutele e l'incremento del disagio sociale rappre-

sentano un mix tale da mettere a rischio anche la tenuta democratica del nostro Paese. La lotta agli sprechi, che certo non mancano, dovrebbe servire a garantire i necessari investimenti per mantenere gli ottimi livelli quali-quantitativi raggiungendo le disuguaglianze territoriali e le barriere che ostacolano l'accesso ai servizi, veri fattori di iniquità del sistema. Evitando il rischio di «entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema» ove «la validità di una gestione... va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)», come la stessa Corte dei conti ha di recente affermato.

La Sanità ridiventa un tema centrale nell'agenda politica italiana, ma è pronto un nuovo pensiero sull'organizzazione della Sanità pubblica? Partiti, vecchi o nuovi, movimenti, istituzioni sono in grado di declinare politiche sanitarie alla altezza delle sfide di oggi? O lasceranno il testimone della difesa di un sistema sanitario pubblico e nazionale nelle mani dei medici e il grido di dolore per lo scenario prossimo venturo solo sulle loro bocche?

Costantino Troise  
Segretario nazionale  
Carlo Palermo  
Coordinatore segretari regionali  
Anao Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### CIMO ASMD

## «Tradito il diritto costituzionale»

L'articolo 32 e il titolo V della Costituzione rischiano di saltare mettendo a rischio il diritto alla salute. Parafrasando Bartali, il noto ciclista, "è tutto sbagliato, è tutto da rifare".

La Corte dei conti nell'ultima relazione del vice procuratore generale, ha dichiarato che «a differenza di ciò che accade in altri settori, in quello sanitario la validità di una gestione non può essere sempre affermata solo sulla base di conti che quadrano, ma va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)».

L'ultimo rapporto del ministro Giarda mostra che, negli ultimi 20 anni, la spesa sanitaria è passata dal 32,3% (1990) al 37,0% (2009), mentre per istruzione, dal 23,1 al 17,7%. Questo dato evidenzia come l'attuale assegnazione dei compiti di gestione della scuola allo Stato e, viceversa, della Sanità alle Regioni, ha profondamente condizionato, attraverso il differente peso politico, i processi decisionali in materia di allocazione delle risorse.

Infatti nel comparto Sanità il 99,4% della spesa totale fa riferimento alle Regioni e andando più in dettaglio emergono una riduzione dell'1,4% del costo del personale (32,2% della spesa totale nel Ssn), un aumento del 3% della spesa per beni e servizi (30,4% della spesa totale nel Ssn) e una riduzione del 9% della spesa farmaceutica convenzionata.

L'analisi dei dati sottolinea, quindi, la necessità di una spending review non vincolata ai soliti tagli lineari ma finalizzata a interventi strutturali all'interno delle diverse "anime" della Sanità.

Sono da tenere in considerazione i costi generati dalla medicina difensiva e dal contenzioso legale, gli elevati costi della consulenza, i comportamenti opportunistici legati ai Drg, la lottizzazione degli incarichi a partire dai direttori generali fino ai responsabili delle strutture, i costi derivanti dalla mancanza di adeguati sistemi di controllo sulla inappropriata delle prestazioni fino

alle carenze della organizzazione.

Il taglio di 7.500 di posti letto o di quanti ne dovrebbero essere tagliati, in assenza di una vera riorganizzazione della rete territoriale, rappresenta un pericolo per i cittadini perché il pronto soccorso verrebbero, ulteriormente, presi d'assalto. E non saranno certo i ticket sui codici bianchi a fare da deterrente.

La medicina territoriale va completamente riorganizzata in modo che possa essere una vera e propria rete di assistenza e di prevenzione vera (più prevenzione significa meno ricoveri) e più assistenza alle disabilità e non autosufficienze.

E poi che dire della medicina difensiva che ogni anno costa circa 18 miliardi di euro? Il contenzioso legale costa alle aziende sanitarie circa 500 milioni di

euro con un aumento esponenziale delle cause, pari al 45% negli ultimi 10 anni. Analoghi incrementi dei premi assicurativi con oltre il 1200% tra il 1994 e il 2007. Tutto questo potrebbe essere eliminato se finalmente venisse approvato il disegno di legge sul rischio clinico, "cantierato" da anni in Parlamento, nonostante le recenti promesse del ministro in tema di medicina difensiva.

La spesa per beni e servizi? È un terzo della spesa sanitaria totale, in costante crescita ed è essenzialmente legata alla acquisizione di nuove tecnologie. Da qui la necessità di definire regole chiare per tutti come avviene per la regolamentazione dei farmaci.

Da questa analisi amara si può dire senza dubbio che è fallita la 229/99 ed è a rischio l'articolo 32. Una sola considerazione: evitiamo almeno che si crei un contesto di diseconomia e disincantazione perché i cattivi risultati espressi in termini di salute si concretizzano in ulteriori costi per la società (dalla medicina difensiva agli eventi avversi, alle cronicità, alle non autosufficienze ecc.).

Guido Quici  
Vicepresidente Cimo Asmd

© RIPRODUZIONE RISERVATA