

## **Strategie per la demolizione della sanità pubblica**

### **Contributi di:**

<i>Erminia Emprin</i>	<b>Sanità al collasso: obiettivo raggiunto</b>	<b>pag. 1</b>
<i>Livio Pepino</i>	<b>Se la salute diventa un lusso</b>	<b>pag. 4</b>
<i>Roberto Polillo</i>	<b>I conti truccati di Siniscalco</b>	<b>pag. 5</b>

### **Sanità al collasso: obiettivo raggiunto\***

#### **Disavanzo da record dopo tre anni di governo Berlusconi. E le assicurazioni integrative ringraziano**

In tre anni, il governo Berlusconi ha portato la sanità pubblica sull'orlo del collasso. Il disavanzo non coperto dal Fondo sanitario nazionale ammonta a 20,7 miliardi di euro (TABELLA 1). L'equivalente, quasi, della finanziaria per il 2005. I dati sono evidenziati nel Rapporto 2001- 2003 della Corte dei Conti sulla finanza pubblica (patto di stabilità): il rapporto è immerso in una realtà virtuale - l'economia neoliberista e le sue forme di comunicazione - estranea all'esperienza materiale e concreta delle persone in carne ed ossa. Il "fattore esterno" (sic), in particolare il diritto alla salute delle persone anziane e immigrate, irrompe solo come elemento di disordine e squilibrio contabile. Nello stesso tempo, dal rapporto emergono i due versanti della strategia di demolizione del servizio sanitario nazionale del governo. Il primo consiste nel progressivo trasferimento di costi dal Fondo Sanitario Nazionale alle tasche degli utenti. Il governo promette di ridurre le tasse, ma nei fatti mette nuove tasse dirette sulla malattia. Questo processo parte dall'esclusione dai livelli essenziali di assistenza sanitaria di una quota dei costi per le cure a lungo termine, operata dal governo Amato nel 2001 (l'area dei cosiddetti "non autosufficienti", da ottocentomila a un milione di persone, prevalentemente anziane, con malattie croniche). Il governo Berlusconi ne fa un sistema (TABELLA 2). I disavanzi evidenziati nella Tabella 1 sono già al netto di questa partecipazione alla spesa dell'utente (o del Comune, per i non abbienti), e il Fondo nazionale per finanziare gli interventi socioassistenziali dei Comuni sulle non autosufficienze è stato accantonato: un regalo alle assicurazioni integrative, già care all'ex Ministro de Lorenzo. Contemporaneamente, la restrizione dei farmaci rimborsabili fa aumentare la spesa farmaceutica complessiva, perché gli utenti non godono degli sconti previsti a favore del sistema pubblico. Così, oggi gli utenti ne pagano di tasca propria quasi un quinto (TABELLE 3 E 4). Il governo ha poi agito la leva del sottofinanziamento strutturale del Fondo sanitario nazionale, stimando un tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica inadeguato (3,1/3,7%), correlato alla copertura finanziaria derivante da un corrispondente aumento nominale del Prodotto interno lordo. Come prevedibile, il Pil è cresciuto molto meno (0,3% nel 2003) e la spesa sanitaria di più (5% annuo). Questo sottofinanziamento permanente, accompagnato da meccanismi punitivi dei disavanzi regionali e dal divieto di indebitamento sulla spesa corrente, ha spinto diverse regioni (più o meno convinte) a aumentare le aliquote di tributi propri o mettere nuovi ticket (oltre 640 milioni di euro nel solo 2003), coprendo anche per questa via parte dei costi a carico dello Stato. Sul secondo versante - esternalizzazione e privatizzazione dei servizi - il sottofinanziamento si è coniugato con incentivi al ridimensionamento dell'intervento pubblico a favore del mercato: blocco delle assunzioni e incentivi per l'esternalizzazione di servizi da parte di Asl e Aziende ospedaliere; tetto del 50% al rinnovo del turn over e mancata copertura del rinnovo contrattuale; mancato finanziamento dei debiti pregressi degli Ircs e autorizzazione a coprirli ricorrendo ad alienazioni patrimoniali. Risultato: nel triennio 2000/2003 il personale del Servizio sanitario nazionale è diminuito di oltre 18.500 unità, con un'espansione ancora da indagare del lavoro precario e flessibile e dell'offerta sanitaria privata. Nello stesso tempo, si è avviato un processo di privatizzazione e/o dismissione del patrimonio pubblico – anch'esso da indagare – per coprire i disavanzi degli Ircs. Su queste basi, il rapporto spesa sanitaria/Pil si attesta al 6,3%, più basso della maggior parte dei paesi sviluppati e della media Ocse. La finanziaria per il 2005 accentua l'estremismo di queste politiche depurate dal "fattore" umano. Sul mercato, però, si soddisfano domande e non bisogni (per usare parole di Luigi Einaudi non così diverse da quelle di Marx) e crescono la disegualianza e l'esclusione sociale. Il governo Berlusconi va battuto a partire da qui, dal tentativo di depurare la politica dal "fattore" umano, lavorando per costruire intorno all'opposizione parlamentare alla finanziaria un passaggio della più vasta mobilitazione del movimento contro la

direttiva Bolkestein sulla liberalizzazione della concorrenza nei servizi. E in sintonia con il referendum contro la privatizzazione del servizio sanitario che si terrà in Ungheria il 13 dicembre.

\* **Erminia Emprin**, *Responsabile nazionale Welfare delo Prc*

<b>TABELLA 1 - SOTTOSTIMA DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE (FSN) ANNI 2001 -2004 (miliardi euro)</b>		
ANNO	DISAVANZO	MOTIVO
2001	4,950	Sottofinanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (al netto ticket e spese a carico dell'utente di cui a tabella 2)
2002	4,037	Sottofinanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (al netto ticket e spese a carico dell'utente di cui a tabella 2)
2003	2,201	Sottofinanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (al netto ticket e spese a carico dell'utente di cui a tabelle 2 e 4)
2004	5,000	Sottofinanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (al netto ticket e spese a carico dell'utente di cui a tabelle 2 e 4)
2001/2	1,560	Mancata copertura disavanzi IRCS, Policlinici, Aziende miste
2002/3/	2,500	Mancata copertura costi rinnovo contratto
<b>TOTALE 20,748 Dati Corte dei Conti fine giugno 2004</b>		

<b>TABELLA 2 - PERCENTUALE DI SPESA A CARICO DEL FSN E DELL'UTENTE LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA</b>		
TIPO PRESTAZIONI	FSN	UTENTE
Aiuto infermieristico ed assistenza tutelare alla persona in assistenza domiciliare	50%	50%
Diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili	70 %	30 %
Terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale e semi residenziale, compresi interventi di sollievo	50 %	50 %
Terapeutiche in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e famiglie	40 %	60 %
Terapeutiche, in regime residenziale per disabili gravi	70 %	30 %
Terapeutiche, in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare	40 %	60 %
Cura, riabilitazione e trattamenti farmacologico nella lungo assistenza residenziale a favore di persone affette da AIDS	70 %	30 %
Articolo 54 della Legge finanziaria 2003		

<b>TABELLA 3 - SPESA A CARICO DELL'UTENTE FARMACEUTICA</b>		
ANNO	FSN	UTENTE
2002	66,5 %	33,5 %
2003	61,6 %	38,4 %
TOT.	- 4,9 %	+ 4,9 %
Dati Ministero salute e IMS Healt		

<b>TABELLA 4 - SPESA FARMACEUTICA AUMENTO 2003/2004</b>	
TOTALE	UTENTE
+ 2,3 %	+ 17, 4 %
Dati Corte dei conti giugno 2004	

## **Se la salute diventa un lusso\***

Nell'epoca della privatizzazione anche la salute sembra diventata un lusso, assicurato, a chi se lo può permettere, da strutture private fondate sul verbo del profitto, mentre sullo sfondo si staglia una sanità pubblica relegata a moderna edizione dell'antico "ospedale dei poveri" (nella migliore delle ipotesi, ch  l'immane modello americano dimostra come anche questo possa essere un lusso eccessivo...). A sostenere la virata c'  un luogo comune che si aggira nel dibattito politico: l'affermazione, apodittica e ossessiva, che la modernit  mal tollera i diritti sociali, il cui declino   un valore (perch  esalta le capacit  e l'intraprendenza degli individui) o, quantomeno, un prezzo da pagare al progresso. E - si sa - nei periodi bui per l'intelligenza e la cultura i luoghi comuni la fanno da padroni. Solo cos  si spiega la debolezza delle reazioni, quasi che i diritti sociali non fossero il nucleo forte della "civit  dei moderni" e il loro accantonamento non proponesse scenari di capitalismo ottocentesco, se non addirittura di barbarie. La centralit  dei diritti sociali   lo stigma della nostra Costituzione che proclama un nuovo concetto di cittadinanza: non pi  semplice rapporto con un territorio ma status di cui fanno parte, oltre al diritto elettorale, un reddito decoroso e il diritto a condurre una vita civile, anche quando si   ammalati, o vecchi, o disoccupati o, comunque, in difficolt . Dunque la difesa intransigente di questa impostazione, e del principio di uguaglianza ad essa sotteso, non pu  che essere ancora, agli albori del terzo millennio, il crinale che divide la destra e dalla sinistra. Non sempre   - ed   stato - cos . Mi limito a due esempi.

*Primo.* La devolution (non a caso richiesta dalla regioni ricche e non certo da quelle povere...)   l'anticamera del tramonto dell'uguaglianza. Ma essa ha un precedente che non si deve rimuovere. La riforma, approvata al termine della scorsa legislatura, dell'articolo 117 della Costituzione affida alla legislazione nazionale la sola determinazione dei "livelli essenziali" delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio dello Stato. Il regresso rispetto al principio dell'articolo della Carta fondamentale non potrebbe essere pi  netto. Con tale disposizione, infatti, si impongono ai "minimi garantiti" ma si d , al di l  di quei limiti, una legittimazione costituzionale della disuguaglianza.

*Secondo.* L'articolo 1 della legge del 2001 di riforma dell'adozione e dell'affidamento dei minori, nell'affermare che le condizioni di indigenza non possono essere di ostacolo al diritto del minore di essere educato nella sua famiglia, ha previsto un obbligo a carico dello Stato e degli enti locali di attuare misure di aiuto economico per le famiglie a rischio "nei limiti delle loro risorse finanziarie". Da allora si   aperta un'autostrada e la formula si   rapidamente riprodotta nei piani sanitari regionali a precisazione delle caratteristiche dell'obbligo di erogazione dei servizi sanitari ai cittadini. La situazione conseguente   presto detta: il diritto all'assistenza e il diritto alla salute si sono trasformati in "diritti subordinati all'esistenza delle risorse", ovvero in non diritti, ch  tali sono le aspettative di servizi a cui non corrisponde un dovere assoluto di erogazione da parte degli enti competenti. Una strategia che voglia davvero partire dai diritti deve evitare, in futuro, simili infortuni.

\* **Livio Pepino** *Presidente di Magistratura Democratica*

## **I conti truccati di Siniscalco\***

**Per il solo quadriennio 2001-2004 mancano alle regioni 20 miliardi di euro, pi  altri 13 di trasferimenti non erogati**

La sanit  del nostro paese vive una condizione di grave crisi finanziaria. Per il solo quadriennio 2001-2004 mancano alle casse delle regioni 20 miliardi circa di euro, ai quali si devono aggiungere altri 13 miliardi di mancati trasferimenti; somme gi  stanziate, ma ancora non erogate, che sono indispensabili per il mantenimento dei livelli di assistenza e la cui mancanza obbliga le regioni a ricorrere, per fare fronte alle spese correnti, ad onerose anticipazioni bancarie. La Finanziaria proposta da Siniscalco non soltanto non risolve questa condizione ma la aggrava ulteriormente. Essa infatti mette a disposizione per il 2005 una somma pari a 88,250 miliardi di euro che   inferiore di 4 miliardi rispetto al tendenziale di spesa per lo stesso anno (92.500 miliardi) previsto nel Dpef 2005-2008. Il piatto quindi non   pi  ricco di 7 miliardi come ama dire il professor Sirchia ma pi  povero di 4. Per il 2006 le cose sono ancora peggiori in quanto, a fronte di un incremento medio della spesa sanitaria annua del 6,5% (+10,6 per cento nel 2001 e +5,5% nel 2002) l'aumento del fondo   solo del 2% (totale:

90,014 miliardi). Un incremento dunque che, riproposto anche per il 2007 si traduce, nonostante le acrobazie del presidente Berlusconi, in un taglio del 4% ad una spesa corrente già drammaticamente sottofinanziata. La proposta di legge è inadeguata anche altri motivi: l'accesso al finanziamento integrativo per il 2005-2007 viene subordinato infatti alla stipula di una specifica intesa tra Stato e regioni che contempli, secondo una formula già usata e dimostratasi fallimentare, un rafforzamento degli obblighi già esistenti di rispetto del patto di stabilità (rimodulazione dell'offerta sanitaria, rispetto dell'equilibrio finanziario delle aziende sanitarie, vincolo di crescita delle voci dei costi, controllo della spesa farmaceutica). Misure queste che così formulate sono totalmente inefficaci per frenare una spesa che cresce soprattutto perché il finanziamento per la sanità è troppo basso rispetto la media Europea. Non viene assolutamente affrontato il problema delle regioni con deficit strutturali come larga parte delle regioni meridionali. Per queste regioni è infatti indispensabile procedere subito alla costituzione del fondo di riequilibrio previsto dall'articolo 119 comma 5 della Costituzione ("risorse aggiuntive" e "iniziative speciali") finalizzato a rimuovere gli squilibri economici e sociali in esse presenti e a favorirvi l'effettivo esercizio dei diritti. L'attribuzione delle risorse del fondo deve avvenire a fronte della presentazione da parte delle regioni interessate di specifici progetti la cui validità sia riconosciuta da apposita commissione Stato-Regioni e in cui sia previsto un tempo sufficiente (che non può essere un solo anno) per il raggiungimento degli obiettivi; questi devono essere valutati attraverso un attento monitoraggio dei risultati che però non possono essere solo di natura economica ma devono ricomprendere qualità e appropriatezza delle prestazioni e facilità di accesso. La soluzione non può dunque essere quella del Presidente Fitto che ha raggiunto ( forse) l'equilibrio economico grazie ad una vera macelleria sociale che ha privato i cittadini di ospedali e di servizi alternativi. Paradossale è poi la proposta che in caso di commissariamento della regione per reiterate inadempienze sia lo stesso presidente regionale (massimo responsabile) a svolgere le funzioni di commissario ad acta. Anche nei rapporti tra Stato e regioni la proposta di finanziaria è confusa contraddittoria. Il quadro che emerge è dunque quello di un provvedimento incoerente, lacunoso e totalmente inadeguato alle necessità del paese.

\* **Roberto Polillo** *Responsabile nazionale politiche della salute Cgil*