

SALUTE: UN DIRITTO FONDAMENTALE

ASSOCIAZIONE SALUTE DIRITTO FONDAMENTALE

Nei mesi scorsi si è costituita l'associazione Salute diritto fondamentale¹². Precedentemente su iniziativa di un gruppo di promotori¹³ è stato diffuso il documento, che segue, per ripensare le politiche per la salute nel nostro Paese, per promuovere un'ampia e non occasionale mobilitazione, per riaffermare il ruolo del Servizio sanitario nazionale e più in generale del Welfare quali fattori di benessere, occupazione e crescita.

1. Allarme Salute Diritto Fondamentale

Il nostro Servizio sanitario nazionale ha prodotto risultati importanti, riconosciuti a livello internazionale, ma da molti anni stiamo assistendo a un suo progressivo indebolimento. **Siamo ancora in tempo a intervenire, ma dobbiamo farlo al più presto** perché troppi fattori stanno spingendoci lungo percorsi irreversibili. Non si tratta solo del rallentamento della nostra economia, del peggioramento del quadro economico internazionale e delle difficoltà della finanza pubblica, fattori che per ora mettono a rischio il previsto (piccolo) aumento delle risorse destinate al Ssn per il prossimo triennio. Contribuiscono ad aggravare lo scenario alcune ipotesi all'ordine del giorno del Governo, in grado di mettere in seria discussione i principi di uguaglianza e solidarietà alla base del nostro sistema sanitario, oltre che della nostra convivenza civile. Si tratta della *flat tax* e dell'*autonomia regionale differenziata*, due riforme che potrebbero provocare una contrazione del welfare e un aumento delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria. Un vero e proprio azzardo per un Paese con livelli di esclusione sociale e rischio di povertà superiori del 28% alla media europea. Le difficoltà esistenti richiedono in-

vece interventi capaci di **avvicinare il sistema a tutti i cittadini** senza incidere sui suoi principi fondamentali, con una **visione strategica** centrata non solo sui servizi ma su tutti i determinanti della salute, **una rinnovata attenzione** alla prevenzione e alla promozione della salute, **un approccio innovativo volto a migliorare la qualità della relazione** con i pazienti, per rilanciare e ringiovanire le politiche per la salute.

2. Il lento e continuo impoverimento della sanità pubblica

Ormai da molti anni stiamo assistendo a un lento e continuo impoverimento della sanità pubblica, spesso presentato come inevitabile conseguenza della pesante situazione dei conti pubblici, ma in buona parte espressione del **disimpegno culturale e politico nei confronti delle politiche per la salute**, disimpegno praticato anche dalla gran parte dei decisori (nazionali e locali), schiacciati tra vincoli di bilancio sempre più stringenti e visioni del welfare sempre più limitate. Un disimpegno subalterno alle logiche neo liberiste che, considerando la salute una merce anziché un "diritto fondamentale", hanno messo in atto **una paziente e progressiva offensiva contro l'universalismo** – e più in generale il welfare - e

¹² <https://salutedirittofondamentale.it/>.

¹³ Tra gli altri: Rosy Bindi, Nerina Dirindin, Marco Geddes, Elena Granaglia, Gavino Maciocco, Livia Turco, Luca de Fiore.

hanno perseguito con costanza una strategia di sviluppo del secondo pilastro, senza alcun riguardo all'interesse generale. E così la sanità pubblica è stata oggetto di restrizioni che, nelle dimensioni e nelle modalità con cui sono state disegnate e attuate, sono andate oltre la pur necessaria riduzione delle inefficienze e degli sprechi. Anzi, spesso le restrizioni hanno agito in maniera lineare, con la conseguenza che l'offerta di servizi si è ridotta anche dove avrebbe dovuto essere rafforzata e sono peggiorate le condizioni di lavoro degli operatori. All'interno della spesa pubblica **la sanità è stata sacrificata più del resto del settore pubblico**. Dal 2010 al 2016 la spesa del Ssn è rimasta, in valori assoluti, sostanzialmente immutata mentre la spesa primaria (al netto degli interessi sul debito pubblico) è cresciuta dello 0,5% all'anno. E ciò è avvenuto nonostante il nostro sistema sanitario sia tra i meno costosi del mondo sviluppato. Le previsioni del Ministero dell'Economia indicano per i prossimi anni una spesa sanitaria pubblica intorno al 6,5% del Pil (era il 7,1 nel 2009), un valore di gran lunga inferiore a quello della maggior parte dei paesi europei (la Germania spende oggi il 9,6% del Pil, la Francia il 9,5%). Un risultato troppo spesso ignorato, di cui dovremmo essere invece orgogliosi e che dovrebbe essere riconosciuto anche, e non solo, all'insieme dei professionisti che si impegnano quotidianamente per la nostra salute. Per tutti noi lo ha detto il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione dei 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale: il nostro Servizio sanitario è **“un grande motore di giustizia e un vanto del sistema Italia... un patrimonio da preservare e da potenziare”**.

3. Il Ssn deve tornare ad essere il primo riferimento per il cittadino

Le restrizioni hanno prodotto un altro effetto preoccupante. Il servizio pubblico ha smesso di essere il primo livello di contatto

delle persone con il sistema sanitario: ticket e liste di attesa hanno infatti spinto i cittadini a rivolgersi ai servizi specialistici a pagamento, inevitabilmente più esposti alle leggi del mercato. Ciò sta aggravando un aspetto che al contrario dovrebbe essere mitigato: il prevalere delle prestazioni specialistiche sulle cure primarie, con interventi su singoli episodi di malattia piuttosto che sui bisogni complessivi della persona e senza una reale presa in carico. Il tutto a dispetto delle evidenze scientifiche che indicano nelle **cure primarie la strada da intraprendere** per affrontare la crescente complessità dei bisogni della popolazione, a partire da cronicità e multi-morbosità, temi regolarmente additati come causa di insostenibilità del servizio sanitario ma poi lasciati in balia di un mix di ripiegamento dei servizi pubblici e irruzione di servizi privati frammentati. Le cure primarie sono invece, lo sappiamo da molti anni, meno costose e più sostenibili, riducono la pressione ingiustificata su ospedali e Pronto soccorsi, sono più in grado di raggiungere le persone vulnerabili e producono coesione sociale. Per questo riteniamo urgente **una significativa inversione di tendenza: la rete dei servizi territoriali deve tornare ad essere il principale riferimento per il cittadino**, secondo i modelli che hanno dimostrato di funzionare e ai quali si richiamano molti documenti adottati anche dal nostro Paese, come il *Piano nazionale della cronicità* del 2017, purtroppo tuttora in grande affanno.

4. Riscoprire il ruolo delle comunità locali e dare valore al lavoro di cura

È indispensabile riscoprire e riaffermare **il ruolo delle comunità locali** e della loro espressione istituzionale, i Comuni, il cui progressivo impoverimento, con una perdita della relazione fra politiche sanitarie e politiche sociali (anch'esse indebolite finanziariamente e strutturalmente), si è accompagnato ad una visione della salute presso-

ché assente nelle scelte ambientali, urbanistiche, produttive. E invece, ancora oggi, dopo tante enunciazioni di principio, un punto particolarmente critico è quello dell'**integrazione**, anzi dell'alleanza, **tra sociale e sanitario**, per offrire una risposta adeguata ai bisogni delle persone, a partire da cronicità e non autosufficienza.

Altrettanto importante è rinnovare la capacità del nostro sistema di **prenderci effettivamente cura dei bisogni complessivi della persona**. Ogni operatore della sanità e del sociale, a partire da chi ha maggiori responsabilità decisionali, deve farsi carico di testimoniare quotidianamente, con comportamenti e atti, che il principio del rispetto della dignità della persona, alla base del nostro welfare, non è solo una bella enunciazione ma è profondamente radicato nella pratica dei servizi. Allo stesso modo va riconosciuto **il grande valore di tutti i lavori di cura**.

5. Il personale del Ssn: un patrimonio di competenze e professionalità da ricostituire

Le restrizioni hanno intaccato anche il patrimonio di competenze e professionalità di cui il nostro Servizio sanitario è sempre stato dotato e di cui non può fare a meno. I vincoli di spesa hanno **ridotto il personale dipendente** e ne hanno **elevato l'età media** (dato preoccupante per organizzazioni con turni di lavoro sulle 24 ore, delicate funzioni assistenziali e necessità di trasferimento delle buone pratiche ai più giovani); hanno anche imposto **condizioni di lavoro demotivanti** (dalla vacanza contrattuale alle difficoltà connesse alle continue riorganizzazioni; dalla penuria di risorse per la formazione alla obsolescenza delle tecnologie) e hanno favorito la **sostituzione del personale dipendente con personale esterno** (a costi spesso superiori, a parità di attività). E così il personale qualificato è sempre più carente, vuoi per la sostanziale assenza, ormai da anni, di una efficace programmazione dell'offerta formativa vuoi perché i professionisti più qualificati vanno altrove

(in pensione, all'estero, presso strutture private) mentre il personale esterno - precario, meno aggiornato e con remunerazioni più modeste - non è in condizione di avvantaggiarsi delle conoscenze dei più esperti. Pochi semplici dati sono sufficienti a illustrare la situazione: **dal 2009 al 2017 il Ssn ha perso oltre 46 mila unità di personale dipendente** (- 6,7%). La riduzione ha interessato i medici (meno 8 mila unità), la cui età media è oggi tale da far prevedere un collocamento in pensione di 2 medici specialistici e 9 medici di famiglia al giorno nei prossimi anni, con ridotte possibilità di ricambio per carenza di laureati e, in particolare, di specializzati. La contrazione del personale ha riguardato anche gli infermieri (meno 13 mila unità), nonostante la loro presenza sia già molto inferiore al resto d'Europa, in rapporto alla popolazione (5,6 infermieri ogni 1000 abitanti, contro 12,9 della Germania e 10,2 della Francia) e rispetto ai medici (1,4 infermieri ogni medico, contro circa 3 di Francia e Germania). **La mancanza di una seria politica del personale sta mettendo in ginocchio l'intero sistema sanitario**.

6. Non abbiamo fatto abbastanza per ridurre i divari interregionali ma l'autonomia differenziata può fare peggio

Un sistema universalistico finanziato con la fiscalità generale è più equo di qualunque altro sistema basato sulla disponibilità a pagare degli individui. Eppure il nostro sistema presenta ancora rilevanti margini di miglioramento in termini di riduzione dei divari fra aree del Paese (non solo fra Nord e Sud) e fra gruppi di individui. La politica di revisione della spesa attuata attraverso i **Piani di rientro ha contribuito a contenere i disavanzi ma non ha migliorato l'offerta assistenziale**. Anzi, i Piani di rientro hanno spesso distolto l'attenzione dagli obiettivi di riqualificazione dei servizi e hanno contribuito a rinviare interventi possibili. I livelli di assistenza effettivamente

erogati appaiono oggi fortemente differenziati (come dimostrano le prime simulazione della nuova griglia Lea), la mobilità sanitaria è in aumento, le prestazioni assicurate da alcune regioni sono più ampie e aggiornate di quelle garantite da altre (anche perché i nuovi Lea sono da due anni in attesa dei decreti attuativi), le tecnologie e le strutture registrano livelli di obsolescenza molto diversificati (non sempre solo nel mezzogiorno), la cattiva amministrazione e la criminalità condizionano con diversa intensità i sistemi sanitari delle regioni. Si tratta di questioni che non possono essere ulteriormente rinviate, né possono essere accantonate **riconoscendo alle regioni ricche l'allentamento dei doveri di solidarietà** nei confronti delle popolazioni in difficoltà. Sotto questo profilo, particolarmente **preoccupante è il percorso avviato con la recente proposta di autonomia regionale differenziata**, le cui conseguenze sulla salute e più in generale sul sistema paese sono ampiamente sottovalutate. Una proposta senza contrappesi e meccanismi di salvaguardia, rovinosa sul piano finanziario, avulsa dal perno della centralità dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che contribuirà a consolidare le disegualianze territoriali e comporterà una rottura dei canoni fondamentali di eguaglianza e solidarietà. Al contrario deve essere rafforzato il ruolo concretamente esercitato dello Stato quale garante della coesione sociale e dell'unità giuridica ed economica del Paese.

7. La sanità integrativa ha bisogno di una sostanziale revisione

Di fronte alle crescenti difficoltà della sanità pubblica stiamo rinunciando a rivendicare i nostri diritti e stiamo convincendoci che il cd *secondo pilastro* sia l'unica soluzione. Non è così! **È illusorio pensare che fondi sanitari, assicurazioni e welfare aziendale costino meno e siano più efficaci.** Possono svolgere un ruolo, ma solo nel rispetto dei principi generali di tutela della

salute che valgono per tutte le persone. La loro espansione, frutto delle stesse politiche che hanno indebolito la sanità pubblica, è ampiamente sostenuta da importanti agevolazioni fiscali che causano una perdita di gettito Irpef (a carico della collettività dei contribuenti) e un minor monte contributivo (a carico delle future pensioni dei lavoratori). **Sono fonte di disegualianze** perché offrono risparmi fiscali crescenti al crescere del reddito, discriminano specifici gruppi di popolazione e, soprattutto, **legittimano l'idea che di fronte alla malattia i cittadini non sono tutti uguali.** L'offerta di prestazioni è in larga parte duplicativa di quelle offerte dal Ssn e promuove consumi superflui o inappropriati con forti incentivi a indirizzare la domanda verso fornitori privati. Riteniamo pertanto **indispensabile una sostanziale revisione della così detta sanità integrativa**, definendone l'ambito di azione in modo da renderla effettivamente integrativa (e non sostitutiva). È necessario rafforzare la vigilanza pubblica, garantendo la massima trasparenza delle opportunità e dei costi delle prestazioni proposte ai cittadini, armonizzando l'offerta ai principi di appropriatezza e sicurezza previsti per i Lea e rivedendo radicalmente la normativa fiscale. Dobbiamo evitare derive i cui effetti negativi saranno visibili solo nel lungo periodo, quando le loro dimensioni saranno difficilmente aggredibili. Lo dobbiamo alle future generazioni alle quali vogliamo lasciare in eredità un welfare rinnovato ma non snaturato.

8. Serve un piano pluriennale di investimenti pubblici

Il patrimonio edilizio pubblico sanitario e assistenziale (561 ospedali pubblici, 2.804 ambulatori, 4.969 altri presidi e 2.449 strutture residenziali e semiresidenziali), costruito per larga parte prima degli anni novanta, richiede importanti interventi, a partire dall'adeguamento antisismico e antincendio, stimati nell'ordine di 32 miliardi solo per i comuni in zone a maggior rischio

sismico. Anche il patrimonio tecnologico presenta rilevanti carenze in termini di adeguamento e pianificazione. Ci troviamo infatti nella singolare situazione di avere una sovrabbondanza di attrezzature (Tac e Risonanze magnetiche sono il triplo dell'Inghilterra e il doppio della Francia) ma in larga parte obsolete, mal distribuite e con un livello di utilizzo che è circa il 25% di quanto avviene in altri paesi. A fronte di tale situazione si è assistito, in questi anni, a **una drammatica riduzione dei fondi per gli investimenti**: meno 42% dal 2014 al 2017, come ha certificato la Corte dei conti, *"... con rischi di riverberarsi sulle possibilità di garantire i livelli di assistenza e sulla qualità dei servizi offerti"*. Serve **un nuovo piano pluriennale di investimenti pubblici**, per mettere a norma e svecchiare il patrimonio edilizio e tecnologico del Ssn; un piano che può anche diventare un potente motore per creare occupazione e sviluppo.

9. Siamo ancora in tempo ad arrestare il declino

Abbiamo adottato provvedimenti (sbagliati) che hanno spinto le persone a rivolgersi ai servizi a pagamento anziché ai servizi pubblici; abbiamo così prodotto sfiducia, malumore, rabbia e diseguaglianze. Ma siamo ancora in tempo ad arrestare il declino. Dobbiamo innanzi tutto evitare di spingerci oltre. Dobbiamo impedire lo smantellamento dei Lea (o il loro superamento di fatto). Dobbiamo opporci all'uscita dal Servizio sanitario dei più abbienti, una proposta avanzata da alcune forze politiche ed economiche che vogliono farci credere che i poveri ne sarebbero avvantaggiati mentre in realtà sarebbero relegati in una sanità con meno finanziamenti e meno tutele. Dobbiamo scongiurare una *flat tax*, finanziata con un taglio più o meno ampio del welfare, perché tagliare le imposte tagliando i servizi riduce i diritti sociali (per tutti). Dobbiamo essere consapevoli che la

soluzione non è nelle assicurazioni, più costose e più inique di qualunque sistema universalistico. Per tutte queste ragioni siamo convinti che le difficoltà esistenti richiedano una nuova visione, di lungo periodo, con un approccio innovativo, proprio per mantenere e potenziare il servizio sanitario pubblico.

10. Un'ampia mobilitazione per riportare la salute al centro di tutte le politiche

Preservare e potenziare il Ssn richiede in primo luogo una diffusa consapevolezza del valore della sanità pubblica e della necessità di rinnovarla a beneficio delle future generazioni. Richiede analisi, studio, confronto e dibattito per riconoscere punti di forza e di debolezza del nostro sistema e per rilanciare e ringiovanire le politiche di tutela della salute. Richiede investimenti nella ricerca, nella formazione, nelle reti informatiche per semplificare la vita ai cittadini e dare impulso alla domanda globale quale opzione strategica per il nostro Paese.

Riteniamo indispensabile **un'ampia e non occasionale mobilitazione** delle comunità locali, dei lavoratori e delle loro rappresentanze, degli operatori della sanità e del sociale, del mondo scientifico e intellettuale, degli amministratori locali e del volontariato per ricollocare la salute al centro di tutte le politiche, per riconfermare il Ssn quale potente fattore di benessere per l'individuo e la collettività, per riaffermare il ruolo propulsivo del welfare anche sull'occupazione e la crescita e per superare le diseguaglianze quale obiettivo di giustizia sociale.

