



Diritto alla Salute, spending review, universalismo

Un Patto per contribuire alla crescita, al risanamento, alla riqualificazione del Servizio Socio Sanitario pubblico e universale

a cura di Stefano Cecconi

La spending review ipotizzata dal Governo si configura come un'irrinunciabile opera di riqualificazione della spesa pubblica, per rendere sempre più appropriate le prestazioni del welfare socio sanitario ? **Oppure si propone** di ridurre i confini della copertura pubblica e universale, e quindi i Livelli Essenziali concernenti i diritti di sociali e civili sanciti dalla nostra Costituzione ?

Serve una discussione e un confronto trasparente, tanto più se si vuole realizzare un intervento straordinario ed eccezionale, in piena crisi, per contribuire all'abbattimento del debito pubblico: quel "forno inceneritore" di miliardi di spesa per interessi, che potrebbero invece, a risanamento avvenuto, essere finalmente destinati a investimenti e ovviamente al welfare stesso.

Con i documenti sulla *spending review* il Governo indica per la sola spesa sanitaria una revisione su 97 miliardi di euro, pari all'89% della spesa sanitaria totale. Le procedure ipotizzate parlano esplicitamente di "aggressione dei confini pubblici" **VEDI FIGURA 1**

Governo italiano

Figura 1

Procedure della spending review (pagina 11 Documento "la spending review" Consiglio dei Ministri 30 aprile 2012)

2.1 La riduzione delle inefficienze. Il passo iniziale, più semplice e meno controverso, è quello che **RIDEFINISCE I MODI DI ESSERE DELL'INTERVENTO PUBBLICO NELL'AMBITO DEI CONFINI CHE OGGI NE DELIMITANO IL TERRITORIO**. Esso considera:

(A) la eliminazione degli sprechi e dell'eccesso di risorse impiegate nell'ottenimento di un certo risultato, ovvero

(B) le innovazioni nella organizzazione della produzione che, mantenendo i livelli di produzione originari e consentendo allo stesso tempo di gestire i servizi a costi minori, siano in grado di determinare risparmi di spesa.

2.2 Le modifiche di confine. Il secondo percorso comporta la **RIDEFINIZIONE DEI CONFINI DELL'INTERVENTO PUBBLICO PROGETTANDO UNA RIDUZIONE DEL SUO TERRITORIO**. ...

In questo percorso si distinguono:

(C) interventi con impatto marginale sui confini dell'intervento pubblico, che determinano azioni o attività perseguibili anche nel breve termine;

(D) misure che attaccano i confini dell'intervento pubblico e richiedono di decidere se un'attività possa essere mantenuta all'interno del settore pubblico, se debba essere rimandata per intero verso il settore privato dell'economia, oppure se il coinvolgimento pubblico nel suo sostegno debba essere ridotto.

Ci preoccupa una *spending review* che, anziché rinnovarlo, dovesse ferire il modello di welfare socio sanitario italiano (europeo), caratterizzato, seppure in modo contraddittorio, da un tendenziale universalismo. Sarebbe un tragico errore consegnare al mercato il compito di rispondere a bisogni umani (sanitari e sociali) finora affrontati prevalentemente con l'intervento, diretto o indiretto, pubblico

I pesanti tagli lineari al finanziamento del welfare socio sanitario e i nuovi ticket, disposti dalle ultime manovre finanziarie (tabella 1), e quelli annunciati, rischiano, già ora, di compromettere il diritto costituzionale alla salute e all'assistenza (se la sanità è in crisi l'assistenza sociale rischia addirittura di scomparire).

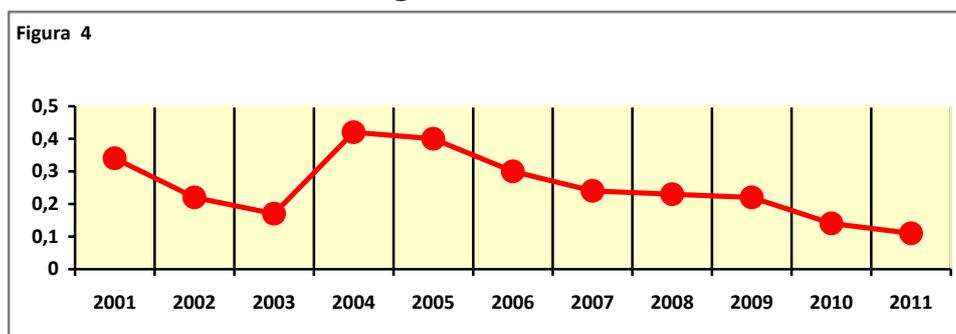
Tabella 1: tipo di tagli SSN manovre finanziarie Fonte: Conferenza delle Regioni e P.A.	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	TOTALE TRIENNIO
Art 9 comma 16 L. 122/2010 Misure sul personale	1.132	1.132	1.132	3.396
Art 11 comma 12 L. 122/2010 Economie di spesa farmaceutica	600	600	600	1.800
Art 17 comma 6 L. 111/2011 Reintroduzione super ticket 10 euro	834	834	834	2.502
Art 17 L. 111/2011 Tagli vari (e 2 mld nuovi ticket dal 2014)		2.500	5.450	7.950*
Risorse necessarie per Indennità Vacanza Contrattuale (previste Patto Salute 2010 – 2913: non stanziate)	466	466	466	1.398
TOTALE TAGLI	3.032	5.532	8.482	17.046
Tagli bozza decreto spending review 5.7.2012	1.000	2.000	2.000	5.000*

* **Saldi ancora da conseguire (tagli): 13 miliardi in due anni e mezzo**

Mentre l'allarme, posto dai documenti del Governo, sulla crescita della spesa sanitaria è preoccupante perché infondato (si veda l'ultimo Rapporto della Corte dei Conti in materia e le previsioni al 2060 della spesa sanitaria UE (scenario EPC-WGA 2012*); qui vedi la tabella 2 e le relative figure 2,3,4), ed è indice di un approccio che vede il welfare come un mero costo invece che un investimento per accrescere il benessere, la coesione sociale, l'occupazione e lo stesso PIL, indispensabile in tempo di crisi e necessario per la ripresa economica.

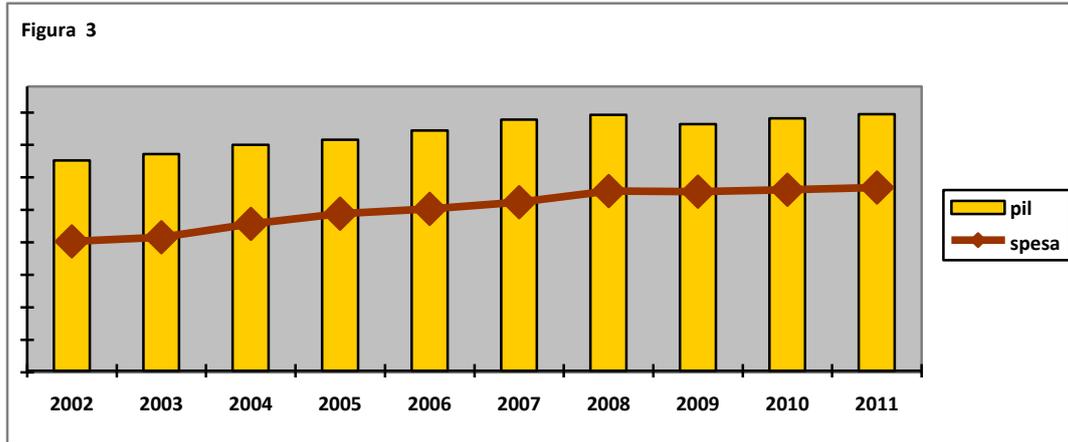
Tabella 2 - Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e PIL (miliardi di euro) Fonte Ministero della Salute							
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa/Pil	Finanz/Pil	Disavanzo/Pil
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,981	6,7%	6,4%	0,30%
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,177	6,7%	6,5%	0,24%
2008	107,141	103,483	-3,658	1.575,144	6,8%	6,6%	0,23%
2009	110,160	106,795	-3,364	1.519,695	7,2%	7,0%	0,22%
2010	111,333	109,127	-2,206	1.553,166	7,2%	7,0%	0,14%
2011	112,889	111,110	-1,779	1.580,220	7,1%	7,0%	0,11%

Il disavanzo negli ultimi SETTE anni scende

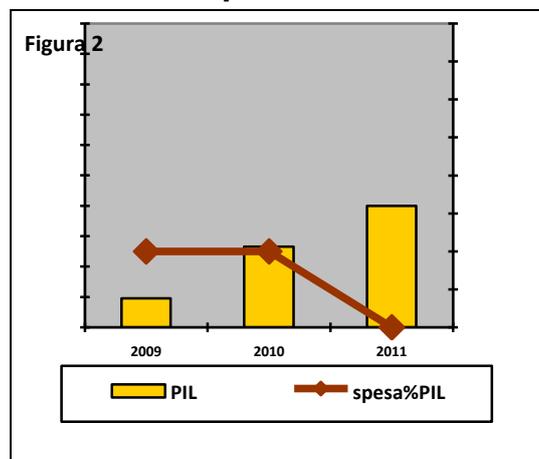


***Evoluzione della spesa sanitaria pubblica in ambito europeo (previsioni Economic Policy Committee UE – WGA 2012)**: alla fine del periodo di previsione (anni 2010 - 2060), la spesa sanitaria italiana risulta significativamente inferiore a quella dei principali partners europei (Francia, Germania, Spagna), con un'amplificazione significativa rispetto al differenziale iniziale (Francia, Germania). L'Italia, infatti, è fra i paesi dell'UE che presentano, in prospettiva, la minore crescita del rapporto fra spesa sanitaria e PIL. ... nel periodo 2010-2060, l'incremento del rapporto risulta inferiore a quello italiano solo in Belgio, Bulgaria e Cipro.

Negli ultimi dieci anni nessun BOOM della spesa sanitaria in % sul PIL

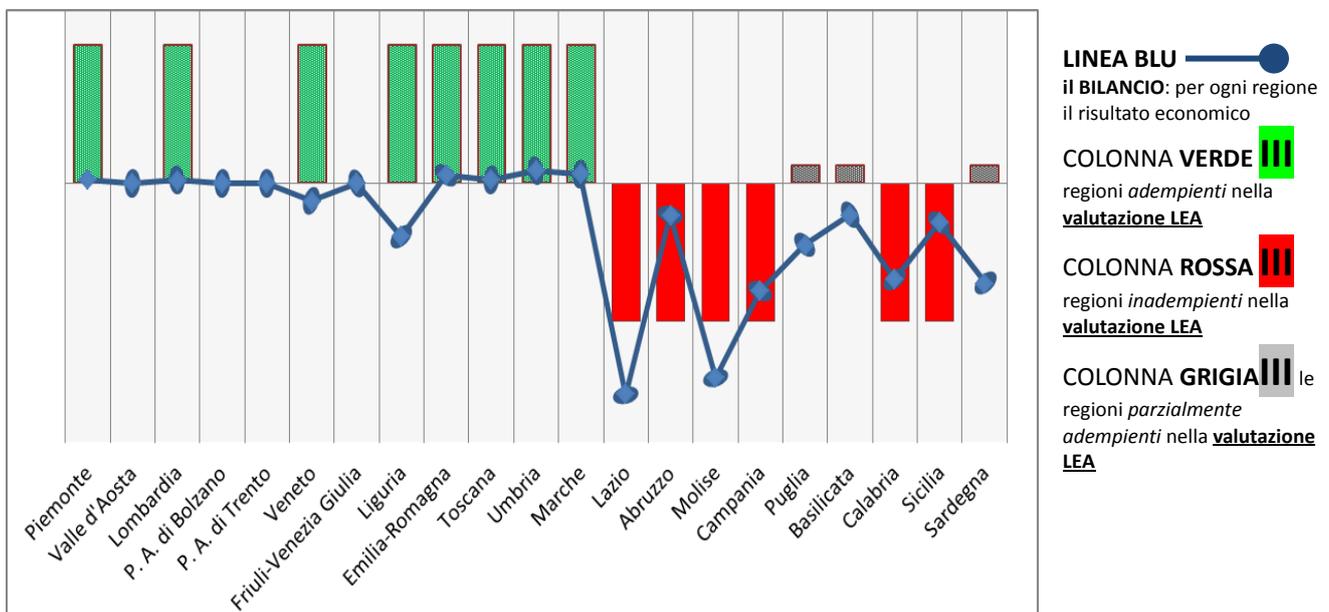


Anzi nel 2011 la spesa sanitaria % PIL cala



Siamo invece convinti che sia possibile, giusto e necessario riqualificare la spesa socio sanitaria (e siamo disponibili a contribuire). Peraltro l'esperienza di alcune regioni dimostra che la progressiva riorganizzazione dell'offerta del welfare, per avvicinarla sempre più ai bisogni dei cittadini, tagliando e riconvertendo spesa inappropriata, ha assicurato migliori livelli di assistenza e mantenuto in equilibrio i bilanci. Al contrario di quelle realtà dove il disavanzo di bilancio è sempre associato a peggiori risultati assistenziali.

RISULTATO DI BILANCIO = RISULTATO LEA: [Figura 5](#) Fonte: elaborazione CGIL su dati Ministero Salute marzo 2011



Perciò la spending review non può essere un'operazione centralista calata dall'alto: deve considerare le diverse condizioni e i diversi comportamenti tra le regioni, e il legame tra bilancio economico e assistenziale. E deve distinguere tra operazioni a "breve termine" e altre che necessitano di tempi più lunghi per ottenere risultati duraturi. Altrimenti diventa un'operazione ragionieristica solo per ridurre la spesa. Proponiamo qui una ("arbitraria e discutibile") sintesi dei possibili interventi in sanità:

<p>meno ospedale (ma più qualificato) più prevenzione, cure primarie e assistenza h 24 nel territorio (meno ricoveri più cure a domicilio)</p>
<p><i>Come fonte di risparmi appropriati, di fronte al quadro demografico ed epidemiologico, è raccomandabile: il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera e la sua riconversione per aprire servizi nel territorio: con il potenziamento della prevenzione, dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare), delle cure primarie e della rete dell'emergenza.</i></p> <p><i>La stessa Commissione economica della UE raccomanda di potenziare la prevenzione e le cure primarie e per rendere sostenibili i sistemi sanitari. (Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema «Le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sui sistemi sanitari e di protezione sociale» - luglio 2010 - Gazzetta Ufficiale UE 11.2.2011).</i></p> <p><i>Nonostante questa strategia venga ribadita in tutti i documenti di programmazione, prevenzione, cure primarie e assistenza integrata territoriale non sono ancora funzioni sviluppate come sarebbe necessario.</i></p>
<p>appropriatezza e Lea monitorare e valutare i Lea insieme ai bilanci (task force per l'appropriatezza ?)</p>
<p><i>Dall'appropriatezza è possibile conseguire risultati importanti per la qualità dell'assistenza e per il controllo della spesa: ricoveri evitabili, durata delle degenze, frequenza dei parti cesarei, ecc.) Vedi anche Ministero della Salute: Valutazione e Monitoraggio dei LEA. Agenas: Programma Nazionale Valutazione Esiti</i></p> <p><i>Il monitoraggio sui LEA deve diventare effettivo "sistema di garanzia costituzionale", come previsto dall'ultimo Patto per la Salute e dal D.Lvo 68/2011 sul federalismo. La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve diventare più "stringente" e pesare quanto quella sui bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni (misurando non solo performances ma anche esiti e per tutti i LEA).</i></p> <p><i>Serve unificare i vari Tavoli e Comitati di verifica (adempimenti, LEA, ecc.) in un unica struttura Stato Regioni di valutazione che possa intervenire a supporto e affiancando le regioni (una sorta di task force per l'appropriatezza?).</i></p>
<p>integrazione tra intervento sociale e sanitario</p>
<p><i>La domanda di salute e di cure è caratterizzata da un rapporto stretto fra bisogni sociali e sanitari (si pensi alla non autosufficienza o alla salute mentale). La separazione fra assistenza sociale e sanitaria è spesso inappropriata. L'integrazione implica la presenza di un soggetto unitario (Comuni/Asl), con ambiti territoriali coincidenti e quindi una programmazione e gestione integrata e associata.</i></p> <p><i>Si può superare così l'attuale frammentazione e separatezza, che comporta dispersione e maggiori costi impropri, scaricati spesso sulla sanità o pagati direttamente dai cittadini.</i></p>
<p>regole e governo rigoroso degli accreditamenti e per acquisto servizi</p>
<p><i>Soprattutto le regioni in piano di rientro hanno avuto una spesa verso strutture private accreditate più alta della media nazionale e per troppo tempo è mancato un sistema di regolazione. Serve un governo rigoroso degli accreditamenti, riconducendo l'offerta (tetti di prestazioni) entro i limiti della programmazione pubblica in modo appropriato.</i></p>
<p>governo assistenza farmaceutica e per acquisto beni (specialmente dispositivi medici)</p>
<p><i>Serve un governo dell'assistenza farmaceutica (convenzionata e oggi ancor di più ospedaliera), estendendo le misure adottate con successo dalle regioni più "virtuose" (ad esempio l'utilizzo dei medicinali equivalenti, la distribuzione diretta, l'off label per il farmaco meno costoso, ecc.).</i></p> <p><i>Le spese per l'acquisto di beni vanno "accentrate" il più possibile (tenendo conto delle indicazioni cliniche dei professionisti, perché una standardizzazione meramente "industriale" può essere rischiosa o comunque non appropriata). Ma in ogni caso governare l'impatto dell'innovazione tecnologica (HTA) è indispensabile, in primo luogo per ragioni di appropriatezza, e può produrre grandi risparmi.</i></p>

Nell'assistenza sociale c'è ancor più necessità di investire: l'Italia spende molto meno della media dei Paesi UE (oltre che per la sanità: qui "Malattia") per "Invalidità, Famiglia, Disoccupazione, Abitazione, Povertà" (vedi tavola Istat III.1.2.16)

Istat Tavola III.1.2.16 - Prestazioni di protezione sociale secondo l'evento, il rischio e il bisogno per i paesi Ue a 15 e sinteticamente Ue a 25 e Ue a 27 - Vari anni (in percentuale sul PIL) anno 2009 - Fonte Istat

PAESE E TIPO DI PRESTAZIONE	Eventi, rischi e bisogni								Totale
	Malattia	Invalidità	Famiglia	Vecchiaia	Superstiti	Disoccupazione	Abitazione	Esclusione sociale non altrove classificata	
Italia	7,3	1,7	1,4	14,4	2,6	0,8	0,0	0,1	28,4
Austria	7,6	2,3	3,1	12,7	2,0	1,8	0,1	0,3	29,9
Belgio	8,2	2,0	2,2	9,4	2,2	3,8	0,2	0,8	28,9
Danimarca	7,6	4,9	4,2	12,1	0,0	2,1	0,8	0,9	32,5
Finlandia	7,5	3,6	3,3	10,4	1,0	2,4	0,5	0,7	29,4
Francia	9,4	1,9	2,6	12,4	2,0	1,9	0,8	0,6	31,6
Germania	9,7	2,4	3,2	10,0	2,2	1,9	0,6	0,2	30,1
Grecia	8,0	1,3	1,8	11,3	2,2	1,6	0,5	0,6	27,3
Irlanda	10,7	1,3	3,7	5,6	1,1	3,1	0,3	0,6	26,4
Lussemburgo	5,8	2,6	4,0	6,2	2,0	1,3	0,3	0,5	22,7
Paesi Bassi	10,3	2,5	1,3	10,4	1,2	1,4	0,4	2,0	29,7
Portogallo	7,3	2,2	1,5	11,2	1,8	1,4	0,0	0,3	25,6
Regno Unito	8,7	3,0	1,8	12,0	0,2	0,8	1,5	0,2	28,2
Spagna	7,3	1,7	1,5	7,7	2,2	3,7	0,2	0,3	24,5
Svezia	8,0	4,5	3,2	12,7	0,6	1,3	0,5	0,7	31,5
Ue15	8,6	2,3	2,3	11,2	1,7	1,8	0,6	0,4	29,1
Ue25	8,4	2,3	2,3	11,1	1,7	1,7	0,6	0,4	28,5
Ue27	8,4	2,3	2,3	11,1	1,7	1,7	0,6	0,4	28,4

La spesa in Assistenza sociale in Italia è stata nel 2012 di 33 miliardi:

- in trasferimenti monetari: 24,4 mld
- in servizi: 8,605 mld (di cui 6,6 mld Comuni: ma in realtà circa metà di questi è anch'essa in prestazioni monetarie).

A questi vanno aggiunti circa 25 miliardi di spesa "contabilizzata" in quella previdenziale (Indennità di malattia, per infortuni e maternità, Indennità di disoccupazione, Assegno di integrazione salariale, Assegni familiari)

Il problema è che si spende quasi tutto in trasferimenti monetari, anziché in Servizi: "liquidando" la presa in carico della persona troppo spesso con prestazioni monetarie soggettive. Non è un caso se gli unici Livelli Essenziali "esigibili" nel Sociale sono rappresentati dai cosiddetti "diritti soggettivi".

C'è dunque molto da fare, in sanità e nel sociale, per attuare una "seria" spending review, capace di creare un legame coerente e virtuoso tra le risorse disponibili e i bisogni delle persone, per garantire così i diritti civili e sociali di cui parla la Costituzione quando si riferisce ai Livelli Essenziali.

Siamo consapevoli che il momento è difficilissimo, per questo serve affidare al nuovo Patto per la Salute un compito straordinario: assumere precisi impegni per mantenere la natura pubblica e universale del Servizio Sanitario Nazionale a garanzia dei diritti di cittadinanza, e così dare "un senso e un orientamento" alla *spending review* nei settori del welfare socio sanitario.

a cura di **Stefano Cecconi**

