

AC 1741 *“Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità”* - SCHLEIN, BRAGA, SPERANZA, FURFARO, CIANI, GIRELLI, MALAVASI, STUMPO, BONAFÈ, GHIO, TONI RICCIARDI, CASU, DE LUCA, DE MARIA, FERRARI, FORNARO, MORASSUT, ROGGIANI

AC 503 *“Disposizioni in materia di adeguamento annuale del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato”* SPERANZA, AMENDOLA, ASCANI, BERRUTO, BOLDRINI, CASU, FORATTINI, FORNARO, FURFARO, GUERRA, LAI, MALAVASI, MARINO, MEROLA, TONI RICCIARDI, ROGGIANI, ANDREA ROSSI, SCOTTO, SERRACCHIANI

AC 1608 *“Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall’anno 2023”* –
CONSIGLIO REGIONALE DELLA TOSCANA

AC 1545 *“Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall’anno 2023”* –
CONSIGLIO REGIONALE DELL’EMILIA ROMAGNA

AC 1533 *“Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall’anno 2023”* –
CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE

AC 1626 *“Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall’anno 2023”* –
CONSIGLIO REGIONALE DELLE MARCHE

AC 1712 *“Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall’anno 2024”* –
CONSIGLIO REGIONALE DELLA PUGLIA

***Audizione resa, per Anaa Assomed,
dal dott. Bruno Zuccarelli
Segretario Regionale Anaa Assomed Campania
Referente Regionale Area Geografica Sud in Esecutivo Nazionale Anaa Assomed***

Roma, 21 maggio 2024

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio la Commissione Affari Sociali per aver invitato l'Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a prendere parte a questo ciclo di audizioni sui disegni di legge AC 1741 "Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità", AC 503 "Disposizioni in materia di adeguamento annuale del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato", AC 1608, AC 1545, AC 1533, AC 1626 "Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2023", AC 1712 "Sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale a decorrere dall'anno 2024" –

Il Def 2024 approvato lo scorso 9 aprile dal Consiglio dei Ministri, con le sole stime tendenziali calcolate sulle norme in vigore, e senza stime programmatiche che rimangono in attesa del nuovo Patto di Stabilità, conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo.

A partire dal 2010, al di là del valore nominale del FSN, tutti i Governi, hanno evitato di finanziare adeguatamente il Ssn, portando il nostro Paese ad essere in Europa "primo tra i paesi poveri" in termini di spesa sanitaria pubblica, sia in percentuale del Pil, sia, soprattutto, pro-capite a parità di potere di acquisto. Che, nel 2022, è meno della metà di quella tedesca e poco superiore al 50% di quella francese, inferiore a quella spagnola, supera di pochi decimali Grecia e Portogallo ed i paesi dell'Europa dell'Est, eccetto la Repubblica Ceca, come già rilevato dal Gimbe. Rispetto al Pil, poi, nel triennio 2025-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,1%, il DEF 2024 stima al 2% la crescita media annua della spesa sanitaria con riduzione del rapporto dal 6,4% del 2024 al 6,2% nel 2025-2026. Senza considerare, peraltro, l'erosione del potere di acquisto, visto che nell'ultimo triennio i prezzi hanno registrato un incremento cumulato del 13,9%, mentre il FSN è cresciuto del 11,4% segnando un decremento in termini reali. Il tutto senza tener conto dei bisogni e dei costi crescenti legati a transizione demografica e innovazione tecnologica.

La sanità è in una grave situazione di incapienza, di risorse economiche, umane, posti letto, con problemi cronici intrecciati a quelli creati dal Covid. Mentre chilometriche liste di attesa accentuano la sfiducia dei cittadini e le spinte verso la privatizzazione, sentiamo un gran parlare di muri e di tecnologie, ma non di uomini e di donne, di bisogni e di diritti. Ma la sanità è fatta di professionisti qualificati, insostituibili punti di riferimento per i cittadini e garanzia di diritti fondamentali. A fronte delle nuove sfide (aumento dell'anzianità della popolazione, delle malattie croniche e della non autosufficienza, arrivo di nuovi emigranti, accesso ai nuovi e costosi farmaci e dispositivi medici, spinte centrifughe esasperate dalla promessa di autonomia differenziata) le compatibilità rischiano di saltare, l'accesso dei cittadini ai servizi sempre più ineguale, le motivazioni degli operatori sempre più volatili ed il loro disagio crescente al punto di renderle vicine al punto di fuga.

Il Servizio sanitario nazionale cambia volto e pelle avviandosi a diventare un sistema povero per i poveri, il più grande ammortizzatore sociale esistente. Oggi solo 10 Regioni garantiscono i LEA, la forma normativa della garanzia della eguaglianza del cittadino di fronte al diritto alla salute, mentre essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale fortemente minacciato e, da qualche parte, già travalicato.

Ma, come ha già avuto modo di dichiarare il Segretario Nazionale Anaa Assomed, *«Senza soldi, non si può investire in un nuovo modello sanitario. Non si possono abbattere le liste d'attesa, non si possono rinnovare le infrastrutture ospedaliere, finanziare le case della salute, integrare la medicina ospedaliera e la medicina del territorio. Non si possono stipulare contratti, non si può rinnovare il contratto collettivo, non si possono assumere medici né finanziare le borse di specializzazione per formarne di nuovi. Non si può fare sanità»* (Di Silverio).

Appaiono pertanto largamente condivisibili le proposte dei DdL in esame, in un apprezzabile spirito bipartisan, di un finanziamento aggiuntivo del FSN di € 4 miliardi l'anno per un totale di € 20 miliardi. Nelle stime Ocse sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari entro il 2040, l'Italia si trova al penultimo posto per incremento delle entrate attese (0,2%) e al terzultimo per l'aumento di spesa sanitaria (1,5%).

La importante iniezione di denaro pubblico per il Ssn non appare, però, sufficiente a recuperare l'enorme gap della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media dei paesi europei.

Preoccupa, inoltre, nei provvedimenti in esame la vaghezza sul reperimento delle risorse necessarie. Il riferimento a maggiori risorse derivanti dalla crescita economica, al sempiterno recupero dall'evasione/elusione fiscale e alla revisione delle politiche contributive appare tanto vago nei tempi quanto indeterminato nella entità. Perciò, se si vuole evitare il crollo imminente di un pilastro della nostra democrazia, è indifferibile rivedere le priorità di investimento del Paese, anche ricorrendo a tasse di scopo su comportamenti a rischio di patologie, come il gioco d'azzardo che ha un giro di affari superiore alla stessa spesa sanitaria.

Sarebbe necessario il MES, o almeno parte di esso, come Anaa sostiene da tempo, perché non c'è debito altrettanto "buono" di quello necessario a salvare il soldato SSN," il bene comune più prezioso che abbiamo" e dare a medici e dirigenti sanitari ben più di una foto ricordo ma risorse per mettere il loro lavoro al centro della agenda e garantire una condizione umana e professionale più soddisfacente. E fuggire il

sospetto che dietro l'obiezione più comune e scontata, che viene posta al definanziamento della sanità pubblica ovvero la mancanza di risorse, si nasconde la volontà di consolidamento del processo di privatizzazione, ovvero meno servizi e più mercato, meno coesione sociale e più disuguaglianze. Da tempo, movimenti carsici e messaggi politici, più o meno espliciti, parlano di secondi e terzi pilastri a spese della fiscalità generale, che già oggi garantisce 700 milioni di vantaggi al welfare aziendale e ai fondi assicurativi, spesso sostitutivi e non integrativi delle prestazioni pubbliche.

Come afferma Romanow, *“un sistema sanitario è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia”* per cui la sua sostenibilità è scelta politica e non tecnica.

Per rilanciare il Ssn il progressivo incremento del finanziamento pubblico è condizione necessaria, ma non sufficiente. Sono ormai inderogabili coraggiose riforme visto che, a fronte di varie transizioni (epidemiologica, demografica, digitale), le modalità di finanziamento, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari rispondono a leggi che risalgono a 30 anni fa. Serve una revisione della governance delle aziende sanitarie, una riforma dello stato giuridico e del modello contrattuale-retributivo della dirigenza sanitaria, una riforma del suo reclutamento, della formazione post laurea, il miglioramento delle condizioni di lavoro. E individuare il necessario equilibrio ospedale-territorio, ripensando il ruolo e la organizzazione delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con quella delle cure primarie.

La stessa valorizzazione della prevenzione primaria rischia, per parte sua, di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare per ridurre i comportamenti a rischio nel doppio ruolo di gabbelliere e curante.

In attesa della deriva prossima ventura dell'autonomia differenziata, per cui il diritto alla salute, uno e indivisibile, verrà declinato in ventuno modi diversi, cessando di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale con perdita complessiva di coesione sociale ed accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, con le seconde ridotte al rango di clienti delle prime, cui garantiscono la tenuta dei conti.

Il problema delle liste d'attesa costituisce una delle principali criticità del servizio sanitario Nazionale che porta milioni di cittadini e pazienti alla rinuncia alle cure con pesanti conseguenze sulla salute. Primo frutto avvelenato di un anacronistico tetto di spesa alle assunzioni che, anche in un contesto di crescita della occupazione, come quello tra 2022 e 2021, segna meno 500 medici. Condividiamo perciò la proposta di una sua eliminazione, premessa necessaria per una campagna straordinaria di assunzioni, e quella di predisporre una unica agenda di prenotazione tra strutture pubbliche e private accreditate.

Ma, più utile, e con effetti a breve termine, sarebbe garantire un vantaggio competitivo alle prestazioni aggiuntive al debito orario contrattuale, richieste e remunerate in regime libero professionale dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai propri dirigenti del ruolo sanitario, finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa, attraverso un trattamento fiscale sostitutivo con aliquota al 15%

Nel settore della sanità privata tale trattamento fiscale non rappresenta una novità. E nel pubblico, l'articolo 1, comma 13, della L 145/2018 prevede che tale opzione di tassazione sostitutiva spetti per tutti i compensi

derivanti dall'attività di lezioni private svolta dai docenti titolari di cattedre nelle scuole di ogni ordine e grado, a partire dal 1° gennaio 2019.

Se il monte ore complessivo della Libera professione in favore delle aziende, eseguita dai dirigenti del ruolo sanitario nella fascia diurna con la finalità di ridurre le liste di attesa è pari a circa 2.5 milioni di ore aggiuntive in un anno e il compenso forfettario per ogni ora è di 100 Euro lorde, la defiscalizzazione al 15% comporterebbe, rispetto ad una aliquota marginale attuale del 43%, una riduzione di introiti per lo Stato pari al 28% (54.880.000,00 Euro). La migliore remunerazione di queste attività disagiate e aggiuntive le renderebbe più appetibili, anche rispetto alla attività libero professionale intramoenia individuale, determinando un minor ricorso da parte delle Aziende Sanitarie all'acquisto di tali prestazioni dalle cooperative con costi almeno doppi. Con un significativo vantaggio economico e la certezza di uno standard qualitativo più alto.

Ma non va esclusa la applicazione generalizzata, come di recente ha fatto la Regione Veneto, della L.124 del 1998.

Nessun settore pubblico o privato ha, come la filiera della salute, costi pari a 7 punti di PIL ed un valore pari a 12 punti, rappresentando inoltre il più grande insediamento di culture ed innovazioni tecnico-professionali. Non un lusso che non possiamo permetterci, come molti vorrebbero far credere, mentre spendiamo ogni anno 7 miliardi in più della Germania per l'esercito e polizia, ma un volano per la ripresa economica, se un euro investito in sanità ne attiva 3 nei settori collegati. Ed uno strumento di tutela dell'unico diritto della persona che la Costituzione definisce "fondamentale".