

La scure della manovra sulla sanità

Publicato da [Redazione SI](#) – 21 giugno 2010 – 10:03

Nerina Dirindin – Università Torino



Il blocco del *turn over* colpisce indiscriminatamente tutte le regioni e tutti i settori della sanità. Tale misura discrimina a favore del privato accreditato e favorisce l'esternalizzazione dei servizi. L'effetto finale sarà il ridimensionamento del pubblico e il riscatto del privato

La crisi economica e finanziaria che sta condizionando il futuro dei paesi occidentali e la manovra che in queste settimane si sta adottando per correggere i conti pubblici sono motivo di grande preoccupazione per gli effetti che possono produrre sulla vita delle persone.

La manovra appare a tutti gli osservatori necessaria. Motivo di dibattito è per contro la qualità della manovra: i quesiti riguardano, da un lato, l'efficacia degli interventi (in termini di riduzione dell'indebitamento pubblico e di sostegno alla ripresa) e, dall'altro, l'impatto sulla popolazione più debole.

Dal punto di vista della finanza pubblica, la manovra appare inadeguata. Nel 2009, il debito pubblico è risultato pari al 116% del Pil, uno dei livelli più elevati del mondo occidentale. Ma, contrariamente alla maggior parte degli altri paesi sviluppati (dove il debito è cresciuto negli ultimi anni, per gli interventi messi in atto per salvare il sistema creditizio), il nostro debito pubblico è ai primi posti al mondo da oltre venti anni, ovvero dalle politiche dissennate degli anni '80. Il che significa che il nostro Paese ha bisogno di interventi strutturali e di lungo respiro, difficili da intravedere nelle manovre più recenti.

In questo quadro la sanità pubblica sembra essere il settore che più di ogni altro è stato capace di dotarsi, nel corso degli ultimi decenni, di riforme strutturali che hanno contenuto il tasso di crescita della spesa e hanno consentito un continuo (ancorché ancora insufficiente) miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il livello della spesa sanitaria pubblica è inferiore a quello dei principali paesi europei: 6,7% del Pil nel 2007, a fronte di una media dei paesi con sistemi di sicurezza sociale (Francia, Germania, Austria) dell'8,1% e una media dei paesi scandinavi con sistemi universalistici del 7,3% (Oecd Health Data 2009). **Inoltre, la dinamica della spesa ha registrato negli ultimi anni un significativo rallentamento:** mentre "nel periodo 2000-2005 il tasso medio di incremento della spesa sanitaria è stato pari al 7,3% annuo, nel periodo 2006-2009 il tasso è risultato pari al 2,9%" (Ministero dell'Economia, RUEF 2010).

Anche rispetto al resto del settore pubblico, la sanità mostra livelli di performance decisamente più soddisfacenti. Nel 2009, ad esempio, la spesa pubblica primaria totale è cresciuta

del 4,9%, mentre la spesa sanitaria pubblica è cresciuta solo dell'1,9% (Banca d'Italia, Relazione Annuale sul 2009). I risultati sono frutto degli interventi messi in atto dalle singole regioni, autonomamente o obbligatoriamente a seconda della diversa capacità di governo.

A fronte di una situazione decisamente migliore che nel resto della pubblica amministrazione, quali gli interventi previsti dalla recente manovra per la sanità?

Il blocco del *turn over* penalizza i migliori e favorisce i fornitori privati

Con riguardo al personale dipendente, la manovra adotta per la sanità pubblica lo stesso tipo di intervento previsto per il resto del settore pubblico: **il blocco del *turn over*, il quale colpisce indiscriminatamente tutte le regioni e tutti i settori della sanità.** Una operazione poco rispettosa delle competenze delle regioni in materia di organizzazione del servizio sanitario, alle quali compete la scelta fra produrre direttamente attraverso personale strutturato o acquistare da fornitori privati. **Il blocco del *turn over* discrimina a favore del privato accreditato (non soggetto a vincoli nella combinazione dei fattori produttivi) e favorisce l'esternalizzazione dei servizi (pratica che purtroppo ha prodotto modesti risultati in termini di efficienza e ha esposto il settore alla penetrazione della criminalità organizzata).**

Il blocco generalizzato produce inoltre effetti perversi, che colpiscono di più le realtà più efficienti. Le regioni più virtuose, infatti, che già erano intervenute sulla dotazione quantitativa e qualitativa di personale, trovano difficile contenere ulteriormente l'organico, mentre le regioni con una storica maggiore dotazione di personale possono affrontare il blocco con minori problemi. **Ancora una volta sono penalizzati i migliori,** mentre sarebbe stato sufficiente confermare le penalizzazioni per chi va in disavanzo, lasciando alle singole regioni l'autonomia e la responsabilità di decidere come raggiungere l'equilibrio di bilancio. **Chiedere a tutti lo stesso sacrificio vuol dire fare un passo indietro rispetto alla politica differenziata avviata negli ultimi anni, in particolare con i piani di rientro, che prevede vincoli differenziati a seconda della specifica situazione.**

Così come alcune storiche carenze di personale, quali quelle degli infermieri, dovrebbero essere trattate in deroga alla regola generale.

La retorica del federalismo

Un aspetto sottolineato con forza dalle Regioni riguarda il diverso sacrificio richiesto ai livelli decentrati di governo rispetto al livello centrale. Nonostante le regioni abbiamo dimostrato una maggiore capacità di controllo della loro spesa (rispetto al governo centrale), i tagli incidono maggiormente proprio su di loro. Secondo le stime delle Regioni, per il 2011 la manovra ricadrebbe per il 55% sulle Regioni, che però rappresentano solo il 20% dell'amministrazione pubblica. Perché tali squilibri? **Perché il livello centrale ha scelto di imporre rilevanti sacrifici all'esterno del proprio ambito di responsabilità? Ancora una volta i tagli più odiosi, quelli che incidono sul benessere dei cittadini, sono rinviati alle decisioni (inevitabili) degli enti decentrati.** E' uno strano comportamento da parte di un governo che ha fatto del federalismo la propria bandiera: si decentra il "bastone", anziché le responsabilità. Vero è che in un momento di difficoltà è necessario una politica che prenda decisioni anche impopolari, ma è il contenuto delle decisioni che preoccupa: perché limitarsi ad "affamare" gli enti decentrati, lasciando così passare l'idea che gli sprechi si annidino solo negli enti locali (e non anche nel livello centrale), e senza alcuna attenzione alle ricadute sui cittadini? Perché, ad esempio, non responsabilizzare il sistema delle autonomie sulle politiche per la non autosufficienza, definendo (come prevede la Costituzione e la legge sul federalismo) i livelli essenziali delle prestazioni sociali almeno in pochi ambiti rilevanti, costringendo così i Comuni a destinare le poche risorse disponibili ai servizi essenziali, anziché alle sagre e alle spese inutili (se è questo che si vuole contrastare).

Al contrario, purtroppo, i contenuti della manovra sembrano confermare la tendenza del governo centrale ad agire praticando quella che con riferimento al Regno Unito Rudolf Klein ha recentemente definito “**la retorica del federalismo e il realismo del ri-accentramento**”^[1].

Le ricadute sui più deboli

Ridurre le risorse a Regioni e Comuni vuol dire costringerli a ridurre i servizi. **Ed i primi servizi destinati ad essere sacrificati sono quelli sociali, già pesantemente segnati dagli interventi a riduzione del fondo nazionale sociale e delle risorse per la non autosufficienza.** Una situazione particolarmente difficile proprio in un momento in cui dovrebbero, al contrario, essere definiti i livelli essenziali e stimato il relativo fabbisogno finanziario. L’attuazione del federalismo fiscale appare sempre più problematico, anche perché si rischia di attribuire agli enti decentrati responsabilità su settori privi di finanziamento e in assenza di autonomia finanziaria.

La minore attenzione alle politiche sociali avrebbe ricadute negative anche sulle politiche sanitarie, sempre più interessate a un forte sviluppo del sistema socio-assistenziale. Infatti, solo una forte integrazione sul territorio con il sistema sociale può contribuire a migliorare il benessere delle persone, e a valorizzare gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti. Inoltre, soprattutto nelle regioni virtuose, gli interventi sulla spesa sanitaria sono possibili grazie a una più decisa riduzione delle prestazioni sanitarie inappropriate ora erogate in sostituzione di quelle sociali, inesistenti o comunque molto carenti. Ridurre i ricoveri degli anziani richiede lo sviluppo dell’assistenza domiciliare integrata, ovvero di quel tipo di sanità che è possibile erogare a domicilio solo se l’anziano può contare anche sul sostegno degli operatori del sociale, per l’igiene personale, la preparazione dei pasti, il recupero dell’autonomia negli spostamenti, ecc.

Ed è questo il principale punto debole dell’attuale manovra: il rischio di una ulteriore riduzione dei servizi alla persona, soprattutto dei più fragili, ipotesi che purtroppo non è estranea all’idea di welfare che l’attuale Governo ha più volte espresso.

Non dimentichiamo che il Libro Bianco del ministro Sacconi del luglio 2009 propone, quale elemento fondamentale del nuovo “welfare delle opportunità”, **il ridimensionamento del pubblico e il riscatto del privato**, lo “sviluppo di un sistema a più pilastri” (con forme integrative di assistenza sanitaria a fianco della sanità pubblica) e il riconoscimento del valore del “dono” quale strumento di straordinaria potenzialità. **In altri termini, ai più deboli non resta che sperare nella pratica della carità!**

Ma anche nel centro destra albergano posizioni meno liberiste. Vale la pena richiamare quanto scritto dall’Assessore al bilancio della Lombardia Romano Colozzi a proposito della “iniquità della manovra e dei suoi effetti dannosi sulle Regioni e il federalismo”. L’effetto della manovra renderebbe “sostanzialmente lettera morta” il federalismo fiscale, “a meno che qualcuno non stia pensando a una sorta di gioco delle tre carte, con il quale sostituire i fondi tagliati dal Decreto legge con risorse sottratte al fondo sanitario nazionale, attraverso l’applicazione dei cosiddetti costi standard. **Ma non voglio neppure pensare che ci possa essere qualcuno nel nostro Paese convinto veramente che questa manovra, socialmente inaccettabile, costituzionalmente insostenibile e politicamente devastante possa effettivamente prendere corpo**”.

1) Klein R. The Eternal Triangle: Sixty Years of the Centre–Periphery Relationship in the National Health Service, Social Policy & Administration, Volume 44 Issue 3, Pages 285 – 304.