

*Relazione del segretario regionale FPS-CISL Sardegna*  
**Ignazio Poddighe**

«Vertenzialità e stato di attuazione delle politiche di inclusione sociale in Sardegna»

Cagliari, Jolly Hotel, giovedì 6 maggio 2004 ore 9,30

In questi giorni, forse perché si avvicina il periodo elettorale, tutti si affannano a denunciare la situazione disastrosa del Servizio Socio - Sanitario Regionale tutti, da sinistra o da destra, rilevano lo stato quasi comatoso del Servizio.

Le denunce, solitamente, cominciano con l'aumento della spesa, le lunghe liste d'attesa, la scarsa qualità delle prestazioni e proseguono, di solito, con l'elencazione delle ricadute nefaste che ha l'aumento dei costi e il taglio del finanziamento statale, ha sui bilanci della Regione, per passare poi a denunciare i ritardi legislativi regionali, che negli anni si sono accumulati, addossando le responsabilità di tali misfatti, ora a questa, ora a quell'altra Giunta Regionale; ora a questo o a quell'altro Assessore alla Sanità.

Ma fatta l'anamnesi del caso, e stabilita, lacunosamente e macchinosamente la malattia, **non si propone mai la cura** o, se lo si fa, si propongono cure palliative o finalizzate alla fase acuta e momentanea, e mai per aggredire il male alla radice, per debellarlo o quantomeno per ridurre gli effetti. S'ipotizzano nuovi interventi, nuovi investimenti, tesi a potenziare reparti, servizi, all'apertura di nuove strutture, o all'istituzione d'Ospedali d'eccellenza o, addirittura nuove Aziende USL ma, guarda il caso, sempre nei propri collegi elettorali e senza mai individuare le fonti dei nuovi finanziamenti necessari a far ciò che viene promesso.

La nostra Organizzazione Sindacale, che rappresenta la maggioranza dei sindacalizzati del comparto, ha denunciato negli anni, e oggi continua a denunciare i mali del sistema, sostenendo e proponendo soluzioni tese **alla razionalizzazione del sistema, in modo serio e fattibile**, sapendo che questo avrà ricadute sui lavoratori che noi rappresentiamo, ma che siamo convinti che, proponendo soluzioni serie fattibili e condivise, esse saranno accettate, anche in considerazione del fatto che, già oggi, lo scotto maggiore dei disservizi lo stanno pagando i lavoratori del settore. Basti ricordare, in modo particolare, i lavoratori della Sanità Privata, che già oggi pagano di tasca propria i disservizi o i ritardi dei pagamenti delle prestazioni; con la mancata corresponsione delle retribuzioni, (che in qualche caso raggiungono diverse mensilità arretrate), e quasi come fosse colpa loro, si vedendo costretti a chiedere prestiti per

campare, per affrontare le spese necessarie per recarsi a lavoro e per rendere le prestazioni domiciliari agli assistiti.

È pleonastico ricordare che, nel lontano 1978, con la legge 833, veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale per rispondere, sicuramente, all'esigenza ormai non più procrastinabile, di dare attuazione all'art.32 della Costituzione; che stabilisce che deve essere garantita a tutti i cittadini la salute e il suo mantenimento, ma anche perché bisognava superare il sistema mutualistico, allora in atto, il quale garantiva la cura solo ai propri assistiti; ma già allora esisteva il gap della spesa sanitaria, esso era in continuo aumento, rischiava di finire senza controllo.

Il legislatore, allora, credette di ottenere il governo della spesa e la garanzia dell'assistenza a tutti i cittadini, **istituendo il Servizio Sanitario Nazionale**, partendo dall'assunto che: le risorse destinate alla spesa sanitaria in Italia fossero sufficienti e in linea con il rapporto spesa/PIL, come negli altri paesi europei, ma che essi si perdessero nei meandri dell'allora sistema mutualistico o dell'assistenza che lo Stato garantiva ai non abbienti. Si pensò che, realizzando un sistema che mettesse insieme tutte le risorse; quelle che provenivano dai contributi dei lavoratori dipendenti, dagli autonomi e della tassazione dei cittadini possessori di redditi e le risorse che lo Stato destinava all'assistenza ai non abbienti, fosse sufficiente per garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini.

Il **Servizio Sanitario Nazionale**, poneva come concezione di tutela della salute, l'obbligo di rispettare i tre pilastri portanti, **la Prevenzione, la Cura e la Riabilitazione**, e facendo ciò, si potesse centrare anche l'obiettivo del governo della spesa.

Questo sarebbe dovuto avvenire **privilegiando:**

- **La prevenzione**, meno costosa della cura,
- **La medicina del territorio**, come cura più vicina al cittadino e tesa alla deospedalizzazione, in quanto le rette ospedaliere sono più care degli interventi sostitutivi.
- **La razionalizzazione** della rete ospedaliera, per ricondurre la presenza degli ospedali e dei posti letto a parametri di efficienza e di qualità.
- **Riabilitazione** mirata ed efficiente.

Trascorsi una decina d'anni e non essendosi verificate le condizioni predette, il legislatore dovette intervenire con nuovi provvedimenti, il DD.LL.502/517 e successivamente con il D.L.229/99, il famoso *Decreto Bindi*, per l'evidente esigenza di un'organica ridefinizione dell'architettura dello SSN, affinché si affrontassero i problemi che avevano condizionato la crisi istituzionale e finanziaria.

Il primi due provvedimenti si configurarono come una vera e propria riforma dello SSN, basata su una logica economica istituzionale che si proponeva di rendere

compatibili le due istanze, tradizionalmente considerate in antitesi, che erano il mantenimento del carattere pubblico del Sistema Sanitario (principio di equità e di uguaglianza), e l'introduzione di elementi di concorrenzialità, in grado di promuovere una maggiore efficienza, nel rispetto dei vincoli istituzionali imposti dalle peculiarità delle attività sanitarie. Questo significava introdurre meccanismi di mercato fortemente regolamentati, con l'obiettivo di presidiare l'equilibrio economico-finanziario e preservare, nello stesso tempo, la natura pubblica del sistema e assicurarne un miglior governo complessivo. E in questa logica vanno letti i meccanismi che in essi erano previsti.

Il contributo essenziale dei DD.LL. 502 e 517, è stato di aver introdotto ed affermato la necessità di una cultura manageriale nella gestione del servizio sanitario, preservandone il carattere pubblico, che si è poi tradotto nell'assumere logiche e meccanismi gestionali derivati dal mondo delle imprese, al contesto delle Aziende Sanitarie Locali, e del sistema sanitario nel suo complesso, per assicurare una gestione unitaria e coerente rispetto a criteri di **Efficienza, Efficacia, Economicità**. Una vera e propria rivoluzione culturale.

In questo contesto, di intenso e complesso rinnovamento, fu necessario emanare il terzo provvedimento il D.Lgs. 229/99, con il quale si è inteso consolidare e portare avanti il riordino del Servizio Sanitario, spostando sulle Regioni il ruolo preminente, attuando e anticipando, di fatto, la modifica del Titolo V della Costituzione, che decentra una parte della potestà statale.

Con la nuova organizzazione del servizio, dando un ruolo più aziendalistico alle AA.SS.LL e accentuando il potere delle regioni, di fatto si iniziava la "Devolution", tanto paventata, che ipotizza di trasferire il potere legislativo in tema di Sanità e di Sociale alle Regioni.

A nostro giudizio, l'attuazione può avvenire con un federalismo solidale che non metta a rischio i principi universalisti e solidaristici, che garantiscano uguali livelli essenziali d'assistenza a tutti i cittadini, evitando in maniera inequivocabile, che siano sostituiti da tanti Servizi Sanitari Regionali o sub regionali diversi, o addirittura contrapposti.

Se venisse meno il sistema solidaristico, e quindi questi riferimenti di garanzia e di riequilibrio venissero meno, si allargherebbe il divario fra Regioni ricche e quelle povere, fra nord e sud, e si avrebbe un conflitto sociale durissimo. Consentitemi una parentesi, bisognerà insistere perché rivedano i parametri che governano il Patto di Stabilità, che sta penalizzando i piccoli Comuni e mettendo in pericolo quel poco di attività Socio Assistenziale che oggi fanno.

Oggi, il D.Lg.56/2000 prevede un **Fondo Perequativo Nazionale** fra le Regioni, al fine di consentire la realizzazione degli obiettivi di solidarietà

interregionale, e di consentire a tutte le Regioni di svolgere le proprie funzioni, di erogare i servizi essenziali a tutti i cittadini del territorio in modo uniforme,

Tale Fondo garantisce, oggi, tutte le Regioni, la copertura del fabbisogno sanitario fino al completo azzeramento, che dovrebbe avvenire 2013.

Nel 2001 veniva garantito un trasferimento pari alla differenza tra l'ammontare dei trasferimenti soppressi e l'incidenza della spesa storica.

Nel 2002 e nel 2003 il trasferimento è stato ridotto del 5% dell'importo accreditato l'anno precedente, e nel 2004 la quota sarà ridotta del 9% annuo, fino al totale azzeramento, appunto nel 2013.

Tale meccanismo, o azzeramento, credo che sarà necessario ripensarlo e rivisitarlo.

Nel dibattito di questi giorni, si è fatto un gran parlare della Spesa Sanitaria e della esiguità dei fondi destinati al Servizio Sanitario, e credo che la relazione introduttiva di Oriana sia stata esaustiva, sia su i fondi che sulla spesa, e l'aumento di quest'ultima, noi non crediamo che essa sia imputabile alla spesa Farmaceutica o all'aumento dei costi contrattuali, ma l'unica certezza è la minor incidenza della spesa sanitaria sul P.I.L., rispetto alla media europea e nazionale, ma non bisogna negare che vi siano sprechi e diseconomie.

Nel contempo, bisogna riconoscere che vi siano ampie aree d'intervento per ottimizzare i costi: si pensi al controllo sugli ordinatori di spesa (Medici di famiglia, Pediatri, guardie Mediche, ecc..), o all'istituzione di un sistema centralizzato per gli acquisti, o se si eliminasse l'eccessivo ricorso alle consulenze e alle convenzioni e agli appalti, ecc. forse potremmo continuare e scoprire altre fonti di risparmio, e si potrebbe, forse, evitare il ricorso alla terzizzazione di tutta una serie di servizi, come oggi sta avvenendo con la scusa del risparmio.

Giova ricordare inoltre, che la maggior parte della legislazione prodotta in questi anni è stata finalizzata al riordino delle strutture e alla razionalizzazione delle risorse, ma nell'isola non è stata correttamente applicata.

A nostro giudizio è necessario rilanciare questi ragionamenti, per consolidare le scelte strategiche, che furono in parte intraprese con il "Progetto Salute".

Ora, cercando di non tediarvi, farò una elencazione delle inadempienze e dei ritardi legislativi e organizzativi del nostro sistema assistenziale, cercando di non tralasciare nessun argomento, come promemoria, sapendo che per ognuno di questi sarebbe necessario organizzare appositi seminari:

- *Piano Sanitario Regionale*

- *Attuazione del d.lgs. 229/99 nella nostra Regione, e la riscrittura della legge Regionale 5/95.*
- *Attivazione e nuova territorializzazione dei Distretti Sanitari*
- *Attivazione e programmazione, concertata, della razionalizzazione della Rete Ospedaliera*
- *Attuazione della delibera di Giunta 17/14 sulle "linee d'indirizzo concernenti l'Organizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)"*
- *Attuazione della delibera di Giunta 17/16 sulle "linee d'indirizzo per la riorganizzazione dell'attività d'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)"*
- *Attuazione della legge 328/2000, Realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali*
- *Il Piano Socio Sanitario Regionale*
- *Applicazione dei requisiti d'accreditamento delle varie Strutture Sanitarie,*
- *Controllo dei tetti di spesa e dei volumi d'attività, con criteri certi ed equi, d'efficienza e qualità*
- *Ricerca della soluzione legislativa per garantire la correttezza dei pagamenti e dei flussi finanziari alle strutture sanitarie accreditate*
- *Aggiornare i D.R.G. ospedalieri esistenti e istituire i DRG per le altre prestazioni sanitarie*
- *Attuazione del d.lgs. 517/99 con i conseguenti protocolli d'intesa Regione e Università*
- *Attivazione dei corsi di formazione per la nuova figura professionale dell'Operatore Socio-Sanitario*
- *Proseguire con l'attivazione dei corsi di riqualificazione e di qualificazione del personale occupato*
- *Corsi di qualificazione riguardante tutte le figure professionali previste per i servizi Sanitari e Socio Assistenziali riguardante i lavoratori disoccupati*
- *A.R.P.A.*

Nella relazione di apertura di questi nostri lavori, Oriana ha voluto elencare le iniziative messe in campo dalle OO.SS., per cercare di rispondere alle esigenze e alle richieste dei pensionati, dei lavoratori, della cittadinanza, sempre più pressata dall'aumento della spesa sanitaria, che devono affrontare a causa degli aumenti dei TICKET, o delle spese che sono costretti a sopportare per trovare le risposte ai loro bisogni, rivolgendosi alla cosiddetta "Medicina Mercantile", ma anche le nostre iniziative sono dei pannicelli caldi, sono cure palliative al male profondo del sistema Sanitario e Socio Assistenziale.

Noi della F.P.S. condividiamo in pieno le proposte per il futuro che la Confederazione propone nella sua relazione, come condividiamo le proposte, che in essa sono contenute, sapendo che esse dovranno essere affrontate nello spirito massimo di Solidarietà e di Mutualità fra territori.