



## Salviamo la Sanità Pubblica in Liguria

### Alleanza Verdi Sinistra

#### Il Servizio Sanitario pubblico, il diritto alla salute e alla prevenzione

La Salute è un diritto universale tutelato dalla Costituzione (Art. 32) e garantito dallo Stato, ma in numerosi interventi legislativi e le scelte politiche degli ultimi decenni sono andati in tutt'altra direzione, allontanandosi dalla piena realizzazione del **Servizio Sanitario Pubblico Universale**.

Quando si parla di salute non si intende solo il diritto alla cura, ma, prima ancora, alla prevenzione e al mantenimento dello stato di benessere fisico, psicologico e sociale, cioè al diritto di non ammalarsi.

Molti fattori incidono sul rapporto salute/malattia, questi, denominati "**determinanti di salute**" sono di natura ambientale (luoghi in cui viviamo e lavoriamo, qualità dell'aria che respiriamo, dell'acqua che beviamo, ecc.) e socio-economica tra loro strettamente interconnessi. Se è importante diagnosticare la malattia in fase iniziale in modo da poterla trattare con minor impiego di risorse, interventi terapeutici meno invasivi e migliori risultati in termini di cura e guarigione, ben più rilevante è la prevenzione primaria, ben diversa dalla diagnosi precoce, che porterebbe evitare sin dall'origine la malattia.

#### Disgregazione e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Pubblico Nazionale, istituito con la legge 833/1978, mai completamente realizzato, è entrato in una crisi che corre a velocità impressionante.

In dieci anni (2010-2020) in Italia sono stati chiusi **111 ospedali** e disattivati **113 pronto soccorso**, mentre nelle strutture rimaste attive, i posti letto sono diminuiti di **37 mila unità**.

A livello nazionale sarebbe necessario il **reclutamento di 300 mila medici e 250 mila infermieri** eliminando di fatto il tetto di assunzioni esistente (previsto dalla L.296/2006).

Le lunghe **liste d'attesa** hanno provocato la perdita di 17 milioni di visite di controllo e la mancata esecuzione di ben 3 milioni di elettrocardiogrammi, nonostante le patologie cardio-vascolari rappresentino la prima causa di mortalità per la popolazione (questa non è diagnosi veloce, anzi). Questo processo di disgregazione del nostro Servizio Sanitario non si arresta e l'emergenza è all'ordine del giorno.

Gli interventi del Governo, a partire da i decreti legislativi 502 e 229 (anni '90), hanno già segnato un preciso indirizzo di **aziendalizzazione**. Se è necessario contenere gli sprechi è altrettanto necessario non pensare al Servizio Sanitario in ottica di impresa, poichè al centro deve rimanere il cittadino con il suo diritto alla tutela della salute e alla cura della persona.

Il Servizio Sanitario che si delinea è quello in cui il diritto alla salute è legato alla disponibilità economica del singolo, con il ricorso alla sanità privata il cui obiettivo è l'utile di gestione.

A quanti asseriscono che in Italia vi sia una spesa pubblica ingente è facilmente dimostrabile il contrario: i dati della spesa sanitaria in rapporto al PIL sono del **6.6%**, con una ulteriore flessione prevista al 6,2% per il 2023, mentre in Germania si attesta sul 9.8%, in Francia sul 9,3 % secondo il XVIII rapporto Crea.

Siamo dinnanzi al superamento **dell'universalismo sanitario** a fronte di un sistema selettivo che crea e aumenta le diseguaglianze socio-economiche.

La legge di bilancio di questo Governo ha erogato risorse nettamente insufficienti, **circa 130.734 miliardi, 1 miliardo in meno rispetto allo scorso anno**, a livello nazionale, per i servizi socio-sanitari. I **7 Miliardi provenienti dal PNRR** sono destinati meramente alla ristrutturazione e strumentazione del modello territoriale e quindi non utilizzabili per le risorse umane.



**NON RISULTANO PERTANTO NUOVE RISORSE PER L'ASSUNZIONE DEL PERSONALE**, nè per coprire quello attualmente mancante, nè per poter gestire le nuove strutture territoriali quali le case e gli ospedali di comunità di cui si parla. e l'introduzione **dell'Autonomia differenziata** aumenterà le diseguaglianze tra regioni. Una maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa **in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi potrebbe portare ad avviare** un sistema di tipo assicurativo – mutualistico al di fuori di qualsiasi, anche labile (come attualmente), normativa nazionale. La richiesta di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, a cui si aggiunge un'autonomia in materia di **gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero professionale** mette in atto una concorrenza fra Regioni che potrebbe provocare un ulteriore trasferimento di personale nelle Regioni più ricche, determinando un aumento della mobilità interregionale, con incremento delle diseguaglianze;. Inoltre reintrodurrebbe le "gabbie salariali" mettendo fine alla contrattazione collettiva a livello centrale e all'esistenza, su base nazionale, degli stessi sindacati del personale della sanità.

Nell'art. 8 del Ddl si legge "dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica", è impensabile che qualcuno riceva più fondi senza che qualcun'altro ne riceva e non ci vogliono gli economisti per capirlo..

Il Dlgs 229/1999, il cosiddetto decreto Bindi, aveva reintrodotta la centralità dello Stato, modificando il decreto 502 del 1992 con l'art 19 nel quale si ribadiva: "le disposizioni del presente decreto costituiscono i principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione". Ma le vicende successive hanno contrastato questa impostazione consentendo già una maggiore autonomia alle Regioni

Occorre dunque opporsi duramente a questa scelta.

In Liguria l'ultimo Disegno di Legge del Consiglio Regionale, approvato con i 19 voti del centro-destra, ha stabilito di ripianare il deficit di 35 milioni di Euro dell'esercizio 2022 stornandoli dalla quota della Legge di Stabilità 2023, fondi che dovevano invece essere impiegati a garanzia dei LEA, i Livelli essenziali di assistenza.

Una mera operazione contabile ai fini di esibire un pareggio di Bilancio non raggiunto dall'Amministrazione Regionale, che però inciderà pesantemente sui bisogni di salute della popolazione Ligure.

Se consideriamo i dati della mobilità sanitaria interregionale dalla Liguria, confrontati con la diminuzione della popolazione ligure, constatiamo che la Regione anzichè investire in diagnostica e specialistica e consentire ai cittadini di fare prevenzione e cura sul proprio territorio con rapidità, ha contratto debiti con altre Regioni presso le quali i liguri sono stati costretti a migrare per sottoporsi ad esami e cure,

#### **Mobilità sanitaria interregionale Liguria** (differenza fra crediti e debiti)

2011: - 41.502.639 euro

2020: - 51.494.292 euro

#### **Il Piano Socio Sanitario Regionale: una dichiarazione di intenti di scarsa attuazione**

Sul nuovo Piano Socio Sanitario, approvato dalla Giunta regionale con atto N° 255/2023 nella seduta n° 3796 del 23 marzo 2023, numero d'ordine 15, occorre denunciare il **mancato confronto-interlocuzione** con le opposizioni, e tutti i soggetti istituzionali in grado di contribuire efficacemente alla sua elaborazione, mentre invece è stata immediatamente trasmessa al Ministero della Salute a Roma.

Il piano resta una **dichiarazione di intenti**, ricco di tecnicismi, da cui non emergono le modalità di concreta realizzazione.



Dalla lettura approfondita del documento, piuttosto, si evidenzia uno stretto collegamento ed una visione conforme alle politiche nazionali dell'attuale governo, che mirano a ridurre i finanziamenti, e che, di fatto, si traducono in una serie di tagli concreti.

Tagli rilevanti hanno riguardato le diagnosi precoci delle malattie neoplastiche. Il Piano Socio Sanitario Regionale Ligure focalizza gli screening su tre tipi di neoplasie: tumore della mammella, tumore della cervice uterina e tumore del colon-retto (quest'ultimo in entrambi i sessi).

Lo stesso PSSR riconosce ufficialmente che l'adesione ai programmi di Prevenzione nella nostra Regione è insufficiente e, noi aggiungiamo, che i dati liguri sono i peggiori di tutto il Nord Italia, non rispettando già ora i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Non è dato sapere con quali risorse e con quali modalità operative il PSSR intende colmare il gap che, presente già prima, è stato ulteriormente peggiorato durante l'emergenza pandemica da Covid-19.

### **Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali**

Il PSSR prevede l'istituzione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali, assistenza domiciliare e telemedicina, tutte proposte che devono fare i conti con gli **stanziamenti nazionali** e la **mancaza del personale** (medici, personale infermieristico ed altre figure di Operatori Sanitari) e anche dei **medici di famiglia**, il cui contratto nazionale non li obbliga alla presenza nelle strutture suddette.

Questa la ripartizione degli stanziamenti nazionali per tutta Italia:

Case di Comunità - 2 miliardi;

Ospedali di Comunità - 1 miliardo;

Centrali Operative Territoriali - 280 milioni;

Telemedicina - 1 miliardo;

Assistenza domiciliare agli over 65 (in aumento dagli attuali 700 mila a 800 mila) 2,7 miliardi.

La combinazione tra PNRR e DM 77/2022 prevede che tali servizi vengano inquadrati nel nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale.

A questo riguardo le **Case di Comunità** potrebbero costituire un'opportunità, ma resta la questione relativa alle spese del personale, che devono essere reperite con altre risorse poichè quelle del PNRR sono destinate solo alle strutture. Queste Case potrebbero diventare anche la sede per centralizzare le diverse attività legate alla prevenzione: dipartimenti, laboratori di igiene, strutture per eseguire gli screening, presenza di Medici organizzati in équipe con finalità anche ambientali e preventive (alimenti, allevamenti animali, ambienti di lavoro, igiene pubblica, medicina legale, epidemiologia).

Qui il DM 77/2022 prevede siano collocate le attività degli **Infermieri di Comunità**, a cui anche il PSSR affida compiti di prevenzione primaria.

Anche il MMG (Medico di Medicina Generale) non può più limitarsi a compiti di diagnosi e terapia, ma sarebbe opportuno si occupasse anche di Prevenzione.

Ribadiamo altresì convintamente, sebbene coscienti che ciò possa essere una scelta invisa ad alcuni, che la figura del MMG debba essere inquadrata in un rapporto di dipendenza all'interno del SSN.

### **La salute delle donne.**

Tra i tagli previsti per la nostra Regione crediamo che i **punti nascita** meritino una menzione speciale per la loro importanza e benessere delle donne. Se da un lato si parla di calo delle nascite, questo governo che chiede alle donne italiane di fare figli, in realtà applica tagli.

In Liguria dobbiamo affrontare la difficoltà di raggiungere in tempo le strutture ospedaliere a causa della morfologia del territorio e con tutti i problemi di mobilità urbana ed extraurbana.



Per questo è necessario:

- il mantenimento di percorsi sicuri per le gestanti, dunque, invece di tagliare eccellenze come la Casa del Parto, presso l'ospedale San Martino, positivo modello alternativo che consente la libertà di scelta individuale, autonoma e rispettosa del parto, sarebbe bene diffondere queste realtà.
- il potenziamento dei Consultori Familiari Pubblici sul territorio con la presenza di figure professionali previste dalla L.405 e dalla L.194, gestiti in autonomia dagli altri luoghi della salute e dalle Case di Comunità, sviluppando la rete e l'integrazione sociosanitaria e ripristinando le Linee Guida riguardanti le attività con un budget vincolato da parte delle ASL

## **Salute mentale**

Il Dipartimento di salute mentale dell'ASL 3 a Genova ha in carico circa 25 mila pazienti con un'incidenza di 98 pazienti ogni 10 mila abitanti. La richiesta di assistenza e cura della popolazione, dopo gli anni della pandemia da Covid, è aumentata del 66% rispetto al 2019, la maggior parte dei casi, riguarda i disturbi dell'umore, depressioni, disturbo bipolare e disturbi d'ansia. Si sono visti amplificati i problemi legati alla salute mentale, molti tra i giovani ed i giovanissimi. All'aumento della domanda non ha fatto seguito un parallelo aumento di risorse in termini economici e di operatori addetti: molti psicologi andati in pensione non sono stati sostituiti, in un'ASL del ponente ligure si è dovuto ricorrere ai medici delle cooperative (medici a gettone) che comportano un aumento dei costi contraendo ancora di più le risorse disponibili.

Non si risolvono i problemi del disagio mentale con l'erogazione di Bonus una tantum ma con l'erogazione di Servizi adeguati alle richieste.

**Sinistra italiana ed Europa Verde hanno intrapreso questo percorso coinvolgendo operatori del settore, numerosi soggetti della Società Civile, Organizzazioni Sindacali dei lavoratori e delle lavoratrici, Associazioni e Movimenti attivi sul Territorio.**

**Questa campagna continuerà attraverso le attività di informazione, sensibilizzazione, mobilitazione e raccolta firme rivolte alla cittadinanza per il raggiungimento del pieno Diritto alla Salute che si esercita e si realizza nel Servizio Sanitario (davvero) Pubblico Nazionale ed Universale.**



**LE NOSTRE PROPOSTE**  
**per il PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE della LIGURIA 2023-2025**

1. Prevedere un **piano straordinario ed urgente di assunzioni** a tempo indeterminato delle diverse professioni sanitarie necessarie (**Medici e Infermieri, tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio ecc.**) per consentire la piena attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025, al momento approvato dalla Giunta regionale.
2. Assicurare lo snellimento **delle LISTE di ATTESA** per prenotazioni degli esami diagnostici anche attraverso il rinnovo e l'incremento di tecnologie diagnostiche e la **prenotazione diretta** degli esami da parte della Struttura che le ha prescritte;
3. Potenziare la **MEDICINA TERRITORIALE** con assunzioni (con fondi a parte) di personale medico-sanitario adeguato ai bisogni della cittadinanza
4. Implementare i Dipartimenti di PREVENZIONE e istituire a titolo sperimentale un primo nucleo di **Medici Sentinella per l'Ambiente**
5. Potenziare e rilanciare la Medicina di genere: rilancio dei **consultori e garantire l'applicazione L. 194** ,difendere la presenza sui Territori dei **PUNTI NASCITA**
6. Rendere **accessibile e trasparente la GESTIONE dei FONDI del PNRR** assegnati alla Regione privilegiando **la ristrutturazione** di strutture ospedaliere esistenti, prima della costruzione di nuove strutture, e pianificando preventivamente l'impiego del personale che verrà assunto.
7. **impegno a non accorpare, chiudere, smobilitare e diminuire alcuno dei PRESIDI OSPEDALIERI e AMBULATORIALI** prima del termine della costruzione di nuove strutture che si vogliono realizzare
8. Raggiungere il pieno **funzionamento del Fascicolo Sanitario Elettronico** (già esistente ma non conosciuto e diffuso tra gli utenti) attraverso l'uso di piattaforma digitali interconnessa con altre a livello nazionale;



## Dove reperire gli stanziamenti economici?

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse al cui finanziamento concorre lo Stato. Il fabbisogno determinato, tramite intesa, sulla base del quadro macroeconomico complessivo, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, in relazione al fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. In sede di determinazione, sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni.

Il finanziamento del SSN è stato ridisegnato dal D.lgs. 56/2000 che prevede un sistema di finanziamento basato sulle fonti di seguito indicate:

- entrate proprie degli enti del SSN (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti che sono pertanto sponsorizzate a scapito di chi non può permetterselo e attende mesi per una visita);
- capacità fiscale regionale, corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA.
- Compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale

### **Se ne deduce che:**

- ❖ *E' fondamentale una riforma fiscale progressiva che implementi le entrate dello Stato da destinarsi al Servizio Sanitario Nazionale, e destini risorse alle Regioni in base alle reali esigenze di prevenzione, diagnosi e cura delle persone che vi risiedono.*
- ❖ *Solo un'efficace ed immediata lotta all' evasione fiscale può portare alle necessarie coperture delle casse locali e statali;*
- ❖ *Le spese militari devono essere ridotte e i fondi destinati principalmente alla Sanità Pubblica, alla Scuola Pubblica e ad alla riconversione ecologica;*
- ❖ *Occorre chiedere la restituzione integrale degli extra-profitti delle aziende energetiche che operano in Italia*

## **Alleanza Verdi Sinistra**

