

# LE RADICI DEL SINDACATO

8 Febbraio

Sereno Regis Torino



*Legge 33 sulla Non Autosufficienza*

*È la cura giusta?*

## LA STORIA RECENTE

La Pandemia svela lo stato disastroso del Servizio Sanitario nazionale



Le criticità non risparmiano nessun ambito della sanità pubblica, ma a pagare le maggiori conseguenze sono proprio coloro che hanno più problemi di salute, fragili, anziani, soli e meno disponibilità economiche.



E' riduttivo individuare la causa nei 37 miliardi di tagli alla sanità del decennio precedente la pandemia.

La causa è di natura ideologica e siamo alle fase finale di un processo che inizia nei primi anni '90:

1. Affermazione del modello economico e politico neoliberista a livello globale.
2. Scelte politiche volte a destrutturare lo stato sociale e a frammentare il mondo del lavoro.
3. Erosione dei diritti individuali e collettivi.



**Nulla avviene per caso. La L. 33 va letta inserendola nel processo da cui origina.**

1978 approvazione della L.833.

Diritto alla salute e alle cure incondizionato universale e gratuito

In una fase «storica» di lotte del movimento operaio, delle donne, degli studenti che produssero grandi conquiste sociali

1990 cambia lo scenario economico politico

Si inizia ad affermare l'idea che il SSN costa troppo

Il neoliberismo si afferma come modello vincente a livello globale

Inizia lo smantellamento dello stato sociale

## Ma è davvero così?

Fonte OECD Health Data, 2016.

	Spesa sanitaria totale pro-capite \$ PPP	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale
<b>Italia</b>	<b>1.406</b>	<b>7,1</b>		<b>80,8</b>
<b>Germania</b>	1.908	9,0	(9,7)	81,4
<b>Francia</b>	1.589	9,0	(10)	75,9
<b>Gran Bretagna</b>	1.079	6,0		83,8
<b>Spagna</b>	992	6,7	(8,2)	77,1
<b>USA</b>	3.144	12,2		43,1

# Interventi legislativi in materia sanitaria

L.502/1992: aziendalizzazione SSN,  
LEA condizionati dalla compatibilità  
finanziaria

Il diritto da universale diventa  
-nel tempo- potestativo.  
Definanziamenti, riduzione  
dell'accesso alle cure

L.299/99 rafforza la 502 e introduce le  
assicurazioni integrative aziendali

I fondi assicurativi aziendali  
indeboliscono la sanità pubblica,  
producono discriminazioni,  
segnano la rinuncia alla lotta per il  
diritto incondizionato alle cure.

L. Costituz. 3/2001 Riforma del Titolo V  
Regionalizzazione del SSN.


20 differenti servizi sanitari hanno  
prodotto grandi disuguaglianze  
sanitarie e sociali.  
Pandemia docet.



Il Presidente del Consiglio Giorgia Meloni alla Conferenza stampa d'inizio d'anno ha confermato senza esitazioni il suo programma.

- Lo stato deve stare al fianco delle imprese che producono ricchezza, deve essere presente solo dov'è indispensabile e allontanarsi da tutti gli ambiti in cui non si può evitare la sua presenza. Secondo il modello americano lo stato può allontanarsi da quasi tutto. In Usa sono private anche le carceri, i corpi militari e di sicurezza

- *Tra aumento delle tasse e taglio delle spese scelgo il taglio delle spese -*



La realizzazione dello stato leggero, poche tasse, servizi pubblici  
basici per le classi sociali a basso reddito e gli indigenti.  
Lo stato come intermediario dei servizi d'impresa,  
autoregolamentazione del mercato.


E' necessario ricordare che la spesa pubblica già deve essere  
tagliata per il vincolo di riduzione del debito pubblico imposto  
dall'Europa per erogare i finanziamenti del PNRR, di cui tra l'altro solo  
una parte è a fondo perduto: la somma maggiore è a debito e  
andrà restituita.






Non si può ignorare la fase politica in cui è inserita la legge 33. L'approvazione dell'Autonomia differenziata e del Premierato destruttureranno definitivamente l'attuale assetto istituzionale e provocheranno gravi conseguenze.

Il Premierato dietro al mantra della governabilità - per chi e per cosa? - che ha prodotto pessime leggi elettorali, prefigura una svolta autoritaria/accentratrice, un'ulteriore riduzione dei già compromessi spazi democratici, l'inasprimento di misure di controllo e di repressione del dissenso di cui sono una prima prova la sproporzione delle pene di alcuni provvedimenti (rave, imbrattamento).

- 
- L'Autonomia Differenziata si presenta come la moltiplicazione di centri di potere in competizione tra loro.
  - Modificando l'attuale regime nazionale in regionale, demolisce il fondamento stesso e l'esigibilità di quei diritti universali sanciti nella costituzione e spesso realizzati attraverso lotte di popolo che li hanno resi accessibili a tutt\*.
  - Li subordina al Pil della regione di residenza, alle scelte politiche, alle disponibilità di spesa, alle priorità economiche delle singole regioni, aumentando le disuguaglianze e le ingiustizie sociali



L'ambiguità presente in questa Legge sulla Non Autosufficienza, già emerse nel recente decreto legislativo (più 17 interventi attuativi su cui non esiste una reale capacità di influire) e l'Autonomia Differenziata prefigurano la tempesta perfetta.

Si moltiplicheranno le disuguaglianze economiche, geografiche, sociali e sanitarie.

La maggior parte delle regioni e, a cascata i Comuni **non solo nel Sud**, non saranno in grado di sostenere il Servizio Sanitario Nazionale, le politiche sociali e assistenziali, di inclusione e integrazione.



## **Le conseguenze prevedibili sono:**

- l'aumento di privatizzazioni ed esternalizzazioni, l'aumento dell'imposizione fiscale locale,
- i tagli e la riduzione dei servizi, già erogati in modo insufficiente, limitati ad una platea sempre più ristretta sulla base di Isee da povertà assoluta.
- Deficit di assistenza, impoverimento delle famiglie



La legge sulla Non Autosufficienza va letta prestando anche molta attenzione alla genesi.

- Si ispira alla proposta contenuta nel Patto per la non autosufficienza, un corposo documento di proposta al Governo datato 1 marzo 2022.
- Alla stesura hanno partecipato circa 57 tra associazioni dei famigliari, dei pensionati, terzo settore, della previdenza e delle assicurazioni.
- **E' evidente che non pochi partecipanti avevano ed hanno interessi d'impresa per la destinazione dei fondi, ma anche ghiotte prospettive di profitti.**
- **Tra le altre cose nel patto si introduce la possibilità di istituire un nuovo pilastro assicurativo solidaristico (pag. 117).**
- Il rischio concreto è che alla fine saranno più soddisfatti i portatori di interessi economici che le famiglie degli anziani, senza vere risposte e con rischi di maggior impoverimento

## Come stiamo ad entrate entrate fiscali ?

- La diminuzione delle entrate fiscali tra cui l'Irpef: da 32 scaglioni con 72 % aliquota massima della riforma Visentini agli attuali 3 scaglioni aliquota massima 43%, Flat Tax al 15% per parite Iva fino a 85mila euro.
- Il progressivo e costante definanziamento dei Servizi pubblici ritenuti costi da tagliare.
- Le ricadute negative connesse all'Autonomia Differenziata.

Tutto porta a rendere insostenibile la sanità pubblica, a giustificare la privatizzazione, ad aumentare le disuguaglianze e a renderle strutturali



**I contributi sanitari a carico delle imprese** (e della pubblica amministrazione) negli anni Ottanta e Novanta finanziavano il **40%** circa del sistema sanitario.


Percentuale scesa con l'Irap al **35%**, tra il 1997 e il 2009, poi ancora al **26%**,

ora stabilizzata al 18%.

**Oggi**, l'Irap grava sulle imprese e la Pa per **20 miliardi** circa, quando **dieci anni prima** pesava per **30-33 miliardi**.

**Si è registrato quindi un forte spostamento del carico fiscale dalle imprese alle famiglie, che oggi finanziano almeno il 65-70% del Ssn.**


(Fonte Vittorio Mapelli - La voce)



Quelli che più contribuiscono al finanziamento del SSN, lavoratori, pensionati, famiglie, in sostanza chi paga le tasse, sono quelli che più vengono penalizzati da una sanità che non garantisce più accesso alle cure per tutt\*, ma è diventata un privilegio per chi può permettersi spese a pagamento

La spesa pubblica e privata alimentano il lucroso business della **White Economy** che sulla **mercificazione della salute fa profitti certi e inesauribili**






«Si stima che la white economy in Italia generi oltre 186 miliardi di valore della produzione e impieghi più di 2,7 milioni di addetti, tra personale medico, paramedico, addetti a servizi socio-assistenziali, addetti alla ricerca, addetti nelle produzioni del biomedicale, addetti all'industria farmaceutica.

**Secondo le ricerche più recenti**, del resto, la domanda di cure e di assistenza che l'Italia ha di fronte difficilmente si manterrà nel medio e lungo periodo su livelli stabili;

lo scenario più plausibile sembra contrassegnato da una richiesta crescente di accesso a cure mediche, esami diagnostici oltre ad una forte richiesta di assistenza per determinati segmenti in espansione della popolazione, **a cominciare dall'ampia categoria di persone disabili fino agli anziani destinatari di trattamenti di long term care.»**

Il business degli anziani è la nuova frontiera da conquistare per i fondi assicurativi, i gestori privati di servizi e la finanziarizzazione delle attività.



E' necessaria una forte e determinata rivendicazione sindacale, politica e sociale che rompa con le logiche di sistema, che si opponga a un progetto di disgregazione sociale e di distruzione dei diritti delle classi subalterne, portato avanti in modo sistematico da governi che hanno espresso gli interessi economici della classe dominante.

Ad un attacco così radicale alle classi subalterne si può rispondere solo con rivendicazioni altrettanto radicali.


La salute e la sanità giocano un ruolo centrale in questa battaglia, perché nessuno è immune da questo tema. Un diritto **fondamentale**, se viene condizionato, smette di essere tale e diventa inevitabilmente, appunto, potestativo.

Allora bisogna dire che non può essere subordinato a vincoli di bilancio, ma è il bilancio che deve stanziare i fondi necessari a ricostruire un SSN universale e gratuito, dotato delle risorse economiche, del personale, degli strumenti, dei mezzi e dell'organizzazione necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.



Occorre dire che si deve

- **rilanciare il Servizio Sanitario Regionale come Servizio Pubblico universale gratuito e sottrarlo agli interessi privati e finanziari** con un piano progressivo di cessazione di tutte le forme dirette o indirette di incentivo alla sanità privata, incrementando il finanziamento del SSN (N.B.: «Servizio» e non «Sistema»);
- **sbloccare il tetto delle assunzioni nella sanità pubblica, con un Piano straordinario di assunzioni, stabilizzazioni ed internalizzazioni;**
- **realizzare il Contratto nazionale unico** per tutti i lavoratori e lavoratrici della sanità pubblica, convenzionata e privata, per superare le differenze giuridiche e contrattuali (in questo ambito ci si deve porre anche l'obiettivo di **ricomprensere i MMG nella dirigenza del SSN**);
- **superare ogni forma di sanità aziendale integrativa e non introdurre altre forme assicurative;**
- **opporsi ad ogni autonomia differenziata.**



**Occorre dire** che le **persone Non Autosufficienti** sono portatrici di problemi di salute, pazienti che sono inguaribili, ma non incurabili e **devono restare all'interno del SSN**, senza essere relegati nel capitolo dell'assistenza o della previdenza.

**Occorre dire** che **ora, più che nuove leggi, serve dare piena attuazione a Case di Comunità Pubbliche** che devono costituire la prima risposta ai bisogni di salute **di tutti i cittadini** con caratteristiche di competenza, qualità, interdisciplinarietà, prossimità, garanzia di assistenza domiciliare quando necessaria e garanzia della “medicina di iniziativa”.

**Occorre dire** che le **Case di comunità sono il luogo dove trova posto il piano di cure, l'integrazione sociosanitario ed il coordinamento della non autosufficienza.**

**Occorre dire** che nell'attesa si devono mettere in atto risposte immediate **“straordinarie” di natura pubblica per le fasce più svantaggiate** (cronicità, fragilità, disabilità, problemi di salute mentale, non autosufficienza, migranti, ecc.) nella prospettiva di un percorso condiviso da parte delle nuove strutture socio-sanitarie delle cure primarie.



## Occorre dire che non servono nuove leggi a costo zero.

Occorre rivendicare **l'attuazione della legge quadro vigente** in sanità, la **833/78** forse riformandola in meglio e ripartire da quei principi indicati all'Art. 1, che tra l'altro recita: “Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.