

Per il 2018 il finanziamento è pari a 114 miliardi di euro, 1 mld in più rispetto al 2017.

L'aumento di 1 miliardo è sbandierato dal Governo come segno di attenzione alla sanità, ma si tratta di una cifra inferiore alle maggiori spese già imposte alle regioni: il rinnovo dei contratti e delle convenzioni è stimato valere circa 1,3 miliardi, cui si aggiunge il taglio di 604 milioni per coprire il gran rifiuto delle regioni a statuto speciale a partecipare al risanamento della finanza pubblica. Restano inoltre da quantificare i mancati introiti per le procedure transattive sul pay back farmaceutico a causa del contenzioso in atto. La strategia è quindi chiara: i tagli o i maggiori oneri sono decisi fuori dalla manovra di Bilancio, cosicché la manovra può essere dichiarata priva di tagli. E così continua il processo di erosione delle risorse messe a disposizione del Ssn. Quindi è confermato nei fatti il progressivo definanziamento del sistema, che nell'ultimo decennio ha visto la perdita di 65 mila posti letto negli ospedali, la riduzione di 40 mila addetti in organico, dei quali 15 mila medici, oltre all'eliminazione di 35 mila precari, con l'età media del personale salita a 54 anni". Malgrado le carenze annose di personale e i carichi di lavoro sempre più gravosi, gli addetti rimasti riescono a garantire a prezzo di grossi sacrifici l'assistenza ai malati: basti pensare, che di media, l'orario di lavoro è salito da 36 (per contratto) a 44 ore settimanali, con gli straordinari diventati prassi quotidiana e spesso neanche più retribuiti per mancanza di risorse. I carichi di lavoro sono aumentati e in molti casi risultano insopportabili per medici, infermiere e oss, lo stress correlato al lavoro e le malattie professionali, come anche gli infortuni, sono in continuo aumento proprio in virtù di questi tagli.

La forza lavoro è decisamente tra le più vecchie d'Europa.

Oltre al danno la beffa che ci viene dalla notizia da commedia dell'assurdo: infermieri condannati per non aver denunciato l'iperafflusso con richiesta di maggior personale.

Per la Cassazione l'affollamento non è una scusante anche perché doveva essere lo stesso personale di PS a dare l'allarme e chiedere rinforzi. Ci verrebbe da dire che i signori componenti della Cassazione non sono informati dello stato delle cose in sanità, ma preferiamo, comunque, vedere in questa sentenza una sorta di consiglio agli infermieri, da parte degli esimi cassazionisti, a ribellarsi allo stato di asseuffazione nel quale sono caduti in conseguenza della malattia concertativa, a perdere, da parte dei sindacati maggiori, dediti ormai a fare i registri delle condizioni persistenti drammatiche degli operatori della sanità pubblica.

Eppure è noto a tutti che da tempo i contratti nazionali non prevedono più la contrattazione sulle condizioni di lavoro, nonchè di sicurezza sul lavoro ma prevedono solo lo scambio tra aumenti salariali irrisori, e condizionati al silenzio, e non ancora ben precisate, e comunque non in atto, misure di welfare aziendali che sono o i bonus oppure i servizi offerti dalla sanità e dalla previdenza integrativa che progressivamente vanno a sostituirsi al servizio sanitario pubblico. Quindi i sindacati maggiori sono tra gli sponsor più efficaci del deperimento in atto, facendo a gara con i governanti in un vero e proprio conflitto di interessi: chi dovrebbe difendere lavoratrici e servizi pubblici fa di tutto per rafforzare i concorrenti privati.

La sanità fa gola ai privati non solo perchè attorno al sistema sanitario nazionale si muovono migliaia di appalti ma perchè ormai, a prescindere da chi sia il vincitore delle prossime elezioni politiche, quasi tutti concordano sulla necessità di rafforzare la sanità integrativa e la sanità privata.

La spesa sanitaria è contenuta (è più alta dove si sono affermate le convenzioni con soggetti privati), eppure negli ultimi anni hanno imposto ad alcune Regioni dei piani di rientro dal debito che hanno alimentato tagli occupazionali, riduzione dei servizi e dei

posti letto, eliminazione di presidi sanitari ed ospedalieri ritenuti rami secchi (lo stesso si diceva delle ferrovie per favorire la costosa alta velocità).

C'è una straordinaria e inedita convergenza d'interesse sul Secondo pilastro di finanziamento dei servizi sanitari, basato su assicurazioni private e varie forme di welfare aziendale. Ma questo Secondo pilastro è veramente integrativo? È forse orientato sulla assistenza domiciliare, su cronicità e non autosufficienza, su attività di assistenza sociosanitaria con valenza territoriale? Non sembra.

L'obiettivo del Governo (e dei sindacati consapevolmente complici ma che si autogiustificano affermando che oggi non è possibile fare altro) è chiaro ossia favorire i tagli al sistema sanitario pubblico per favorire il cosiddetto secondo pilastro, la sanità privata, le polizze malattia. A giocare un ruolo determinante sarà la politica fiscale del Governo con un ampio sistema di sgravi fiscali per incentivare il ricorso al privato, eppure basterebbe solo un piano di assunzione nel pubblico per erogare servizi di qualità e prestazioni adeguate.

Elementare verità per gli onesti, intellettualmente parlando, come è verità politica che il Servizio Pubblico e quello privato non possono coesistere in sanità, perché l'ormai decennale teorizzata e praticata, senza soluzione di continuità, concorrenza spudoratamente agevolata e finanziata dai governi e dalle Regioni (quindi con i nostri soldi) va a danno di noi utenti.

Le conseguenze sono nefaste per le lavoratrici e per la cittadinanza tutta il diritto alla salute viene ridimensionato, chi non potrà permettersi polizze e sanità integrativa avrà meno opportunità di cura.

Però, come in tutte le cose della vita, non tutto è perduto, perché dalla capacità di ognuno di noi di capire le fregature contrabbandate da irresponsabili e incivili campagne mediatiche, è propedeutica all'opposizione, alla possibile ritirata del peggio.

Finalmente si sta levando un coro di critiche alle teorie pilastresche variamente vestite diffuse da Censis, Bocconi, Statale di Milano, Legacoop, Unipol, Unisalute ecc.

Da anni ormai, prima venticello ora rombo di cannone, dichiarano l'insostenibilità del Servizio Sanitario nazionale. La CGIL, non più di due mesi fa, nel convegno nazionale per la difesa del SSN, per bocca di Martini ha dichiarato di aver firmato i contratti con la sanità integrativa a malincuore, tirata per per i capelli. Le altre OO.SS., CISL e UIL sono da tempo sbarcate, senza crisi di coscienza, sui lidi del welfare aziendale con quella che viene chiamata contrattazione bilaterale. Tutte le categorie, lasciando ogni remora di classe, reclamano anche loro tutele sanitarie aggiuntive. In questi anni poi dietro la sovrastruttura politica, ideologica, culturale, accademica e di marketing, sopraccennata, si è irrobustita la struttura economica delle assicurazioni ramo vita.

A livello distributivo non c'è banca che non offra pacchetti assicurativi "meraviglioso".

Non ultime le Poste Italiane e la Legacoop con iniziali check in di prevenzione veramente attrattivi. Salendo in su, verso i veri manovratori tipo Confindustria, ANIA, Ambrosetti ecc., vediamo sponsorizzazioni e finanziamenti di convegni, congressi, manifestazioni oltre a "position paper" dove si profetizza che i pilastri invece che due diventeranno tre e più.

Tornando a RBM, anche qui alcuni dati: se non sbaglio dal 2010 o poco prima la sua raccolta premi era di 10 milioni ora è di 500 milioni (2016). Riassicura decine di fondi di categoria ed aziendali e ovviamente vende polizze aggiuntive alle coperture previste contrattualmente. In poco tempo è diventata, con il suo marketing aggressivo, forse la prima società del settore in Italia, dopo aver superato le Generali e Unisalute. RBM fa parte di un gruppo di società

PREVITAL di proprietà della famiglia Favaretto di Preganziol (TV) che offre pacchetti di previdenza integrativa ed ora di supporto alla costituzione dei welfare aziendali. RBM è riassicurata con MUNICH RE big mondiale delle assicurazioni a cui versa il 20% della raccolta premi.

Recentemente ad un summit internazionale delle assicurazioni venne dichiarato che non saranno più solo pagatori ma vogliono essere giocatori ossia acquirenti di intere catene ospedaliere ed assistenziali. Il motivo è abbastanza ipotizzabile: attraverso la gestione diretta (e le prestazioni erogate e rimborsate) le assicurazioni avrebbero accesso ai Big data esistenziali della gente e su questi potranno selezionare i rischi e raggruppare la clientela attuale e futura escludendo chi ha le malattie più onerose.

Mala tempora currunt.

Invece di indirizzare risorse e investimenti alla sanità privata, i soldi vanno al secondo pilastro, alla sanità integrativa, le agevolazioni fiscali hanno un costo sempre più elevato sulla finanza pubblica, si spenderebbe decisamente meno investendo nel servizio socio sanitario pubblico, assumendo personale, acquistando strumenti moderni e rivedendo la edilizia ospedaliera sempre più fatiscante.

Alimentano, ogni giorno, una campagna di stampa atta a deligitimare la sanità pubblica per favorire quella privata, vogliono convincerci che per il nostro futuro convenga distruggere sanità e previdenza pubblica o comunque ridimensionarle.

Un ruolo nevralgico lo giocano i sindacati complici, gli stessi che amministrano i fondi sanitari e previdenziali. Il resto lo fanno i giornali e il terzo settore visto che colossi come la Coop sono ormai sempre più attive nella sanità pubblica.

Il risultato, da qui a pochi anni, delle politiche di austerità e di privatizzazione, sarà quello di distruggere il sistema pubblico per favorirne uno semi privato e a discapito delle classi sociali meno abbienti per le quali il diritto di cura, di istruzione, di una pensione dignitosa, saranno variabili dipendenti dal loro potere di acquisto che si sa è veramente basso.

I dati inconfutabili, per chiunque faccia prevalere il buonsenso e la propensione all'onestà, sono elencati in sintesi di seguito.

La fondazione Banco Farmaceutico Onlus, per tramite del suo organo di ricerca, e con il contributo tecnico scientifico di Caritas Italiana, Associazione Medicina e Persona e ACLI, ha pubblicato il rapporto 2017, intitolato "Donare per curare: Povertà sanitaria e Donazione Farmaci". **Ne viene fuori che, nel 2017, 580mila persone (+4% rispetto al 2015) non possono acquistare farmaci.**

È in aumento la povertà sanitaria, visto che nel 2017 la richiesta di medicinali da parte degli enti assistenziali è cresciuta del 9,7% e negli ultimi 5 anni del 27,4%.

Crescono del 3,2% i poveri under 18, che rappresentano quasi un quarto degli assistiti, e ancor di più crescono i minorenni in tale condizione (+4,5).

Perfino fra gli utenti coperti dal Servizio Sanitario Nazionale più del 10% ha rinunciato a visite ospedaliere o a esami del sangue, non potendosi permettere il ticket.

Elaborando poi alcune statistiche dell'Istat viene fuori che le persone indigenti hanno potuto spendere nel 2015, mediamente, 106 euro a testa (29 centesimi al giorno), 14 euro meno dell'anno precedente.

In tutto, nel 2015, oltre 13 milioni di italiani (un milione in più dell'anno precedente) hanno limitato per motivi economici la fruizione di prestazioni sanitarie, il 20 per cento delle famiglie

non povere e il 42 per cento di quelle povere, un italiano su 3 nel complesso.

A suon di "razionalizzazioni", aziendalizzazioni, tagli, chiusure dei presidi nelle zone svantaggiate, la funzione universalistica del Servizio Sanitario Nazionale si è andata nel tempo affievolendo e sempre più si è aperto lo spazio del privato che a costi competitivi surroga le inefficienze del pubblico.

Di questo ultimo aspetto il rapporto non parla, ma ormai la popolazione ne è ben più che consapevole. Con pochissimi soldi in più si evitano le liste di attesa e le code ai CUP, siamo accolti con guanti di velluto e usciamo soddisfatti.

Quindi, battersi contro il definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e per il rispetto dell'Articolo 32 della Costituzione ("La salute come diritto fondamentale") significa anche sostenere un'altra basilare funzione del Ssn, quella di assicurazione della popolazione: in caso di malattia nessuno dovrà rinunciare alle cure a causa dei costi e nessuno dovrà andare in rovina a causa di una malattia. In questo senso il Ssn rappresenta un irrinunciabile strumento di coesione sociale e di lotta contro le diseguaglianze.

Articolo tratto da [lavoro e salute anno 34](#) n° 1 gennaio 2018