

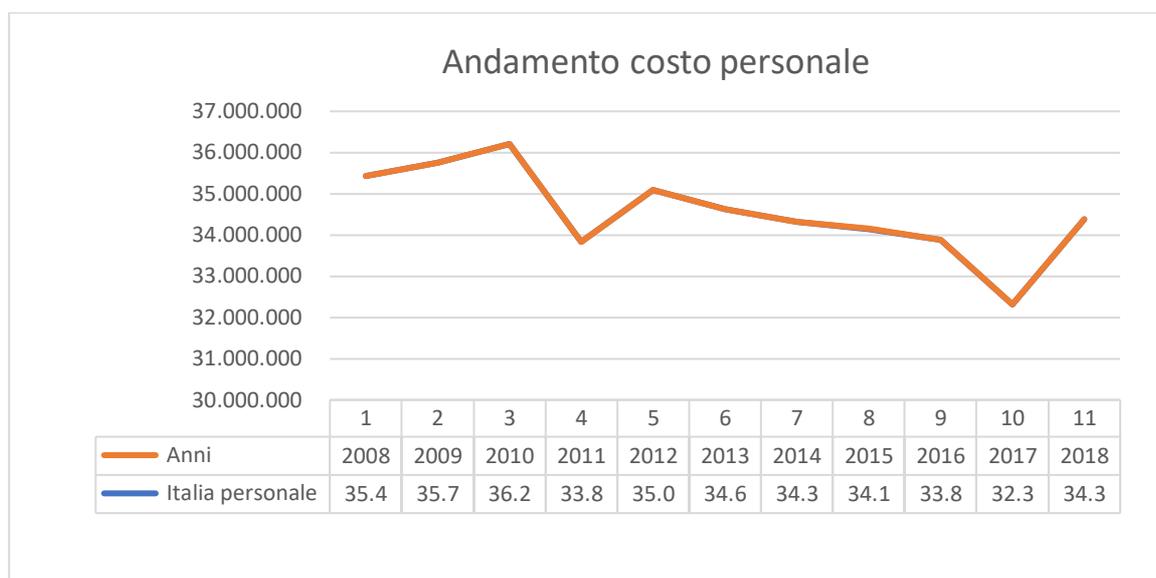
La spesa pubblica:

Le politiche del personale nella sanità, sono un fattore, come possiamo osservare in un lungo periodo, decennio 2008-2018.

Il rischio è quello noto: ripetersi. Se parli e scrivi sulle cose che riguardano la nostra vita quotidiana, non puoi esentarti dalla evidenza. È proprio vero che il coronavirus ha solo messo in chiaro l'emergenza esistente nella struttura sanitaria italiana, precipitata in una crisi strutturale ben prima che iniziasse l'epidemia. Oggi possiamo solo riflettere, incrociando le dita, ma quando questa fase di Pandemia si sarà conclusa dovremo darci la grande opportunità di ripensare il nostro modello di sviluppo e auto fustigarci sulla grave indulgenza, delle opinioni pubbliche, sull'affermarsi di politiche di "tagli lineari alla sanità" a partire dal decremento del personale addetto. Ma quello che dobbiamo affrontare, per tutelare la nostra salute, deve partire dalla analisi da condurre sulle cose accadute nell'ambito socio-sanitario, ma anche le insorgenze ambientali e della organizzazione della vita e del lavoro. Perché, tra le tante cose, il virus ha imposto anche questa novità sul chi siamo, come siamo e cosa siamo. Naturalmente restando nella vita reale per mesi il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha lottato con tutte le proprie forze per assistere le tante persone colpite dal Covid-19. Una battaglia resa "eroica" perché condotta dentro una organizzazione indebolita e digiuna di pratiche di prevenzione, destrutturata dal livello Nazionale fino al territorio e per niente attrezzata nelle strutture ospedaliere. I cosiddetti Piani di Pandemia regionali, previsti dalle leggi nazionali, da approntare per realizzare il "magazzino" delle armi, per fronteggiare il nemico sono stati materia sconosciuta. Si dice che il nostro paese, ma forse lo era di più qualche anno fa, sia dotato di un sistema sanitario tra i migliori del mondo e che ha contribuito all'aumento della aspettativa e della qualità della vita degli italiani. Ma negli ultimi decenni il Ssn è stato oggetto di tagli alla spesa e mancati investimenti che i nostri diversi governi nazionali hanno giustificato con la necessità di mantenere i bilanci in equilibrio, ridurre gli sprechi ed eliminare le inefficienze. Naturalmente, per non cadere ingenuamente nella trappola degli economisti della domenica, non stiamo parlando di "tagli" in valore assoluto, ma del valore delle risorse destinate al sistema sanitario nazionale, Sono state inferiori al costo reale incapaci di mantenere un livello adeguato alle necessità della tutela della salute. Lungo questi anni, in ossequio alle necessità dovute dalla pressione sia della crescita del deficit pubblico che degli equilibri europei l'Italia ha pensato di trovare le soluzioni riducendo, drasticamente : le assunzioni del personale, e nel contempo rinunciando alla assunzione dei più giovani; il numero di posti letto, senza offrire soluzioni alternative in termini di medicina territoriale e generale, di strutture residenziali extraospedaliere nonostante il fabbisogno di assistenza medica fosse già aumentato per via dell'invecchiamento demografico.

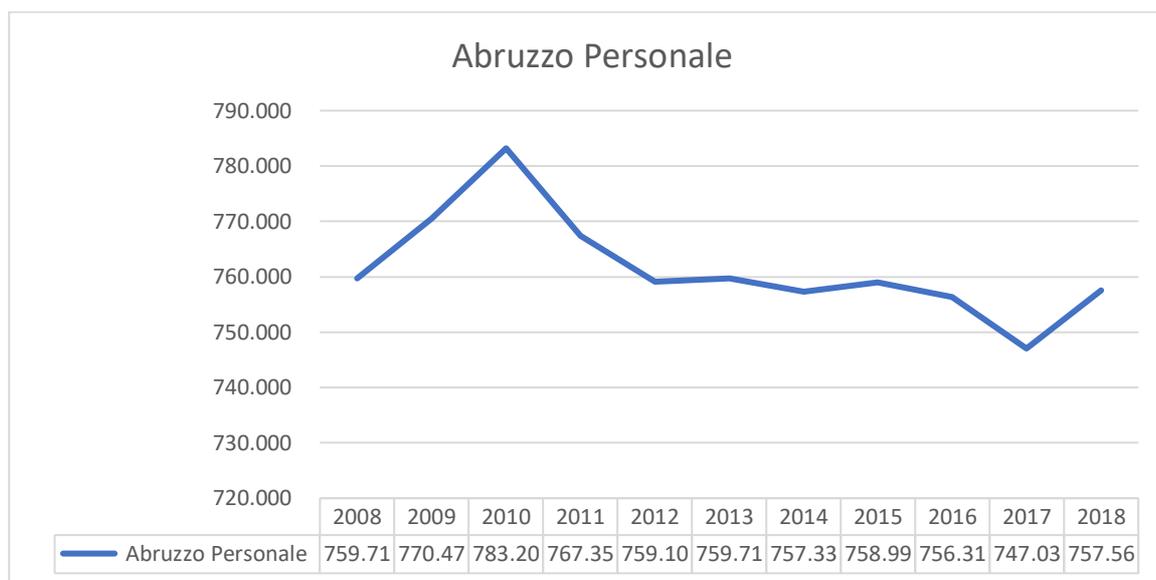
Nel nostro paese è accaduto che dopo una crescita di risorse a disposizione del personale giunto al punto più alto, nell'anno 2010, con oltre 36.200.000 (migliaia di euro) il neo governo Berlusconi insediatosi nel 2008 si è divorato, in un solo anno dal 2010 al 2011, 2.400.000 (migliaia di euro) raggiungendo il punto più basso della spesa sanitaria nell'ultimo decennio.

Curva esplicativa della spesa nazionale per il personale del SSN



Fonte: Dati Ministero della salute - Elaborazione Focus Abruzzo

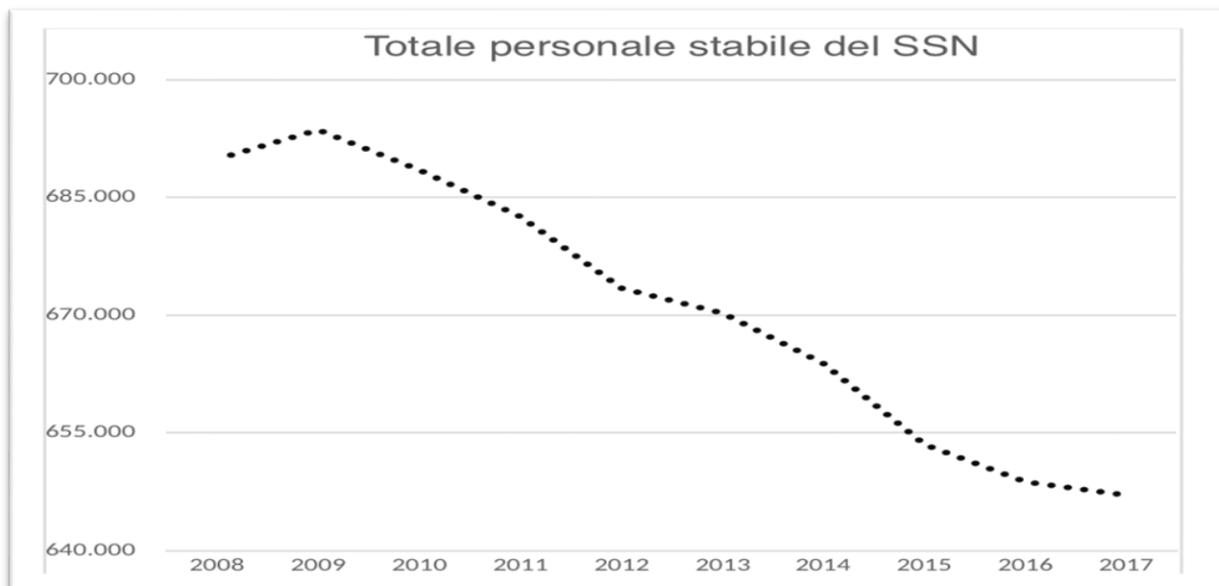
Curva esplicativa della spesa regionale per il personale del SSR abruzzese



Fonte: Dati Ministero della salute - Elaborazione Focus Abruzzo

L'andamento del costo del personale mostra come la punta massima dei costi del personale a livello nazionale ha riguardato anche l'Abruzzo, ma la differenza si manifesta nel proseguo, perché dopo la discesa nell'anno 2011, uguale anche per l'Abruzzo, si manifesta una forte differenza nel 2012, a seguito della crescita dovuta al maggiore incremento in alcune regioni, premiate da una ripartizione del Fondo del SSN, basata su parametri favorevoli alle regioni del Nord.

Quindi, tenendo conto dell'andamento dei conti sul costo del personale, possiamo osservare, estraendo i dati della Ragioneria Generale dello Stato, come il personale dipendente a tempo indeterminato del Servizio Sanitario Nazionale sia passato dai **690 mila del 2008 ai 647 mila del 2017, con una riduzione complessiva di 43 mila unità.**

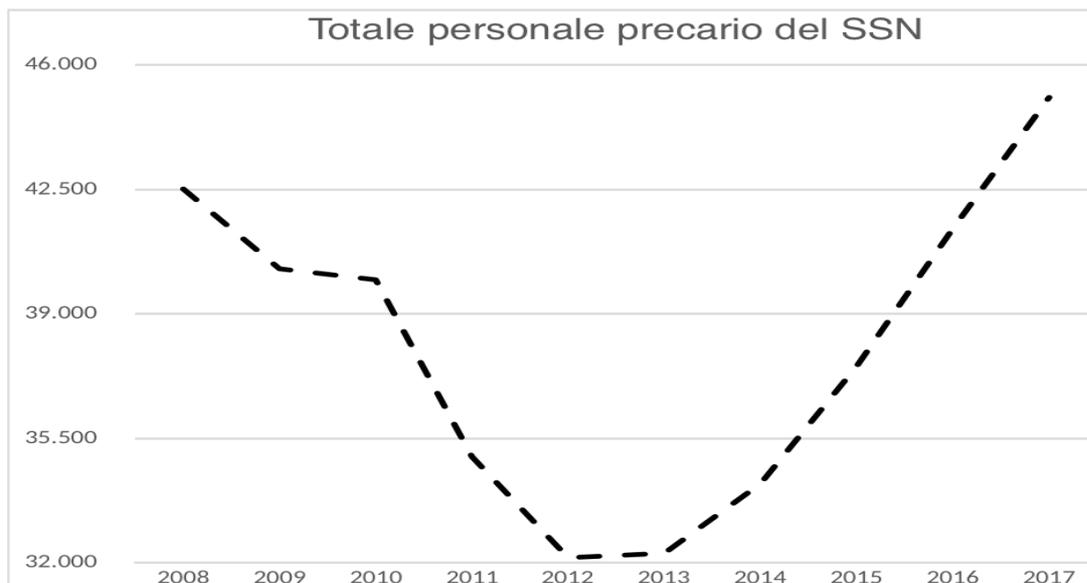


Fonte: Ragioneria generale dello Stato elaborazione Focus Abruzzo

Il punto più alto della crescita del Costo del Personale si raggiunge nell'anno 2010 per poi ridiscendere fino ai giorni nostri. Ed è a partire dal 2013 si è fatto maggiore ricorso a tipologie di lavoro precario, che nell'intervallo di tempo analizzato (2008-2017) sono così aumentate: +0,6% dei contratti a tempo determinato e in formazione lavoro, +45,3% dei contratti di somministrazione e +6,2% dei lavori socialmente utili. Nel 2017 la quota di lavoratori precari sul totale dei lavoratori stabili è quasi del 7%.

Nella Tabella è visibile l'andamento dell'uso del processo di precarizzazione nel S.S,N italiano.

La precarizzazione del rapporto di lavoro, secondo i dati forniti del ministero della Salute, ha seguito il processo di riduzione dei posti letto, complessivamente disponibili nelle strutture pubbliche, che sono diminuiti dai 187 mila del 2010 ai 157 mila del 2018, **con una riduzione di quasi 30 mila posti, pari al 15,9%.**



Fonte: Ragioneria generale dello Stato elaborazione Focus Abruzzo

Nel periodo citato **i posti letto disponibili nelle strutture private convenzionate** sono passati dai 57 mila del 2018 ai quasi 54 mila, con una riduzione appena superiore al 6%. La rinuncia totale a qualsiasi idea di coniugazione della qualità del Welfare alla crescita dell'economia consente l'indebolimento della sanità pubblica e della sua capacità di difesa della salute, sancito nella Costituzione italiana.

Ma se dobbiamo rimarcare che la restrizione di posti letto pubblici e privati, hanno avuto diverso peso e diverse percentuali, non possiamo non annotare che anche nella sanità privata cresce il calo nella qualità della erogazione dei servizi alla collettività. Nessuno deve dimenticare che da oltre 13 anni non si riesce a rinnovare il contratto di lavoro nella sanità privata.

Le organizzazioni datoriali della sanità privata non prevedono aumenti salariali nel rinnovo di un contratto collettivo scaduto dal 2007.

Ma tutto questo deve risvegliare un nuovo interesse così come nella **emergenza vissuta, l'aver scoperto l'assenza di una produzione italiana dei dispositivi di protezione individuale (dpi), mascherine, e non solo, in particolare**. Cioè, tutto questo, ci rende l'idea di come si consideri la prevenzione nel nostro paese, con le regioni che non hanno predisposto i Piani di Pandemia previsti per legge.

Questa distrazione costringe oggi il nostro Paese a importare i dpi dall'estero a costi maggiori oppure a produrli a livello nazionale solo dopo una riconversione delle imprese. Tutto ciò ha esposto a grandi rischi il personale medico-sanitario. **Il contagio tra i lavoratori della sanità, è stato notevole** perché all'assenza dei dispositivi di protezione individuale non si è risposto immediatamente con l'organizzazione di una protezione al personale impegnato in prima linea. Si aggiunga che l'emergenza di mancanza di personale ha generato una bassa rotazione dei turni e un aumento dei compiti da svolgere che hanno impedito di far fare la quarantena ai contagiati. L'Italia è così sottodimensionata a livello medico e sanitario che, in piena emergenza coronavirus, è stata **costretta a richiamare il personale già in pensione**, a chiederlo in prestito dall'estero e ad accelerare l'entrata in servizio dei neolaureati. Questi sono gli effetti di un Paese che, da un lato, non ha nessuna programmazione pubblica di lungo periodo capace di anticipare le esigenze di una società in transizione demografica e che, dall'altro, **lascia emigrare circa 1.500 giovani medici specializzati all'anno**, oltre a tanti altri infermieri e ricercatori, in cerca di migliori condizioni lavorative e salari più alti. Un'emorragia di capitale umano per l'Italia, che ha sostenuto i costi della loro formazione, e di cui si beneficiano i Paesi pronti ad assumerli.

Questa emergenza ha permesso di fare una radiografia anche al regionalismo all'italiana. Un sistema disordinato e confuso, frutto della riforma costituzionale del 2001, che ha regionalizzato la sanità e ampliato le disuguaglianze territoriali. Le Regioni che fino a qualche mese fa chiedevano a gran voce maggiore autonomia, sono paradossalmente quelle che oggi invocano l'aiuto dello Stato per evitare il collasso dei loro sistemi sanitari. Questo dimostra che neanche quelle più attrezzate si possono salvare da sole e sarà quindi necessario ridiscutere dei rapporti tra Stato e Regioni. Il decreto legge "Cura Italia" è certamente un primo passo per dare ossigeno a un sistema sanitario in affanno da lungo tempo.

Ma è comunque ancora del tutto insufficiente per invertire la rotta di una spesa sanitaria che in rapporto al prodotto interno lordo è diminuita dal 7,10% del 2010 al 6,60% del 2018. Una volta stabilizzato il Paese dal punto di vista sanitario, ci si potrà concentrare sulla ripresa economica. Gli scenari economici restano molto incerti perché dipenderanno dall'evolversi dell'epidemia e anche dalle politiche economiche. In ogni caso, bisognerà evitare che la caduta dei consumi inneschi il tracollo della già fragile struttura produttiva italiana che, dati Istat alla mano, risulta composta ad micro e piccole imprese che occupano il ca. il 50% degli addetti complessivi. Per questo motivo, speriamo in misure pubbliche inusuali per sostenere il reddito di tutti, a partire dai più fragili e meno tutelati. Se dopo il 2008 l'Italia ha provato a reggere alla crisi economica globale tramite il welfare familiare, sostenuto principalmente dal risparmio privato, oggi questo non è più possibile data l'estensione e la profondità di questa crisi. **Questa emergenza apre, quindi, diversi spazi per un nuovo intervento pubblico in economia** perché ha messo in crisi il mantra neoliberista "meno Stato, più mercato" che da decenni orienta le scelte economiche dell'Unione europea e dei governi nazionali. La discontinuità proposta dalla Commissione europea, come la sospensione del Patto di Stabilità, è un primo timido passo che va però sostenuto con politiche fiscali espansive e politiche monetarie più incisive. L'impatto economico e sociale di questa epidemia, che non ha precedenti dal secondo dopoguerra in poi, sta facendo riscoprire l'importanza dello Stato e il ruolo essenziale dei servizi pubblici, anche a chi li ha avversati fino a ieri. I servizi pubblici devono essere finanziati attraverso una tassazione più progressiva sui redditi e sulle ricchezze, oltre al recupero dell'evasione, e non da donazioni dei miliardari italiani, magari pentiti delle loro colpe di accaniti evasori, o da raccolte fondi promosse da alcuni personaggi famosi. Quando questa emergenza sarà finita, avremo una grande opportunità per ripensare il nostro modello di sviluppo, rimettendo al centro dell'agenda economica la piena e buona occupazione, soprattutto nei settori pubblici, e la spesa pubblica come una risorsa fondamentale per rispondere ai bisogni della popolazione.