**LA PENDEMIA HA FATTO EMRGERE I DANNI ARRECATI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DA DEFINANZIAMENTO, PRIVATIZZAZIONE, REGIONALIZZAZIONE: COME POSSIAMO SALVARLO?**

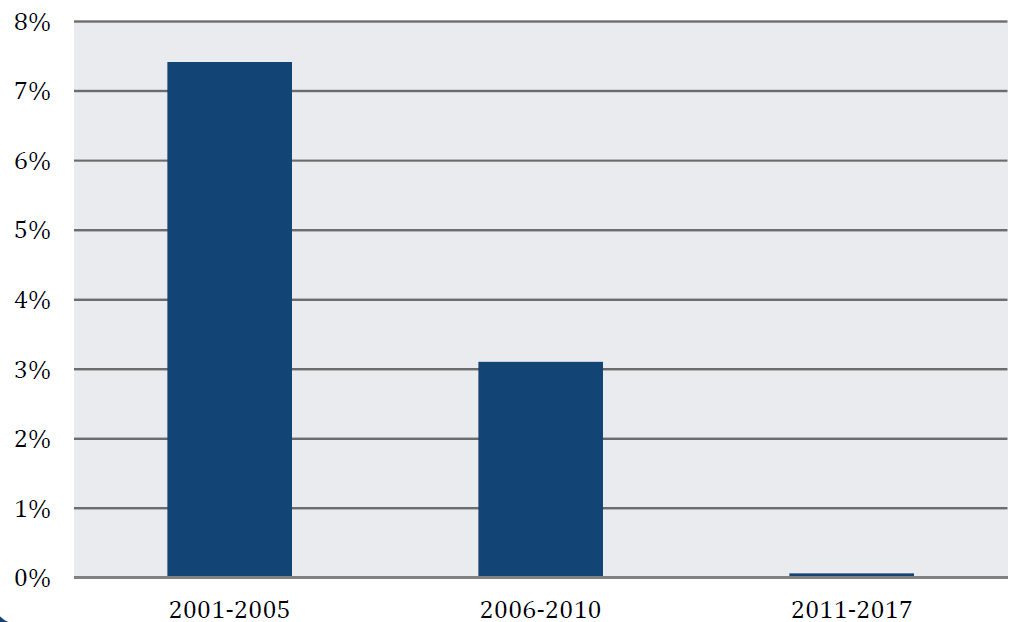
In questi mesi abbiamo assistito attoniti alla tragedia che si è abbattuta sul mondo. Al momento i casi in Italia sono circa 240.000 ed oltre 35.000 i morti, in entrambi i casi sicuramente sottostimati. Nonostante le guerre e i drammi degli ultimi decenni, mai come in questa circostanza, si è avuta la netta sensazione di quanto poco valga la vita umana per i detentori del potere, gruppi economici, governi. L’Italia, con il suo Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fortemente indebolito dalle politiche degli ultimi decenni, ha faticato molto a reggere e ne sta uscendo provata sul piano della tenuta economica e sociale. Le cause principali del tracollo sanitario, verificatosi in alcune regioni del Nord, sono da ricercare innanzitutto nel **definanziamento della spesa per la salute e nella privatizzazione dei servizi**, che hanno indebolito quando non **smantellato il sistema edificato con la Legge di riforma sanitaria** **833/78**. A ciò bisogna aggiungere l’i**ndebolimento dello Stato** e il **regionalismo.**

**1. DEFINANZIAMENTO DELLA SPESA PER LA SALUTE E CONFRONTO CON ALTRI PAESI EUROPEI**

**La spesa per la salute in Italia** riferita al 2017 (ultima valutazione disponibile), ammonta complessivamente a € **204.034 milioni** e comprende la spesa sanitaria pubblica, quella privata, quella sociale di interesse sanitario e la spesa fiscale. A noi interessa ora esaminare la **spesa sanitaria pubblica,** quella cioèche finanzia il Servizio Sanitario Nazionale, alla quale è da ascrivere anche la spesa per le strutture private convenzionate e per i servizi esternalizzati: questa spesa, è di **€ 113.131 milioni, di cui circa il 50% va a finanziare il privato convenzionato.**

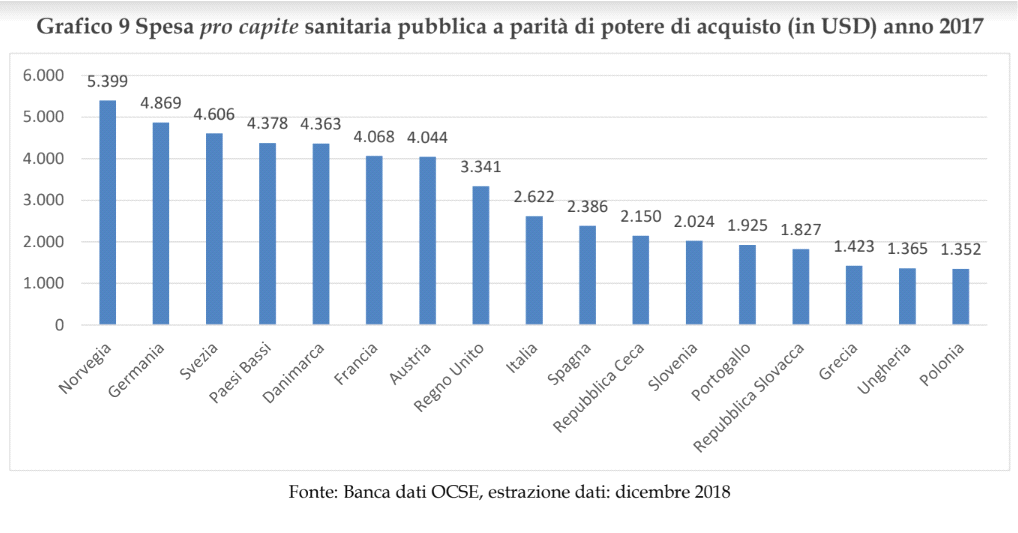
E’ questa la spesa che, in baseai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, ha subito negli ultimi anni un’imponente riduzione, abbassando il tasso di crescita medio annuo che era **7,4% nel 2001-2005**, a **3,1%, nel 2006-2010** e quindi allo **0,1% nel 2011-2017**. **Fig. 1.**

**Fig. 1 Trend spesa sanitaria pubblica 2001 – 2017 (4°Rapporto Gimbe, 2019)**



Il definanziamento **n**el periodo 2010-2019 è stato di oltre **€ 37 miliardi,** e se inizialmente la riduzione era imputabile alla crisi economica, poi è diventato indice di una precisa volontà di non investire in Sanità. Ciò ha portato la **spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia sotto la media OCSE ($ 2.622 vs $ 2.868),** mentre molti paesi in Europa continuavano a investire molto più di noi, tanto che la nostra **spesa media pro capite** è ora **inferiore del 35% a quella francese (4.068 $)** e del **45% a quella tedesca (4.869 $). Fig. 2**

**Fig. 2. Italia si trova nel 2017 con spesa sanitaria pubblica quasi dimezzata rispetto a Germania**



Se si confronta il trend della spesa pubblica in Italia nel periodo 2000-2017 con gli altri paesi del G7 si rileva che **a)** negli altri paesi la crisi economica non ha scalfito la spesa pubblica per la sanità tanto che dopo il 2008 il trend di crescita è stato mantenuto mentre In Italia si è completamente appiattito(**Fig. 2**); **b),** sono divenute enormi le differenze rispetto agli altri paesi europei, giacché mentre nel 2000 le differenze assolute della spesa pubblica tra Italia e altri paesi del G7 erano modeste, nel 2017 la differenza è aumentata, fin quasi a raddoppiare nei confronti della Germania con **$ 4.869 vs $ 2.622** **(Fig. 2, 4)**

L’Italia è diventata quindi in Europa il fanalino di coda per la spesa sanitaria pubblica e totale, nonostante la stessa OCSE raccomandasse di non andare ad intaccare la qualità dell’assistenza.

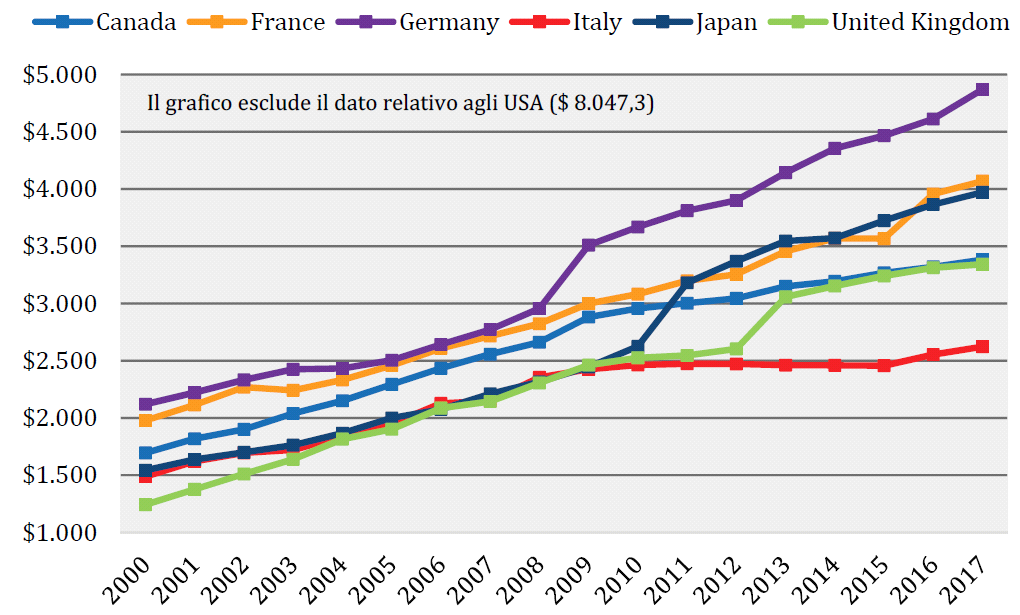
Questo significa che, sebbene questa Europa abbia molte responsabilità nell’abbandono delle politiche di welfare, chi decide nel e per il nostro paese ha voluto adottare politiche ancora più restrittive, tanto da introdurre il pareggio di bilancio in Costituzione **(A.81),** che non era affatto obbligatorio. Già questo dice molte cose sulla mancata tenuta del nostro SSN durante l’epidemia.

Il definanziamento ha portato ad una massiccia contrazione del personale e dei posti letto e al mancato investimento in dotazioni tecnologiche e sicurezza, compresi i dispositivi di protezione.

In pochi anni si sono **persi quasi 10.000 medici (**ora siamo a **242.000)** mentre oltre la metà di quelli in servizio ha un’età superiore ai 55 anni, tanto che ci si aspetta un abbandono, entro il 2025, di **53.000 medici** con la Legge Fornero e con quota 100. Ancora maggiore è stata la perdita di altre figure professionali, **40.000,** tra cui migliaia di infermieri: questi ultimi sono il **5,8 x 1000 contro gli 8,5 x 1000 dell’UE e** rappresentano uno dei punti deboli del sistema.

**I posti letto** sonopassati da **5,8 posti letto ogni 1000 abitanti nel 1998** a **3,6 nel 2017**, contro una **media europea di 5 ogni 1000** abitanti. Attualmente i posti letto sono circa 215.000,

**Fig. 3. Trend spesa pubblica pro capite 2000 – 2017 nei paesi del G7**



Non c’è da stupirsi che la pandemia abbia trovato medici ed infermieri già stremati, dopo anni di sovraccarico di lavoro, sia negli ospedali che nel territorio. La carenza d**i posti letto nelle TI è risultata drammatica, ma non vi sarebbero arrivati così tanti ammalati gravi se l’assistenza territoriale non fosse stata smantellata.**

**2. PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ**

Mentre il definanziamento depauperava il servizio pubblico nel silenzio di sindacati e partiti, la sanità privata avanzava sostenuta da potenti gruppi, spesso presenti anche sul mercato europeo della sanità, proprietari di ospedali e altre strutture, IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), facoltà di medicina, partecipati da banche e assicurazioni anche straniere. Per importanza e diffusione, vi è innanzitutto il **Gruppo san Donato-GDSD (**Famiglia Rotelli), che ha una presenza capillare in Lombardia ma si sta espandendo anche in Emilia Romagna: si segnala che questo gruppo con una valorizzazioni di **757,3 milioni di euro nel 2017** pesa più del valore dei ricoveri trattati dai 7 **ospedali pubblici della ex ASL di Milano città** che raggiungono insieme i **744,1 milioni di euro.** Seguono **il gruppo Humanitas (**famiglia Rocca), presente in Lombardia e in altre regioni, con una propria facoltà di medicina; il **gruppo Maugeri**, che, dopo le vicende giudiziarie legate a Formigoni è stato acquisito dalla Banca JPMorgan, con propria facoltà di medicina, dislocato in sei regioni oltre che in Lombardia; la **Fondazione Poliambulanza**, a Brescia, partecipato da Diocesi di Brescia, Gemelli di Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore e Opera Don Calabria; il **Gruppo KOS** (famiglia De Benedetti**),** con forte presenza nelle RSA e che opera anche nel mercato inglese e indiano; **l’ex gruppo Veronesi** nel cui Consiglio di amministrazione siedono Banca Intesa, Unipol, Allianz, Luxottica oltre alla famiglia Veronesi; **Gruppo Multimedica** (famiglia Schwarz), **Gruppo Garofalo** (famiglia Garofalo), in Emilia Romagna e Lombardia. Tali organizzazioni private, godendo di **un posizionamento strategico molto solido e in via di ulteriore consolidamento**, potrebbero essere presto in grado di sovrastare il servizio pubblico e condizionarne fortemente le scelte fino a proporsi **come gestori dello stesso pubblico,** come già successo in Lombardia nelle provincie di Bergamo e Mantova. Il risultato di tale condizionamento lo abbiamo visto in questi mesi.

Insieme al privato convenzionato l’altro grande pericolo per la stessa esistenza e sostenibilità del SSN viene dalla Sanità Privata integrativa o secondo pilastro.

**A) Le strutture private convenzionate o accreditate.**

Esse di pubblico hanno solo il finanziamento, il resto è tutto privato, e la gestione si fonda sul profitto. Il connubio tra strutture erogatrici, banche e capitale che ha raggiunto fin qui il massimo sviluppo nelle regioni del Nord, in primis la Lombardia seguita da Emilia Romagna si sta allargando alle altre regioni anche attraverso processi di riassorbimento di strutture in difficoltà. Nello specchietto sottostante si vede quale sia ormai la consistenza del privato convenzionato rispetto al pubblico. Fonte: Annali 2017 del Ministero della Salute. Tranne che per le strutture ospedaliere, dove il pubblico, seppure di poco, mantiene una prevalenza sul privato, le altre sono ormai prevalenti sul pubblico.

|  |
| --- |
| **Strutture del privato accreditato, % rispetto al pubblico** |
| **Assistenza ospedaliera**: 482 su 1000, pari al **48,2%** |
| **Assistenza specialistica ambulatoriale** (ambulatori, laboratori, diagnostica strumentale e per immagini): 5.353 su 8867, pari al **60,4%;** |
| **Assistenza territoriale residenziale** (Residenza Sanitarie Assistite, case protette, Hospice) 6070 su 7.372 pari **all’82,3%;** |
| **Assistenza territoriale semiresidenziale:** (centri dialisi, stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consultori familiari), 2.118 strutture su 3.086 pari al **68,6%;** |
| **Altra Assistenza territoriale, 724 su 5.586,** pari al **13,0%;** |
| **Assistenza riabilitativa (**cliniche di riabilitazione) 874 su 1,122 pari al **77,9%;** |

Le **strutture convenzionate per l’assistenza ospedaliera,** chenel **2017** rappresentano **il 48,2 % su 1000** strutture hanno quasi raggiunto ilpubblico che oggi è il **51.8%**. In termini numerici assolutila Regione che ne ha il maggior numero è il **Lazio con 124** strutture private, seguita dalla **Lombardia con 72** strutture (ma abbiamo visto di quale potenza), quindi **Sicilia e Campania con 58.**

**La spesa sanitaria per le strutture private accreditate** è circa il **33%** del totale della spesa pubblica (In **Lombardia il 40%** e nel **Lazio oltre il 50%).** Se si considera che all’interno della Sanità Pubblica sempre più servizi sono esternalizzati, il privato assorbe ormai quasi il 50% dei finanziamenti.

A questo è complementare, la sanità integrativa, per cui si parla ormai di “Sistema sanitario”.

Le regioni, stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l’accreditamento, dovrebbero verificarne l’osservanza e controllare che i finanziamenti richiesti siano corrispondenti ai DRG di cui si chiede il pagamento. Di fatto ciò non avviene. Tale sistema, che vige anche nel pubblico ed è stato introdotto con l’aziendalizzazione, indirizza il privato, che si fonda sul profitto, verso la scelta e l’effettuazione dei trattamenti più remunerativi e facilita comportamenti opportunistici e truffe, di cui la cronaca è piena da anni.

**Contrariamente al senso comune non è vero che il privato sia più efficiente.** Sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute una singola degenza costa in media € 3.021 nel pubblico mentre nel privato costa €2.870,48. Tale media però non tiene conto che gli interventi più costosi (fa eccezione la cardiologia interventistica e la cardiochirurgia), come: trapianti, chirurgia oncologia, neurochirurgia, Terapia Intensiva ed Emergenza-Urgenza, si eseguono prevalentemente nelle strutture pubbliche. E non tiene conto che nel privato si tende a moltiplicare esami, visite ed interventi, utilizzando meno personale.

Molti sono i medici e specialisti che hanno lasciato il pubblico causa il sovraccarico di lavoro e gli stipendi bloccati da oltre 10 anni. Avviene così che gli apparecchi di alta diagnostica sono spesso fermi, nonostante le lunghe liste di attesa, come nel Lazio, dove i due terzi delle prestazioni diagnostiche sono erogate da privati accreditati malgrado la maggior parte degli apparecchi sia nel pubblico.

Nemmeno durante l’emergenza da Covid Il privato è stato di una qualche utilità ma è intervenuto tardi, dietro laute remunerazioni e dopo essersi assicurato altri letti in convenzione.

**B) La sanità integrativa e intermediata da terzi paganti, il cosiddetto secondo pilastro.**

E’ fatta da soggetti che offrono la copertura per la spesa di prestazioni e servizi sanitari, sia nel pubblico sia nel privato, sostituendosi al SSN. Si possono suddividere in tre principali raggruppamenti:fondi sanitari, polizze assicurative individuali e collettive, Welfare aziendale.

Teoricamente offrono **tre tipologie di coperture: sostitutiva:** copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA, con vantaggi di riduzione dei tempi di attesa. In linea teorica, può sostituirsi interamente all’offerta pubblica, in realtà copre solo i servizi più vantaggiosi per l’erogatore (es. diagnostica e specialistica ambulatoriale). **Aggiuntiva:** integra la copertura pubblica colmando il differenziale di spesa tra le prestazioni garantite dal SSN e la quota a carico del cittadino (es. ticket camere a pagamento etc.)   
**Complementare**: copre prestazioni escluse dai LEA (es. odontoiatria).

**Con i Decreti Turco (2008) e Sacconi (2009) le differenze tra Fondi sanitari e polizze assicurative si sono sostanzialmente annullate,** perché, al fine di poter usufruire dei benefici fiscali, tutti i soggetti iscritti all’Anagrafe sono tenuti ad erogare prestazioni integrative (assistenza odontoiatrica, non autosufficienza) in misura non inferiore al 20% delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni, mentre il resto può essere composto da prestazioni sostitutive. Mentre quindi la terminologia continua a indicare la natura “integrativa” dei fondi sanitari, legittimando la percezione pubblica che il loro obiettivo sia solo di integrare le coperture garantite dal SSN, di fatto tutti i soggetti, fondi e assicurazioni, possono esercitare una funzione sostitutiva sino all’80% delle coperture, continuando a mantenere i benefici fiscali.

**Fondi sanitari** sono composti da centinaia di soggetti (fondi, casse, enti) molto eterogenei quanto a coperture, premi, modalità di gestione delle attività, erogazione delle prestazioni, etc. Essi hanno **progressivamente acquisito una funzione prevalentemente sostitutiva, piuttosto che integrativa,** pur mantenendo le agevolazioni fiscali. Le caratteristiche sono raccolte nell**’Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute, che però** non è consultabile pubblicamente dal sito web, per cui le informazioni disponibili provengono da varie fonti, parziali o settoriali, come convegni, audizioni etc.

Nel novembre 2018, il Ministero della Salute per la prima volta ha pubblicato un **report ufficiale che per l’anno 2017 attesta 322 fondi sanitari, per un totale di 10.616.847 iscritti** che includono anche pensionati e loro familiari.

Le agevolazioni fiscali per i fondi sanitari permettono una **deducibilità dei contributi sino a € 3.615,2**0 e **la detrazione della quota parte delle spese sanitarie a** proprio carico. Ciò significa che, per un’erogazione di prestazioni prevalentemente sostitutive, il beneficiario può togliere allo Stato € 3.615,20 per spese fiscali e la quota parte delle spese sanitarie a proprio carico.

**Polizze assicurative.** Si tratta di soggetti commerciali che vendono prodotti riconducibili a polizze malattia, individuali o collettive e a polizze di **LTC (Long term care), cioè delle assicurazioni a vita**, che in caso di non autosufficienza garantiscono all’assicurato una rendita. Esse sono prevalentemente di natura sostitutiva, cioè intervengono per prestazioni già incluse nel SSN (ricoveri ospedalieri e altro). Talvolta si estendono alle prestazioni odontoiatriche, a fronte di un incremento del premio.

Il rimborso può essere parziale o totale, secondo il premio pagato. Possono anche garantire una assistenza diretta veicolando l’assicurato in strutture sanitarie convenzionate.

**Welfare aziendale**. Si è andato costituendo con la **Legge di Stabilità 2016 e quindi con le Leggi di Bilancio 2017 e 2018 ch**e, grazie a rilevanti incentivi fiscali, hanno promosso gli investimenti delle imprese per sostenere **il “benessere dei lavoratori e delle loro famiglie**”. Si realizza attraverso la conversione dei premi aziendali di risultato in servizi di welfare, rafforzando gli incentivi già presenti nella componente variabile della retribuzione. **A questi si applica la totale esenzione da imposizione fiscale e contributiva.**

**Nell’ambito del Welfare** la sanità integrativa è l’area che ha maggiormente catalizzato l’interesse di imprese e sindacati, favorita dalle agevolazioni fiscali, dalla frammentata normativa sulla sanità integrativa e dalla pressione dell’intermediazione finanziaria e assicurativa.

Le tipologie di servizi e prestazioni sanitarie offerte, vanno a duplicare quanto già incluso nei LEA, con il benestare delle organizzazioni sindacali che pertanto, da difensori delle tutele pubbliche si sono trasformati in sostenitori dei fautori della privatizzazione.

Di fatto i fondi sanitari offrono **solo vantaggi marginali ai lavoratori dipendenti** con il rimborso di alcune spese, peraltro ampiamente ripagate dalla rinuncia all’aumento salariale e ad una quota di pensione e di TFR: Inoltre finiscono per pagare due volte, perché continuano a sostenere attraverso la fiscalità generale il servizio pubblico.

Chi invece **beneficia sicuramente dei fondi sanitari sono le imprese** (che risparmiano sul costo del lavoro), **l’intermediazione finanziaria e assicurativa** (che aumenta i propri profitti) e **i privati erogatori** (che possono contare sull’incremento della domanda di prestazioni).

Peraltro, il 40-50% della somma versata al fondo non si traduce in servizi perché assorbito dalla gestione amministrativa e da altre voci legate all’assicurazione.

**Negli ultimi 30 anni vi è stata una crescente convergenza d’interessi per fondi sanitari**, **assicurazioni** e **forme di welfare aziendale**, sostenendo che l’unico modo per garantire la sostenibilità del SSN fosse l’espansione del cosiddetto secondo pilastro.

In realtà la sanità integrativa rappresenta **una grossa criticità per il SSN**, in quanto sta diventando **progressivamente sostitutiva** e **permette alla intermediazione finanziaria** e assicurativa di utilizzare **le detrazioni fiscali** per incrementare i profitti oltre che accrescere iniquità e disuguaglianze.

E’ il D. Lgs 502/1992 (De Lorenzo) che introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi. Da allora è stato tutto un susseguirsi di provvedimenti che ne hanno facilitato il diffondersi finché con il decreto crescita, **DL 34/2019, si** **è garantita loro la possibilità di godere di agevolazioni fiscali.**

Per raggiungere lo scopo è stata condotta una **martellante campagna mediatica** da parte dell’intermediazione finanziaria e assicurativa, che ha denunciato l’aumento della spesa sanitaria privata diretta, le difficoltà di accesso rapido al pubblico e la rinuncia alle cure per 12 milioni di italiani (vedi RBM Salute-Censis). Si è quindi sostenuto che fosse necessario potenziare il secondo pilastro per salvare il SSN, quando invece bisognava solo ristabilirne il necessario finanziamento.

**Non c’è dubbio che Il secondo pilastro danneggia e rischia di affondare il SSN:** esso infatti, **Indebolisce la difesa del diritto alla tutela della salute**, perché chi non è soddisfatto del pubblico e dispone di un’opzione privata che gli offre tutto non ha motivo per rivendicare un diritto anche a nome degli altri; **genera iniquità e diseguaglianze,** in quanto le agevolazioni fiscali sono una spesa fiscale sostenuta da tutti i contribuenti, di conseguenza gli iscritti ai fondi sanitari, persone che hanno un cero agio o che appartengono a categorie con maggiori capacità negoziali, oltre a fruire di maggiori prestazioni, scaricano parte dei costi sui non iscritti,.

**E’ davvero paradossale** che, di fronte al progressivo definanziamento del SSN, si preferisca destinare risorse pubbliche alle **agevolazioni fiscali** dei fondi sanitari, invece che aumentare le risorse per la sanità pubblica.

**Nel contesto delle difficoltà indotte dall’imponente definanziamento del SSN la privatizzazione del SSN sta avvenendo in modo strisciante** per l’interazione di vari fattori: rimborso a prestazione (DRG), insoddisfazione di operatori e medici che tendono a spostarsi nel privato, difficoltà di accesso al servizio pubblico, esternalizzazione di servizi logistici e sanitari, erosione da sprechi, inefficienze, prestazioni inappropriate, truffe.

**Le strutture private convenzionate** risparmiano ai pazienti le attese del SSN, ma offrono prestazioni spesso inadeguate o inutili, prediligono l’effettuazione delle prestazioni più remunerative e non sono in grado di intervenire in situazioni di emergenza urgenza. Difficilmente rispondono ai requisiti di accreditamento e sottraggono denaro pubblico attraverso vere e proprie truffe.

**L’Intermediazione finanziaria e assicurativa,** difficilmente controllabile data la frammentazione e flessibilità della normativa che la riguarda, genera profitti utilizzando il denaro pubblico sotto forma di detrazioni fiscali per fornire prestazioni prevalentemente sostitutive e spesso inefficaci.

**Per concludere, sanità privata convenzionata e sanità integrativa, avendo come scopo il profitto,** non possono essere funzionali ad obiettivi di salute. Sottraggono risorse al Servizio Pubblico e introducono capitali privati che poi pesano sulle scelte da fare per la salute. In entrambe è sempre più forte la presenza di capitale finanziario anche internazionale e questo renderà molto difficile la nostra lotta per ritornare ad un sistema pubblico. Nonostante la pandemia abbia messo a nudo la carenze dei sistemi sanitari in cui prevale il privato, questo si sta già organizzando per allargare la sua presenza all’assistenza territoriale.

**3. LA DEMOLIZIONE DELLA L.833/78 E DEL SSN E L’AZIENDALIZZAZIONE**

La Legge di riforma sanitaria (L. 833/78), è stata frutto di una lunga stagione di lotte per i diritti: la salute era stato l’ultimo ad arrivare al traguardo sebbene, allora, la sanità pesasse infinitamente meno in termini di mercato, di sostenibilità economica e di politica.

I principi fondamentali erano tre: **Universalità** (estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione), **uguaglianza** (accesso alle cure senza alcuna discriminazione), **equità** (parità di accesso in relazione a uguagli bisogni di salute).

Il SSN si doveva costruire intorno ad altri due cardini: la **unitarietà tra interventi preventivi,** **curativi, riabilitativi e reinserimento sociale**, e la **integrazione tra interventi sanitari, sociali e ambiental**i dato che determinanti biologici, ambientali e sociali di malattia sono strettamente intrecciati. Era previsto quindi uno stretto legame tra i **servizi ospedalieri**, di diverso livello e complessità, **servizi sanitari di base**, servizi **riabilitativi** e di **assistenza sociale**, in coordinamento con i Comuni. I **Servizi di Prevenzione, Igiene Pubblica** e **del Lavoro**, si occupavano di prevenzione primaria (tutela della salute attraverso la tutela dell’ambiente, individuazione e bonifica delle cause di inquinamento), tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro e prevenzione secondaria o collettiva (epidemiologia infettiva, vaccinazioni, controllo degli ambienti di vita etc.).

Gran parte di questo è rimasto sulla carta o è stato demolito, in seguito all’intervento di vari provvedimenti legislativi di controriforma, che hanno **trasformato le USSL in Aziende** (ASL) e i grossi ospedali in **Aziende Ospedaliere** **(AO**) separandole dal territorio. **(D. Lgs 502/1992 e 517/1993, ministro De Lorenzo),** mentre col **Referendum del 1994** si è tolta la tutela dell’ambiente alle ASL. I servizi di prevenzione sono stati snaturati mentre e l’assistenza sanitaria di base e domiciliare, che veniva prima dell’ospedale, sono stati svuotati di competenze.

**Le comunità locali** hanno perso il diritto di orientare le politiche sanitarie nei territori. **La Regione, ha acquisito un ruolo centrale** e pressoché **autonomo** dopo il 2001, con la riforma del Titolo V. Il **Ministero della Salute è stato depotenziato** per essere **sovrastato dal Ministero dell’Economia** che stabilisce ammontare del fondo sanitario nazionale (FSN) ed entità degli investimenti.

E’ in questi stessi anni che l’Europa, con il **Trattato di Maastricht**, abbraccia la scelta liberista, da cui l**a scelta aziendalista**, che **condizionerà fortemente l’assolutezza del diritto alla salute,** ponendo obiettivi improntati a logiche di efficienza, produttività, pareggio di bilancio: con ciò il diritto alla salute dovrà essere mediato con gli scopi economici, cesserà di essere assoluto e incondizionato  
 e sarà subordinato alle leggi del mercato.

Con il D. Lgs 502/92 **aumenta il ruolo dei privati e viene introdotta la sanità integrativa** con funzioni sostitutive del SSN. Le successive riforme non invertiranno le tendenze al definanziamento e alla privatizzazione.

Infine **muore** **l’equità nell’erogazione delle prestazioni**. **L**a L. 833/1978 disponeva **all’Art.3** che i livelli delle prestazioni sanitarie dovessero essere garantiti a tutti i cittadini e **all’Art. 4,** che le prestazioni dovevano assicurare condizioni e garanzie di salute **uniform**i per tutto il territorio nazionale. Cioè tutti i cittadini dovevano fruire del diritto alla salute in modo omogeno e “uniforme” in qualsiasi zona geografica vivessero**.** Ma, al momento di darne attuazione, nel D. Lgs 502/1992 si dispose che l’individuazione dei livelli essenziali e uniformi doveva essere effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN, nel rispetto dellecompatibilità finanziarie. La clausola di uniformità, che rispondeva all’interpretazione della Carta costituzionale, sarà consapevolmente abbandonata dal governo Berlusconi e seguenti.

**4. NUOVO TITOLO V, REGIONALISMO, TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE SULLA SALUTE**.

Interpretato dalle regioni in modo quasi autarchico il regionalismo ha concorso alla demolizione del SSN e ha prodotto 20 sistemi sanitari diversi, finanziati senza alcun criterio perequativo e sulla base del **fabbisogno storico**, col risultato che i finanziamenti vanno in misura maggiore al Centro-Nord. Le regioni, hanno approfittato dell’autonomia conseguita per rafforzare il privato e per dar libero corso ai fondi integrativi, che in realtà sono sostitutivi, determinando una sanità a due binari basata sul censo producendo un **aumento delle disuguaglianze in tutte le regioni.** Ancora maggiori sono stati l’aumento delle disuguaglianze e **il divario prodotto tra regioni del Nord e regioni del Sud e isole**, che, pur essendo più bisognose, ricevono meno finanziamenti dallo Stato mentre le entrate derivanti dalla propria insufficiente base impositiva non bastano a finanziare i servizi sanitari e sociali. Questo alimenta la mobilità sanitaria, che ogni anno sottrae più di 4 miliardi alle casse del mezzogiorno per finanziare la cura dei suoi cittadini nelle strutture del nord.

L’Autonomia Differenziata, non farà che accentuare tale divario, aumentando ulteriormente le disuguaglianze e accentuando gli squilibri e le storture introdotte dalle varie “deforme”, mettendo a rischio la tenuta del paese.

**Il regionalismo ha anche aumentato sprechi, inefficienze e truffe** che secondo l’OCSE rappresentano una voce importante di perdita finanziaria nei sistemi sanitari. Per l’anno 2017, il Rapporto GIMBE ha stimato che sprechi e inefficienze rappresentino, su un consuntivo di € 113.131 milioni di spesa sanitaria pubblica, € 21.495 milioni (±20%: range € 17.196-25.794 milioni), pari al 19% della spesa sanitaria pubblica. Sono state individuate sei voci che concorrono all’erosione delle risorse: **prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate,** (farmaci, test di screening e diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri) **frodi, abusi,** comportamenti opportunistici a vari livelli della sanità; **costi eccessivi per tecnologie sanitarie**, beni e servizi, su cui poco effetto hanno avuto le politiche di centralizzazione degli acquisti; i**nefficienze amministrative** e burocratiche e ritardi nella informatizzazione dei processi**; inadeguato coordinamento dell’assistenza**.

**Il fallimento del regionalismo**, non ancora autonomia differenziata, lo si è visto in questi mesi di pandemia: in assenza di una programmazione centrale ogni regione se ne è andata per conto proprio, ha attuato scelte prive di fondamento scientifico che i Comuni hanno subito, mentre il Governo non è stato in grado di attuare un coordinamento.

**5. COVID-19 HA FATTO EMERGERE I DANNI CAUSATI DA DEFINANZIAMENTO, PRIVATIZZAZIONE, SMANTELLAMENTO DEL SSN, REGIONALIZZAZIONE**

L’epidemia di Covid-19 ha dimostrato il fallimento di qualsivoglia sistema che intenda fondare la tutela della salute **sull’iniziativa privata dominata dalla logica del profitto**, sulla **preminenza dell’attività ospedaliera**, torcendo quest’ultima in direzione delle terapie più remunerative, sullo **smantellamento della assistenza territoriale e della prevenzione,** sulla **regionalizzazione spinta.** Ciò si è visto proprio attraverso la prova, fallita, delle regioni che più avevano distorto i principi e i criteri fissati dalla L. 833/78. L’intero SSN, che pensavamo uno dei migliori si è mostrato in tutta la sua debolezza.

Oggi in **Lombardia** esiste la possibilità di curarsi con di **assistenza territoriale** e la **prevenzione** sono ridotti al minimo con pochissimo personale. E siccome le patologie ad elevata trasmissibilità vanno affrontate e sconfitte sul territorio, nelle regioni in cui assistenza di base e prevenzione erano state smantellate il sistema è crollato. Ciò è accaduto, pur in modo meno eclatante, anche in Piemonte e Liguria, mentre, tra le regioni più colpite, i servizi hanno tenuto in Veneto, Emilia Romagna e Toscana, dove permaneva un tessuto sanitario territoriale. Ma voci e testimonianze pervenute dall’interno dell’epidemia, hanno fatto sapere che anche in queste regioni, la situazione è stata parzialmente recuperata grazie agli operatori, poiché le dirigenze, almeno nella prima fase, sono state travolte dal panico e dall’imperizia.

Nel resto dell’Italia la diffusione non è stata così massiva, ma se lo fosse stata, gli effetti sarebbero stati altrettanto gravi se non maggiori, dal momento che Lazio, regioni del Sud e isole hanno ulteriormente ridotto i servizi di assistenza territoriale e di prevenzione, peraltro mai sviluppati pienamente, ed anche in questi territori la privatizzazione avanza.

**I**l coronavirus ha messo in luce oltre alla debolezza strutturale del sistema anche un altro aspetto fin qui sottovalutato, cioè lo **stato di debolezza culturale e scientifica del paese e l’impreparazione di soggetti e strutture** che ai vari livelli dovevano approntare la risposta, a cominciare da quello centrale.

Ciò ha determinato un **grave ritardo nella comprensione** di quanto stava accadendo e la **sottovalutazione** nella diffusione del virus nonostante che:

* **Da almeno venti anni** gli esperti del settore avessero messo in guardia sulla possibilità di pandemie (Antony Fauci nel 2005 lo dice al Senato americano).
* **Il governo cinese avesse pubblicato e reso disponibile alla comunità scientifica internazionale la sequenza di Covit-19 il 12 gennaio.**
* **I media di tutto il mondo trasmettessero** di continuo immagini e resoconti da Wuhan.

In Italia, a lungo vi è stato scetticismo sulla possibilità che il virus arrivasse, non solo da parte dei cittadini normali e dei politici, ma anche da parte degli esperti del settore, cui spettava proporre le strategie idonee al contenimento. Si è continuato a dire che si trattava di un normale virus parainfluenzale.

**Qui vi è una responsabilità enorme dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS),** l’organo tecnico del Ministero della Sanità, che doveva consigliare e indirizzare l’azione di governo nell’emergenza: così non è stato. Svuotato di competenze, addirittura smantellata l’Unità di Epidemiologia, ridotti i fondi per la ricerca con l’austerità, non ha saputo assolvere alla sua funzione: non ha saputo cogliere né gli allarmi pandemici che gli scienziati più avvertiti avevano lanciato da molti anni, né il significato di quanto stava succedendo in Cina, non ha capito la intrinseca invasività e virulenza del virus, non ha saputo consigliare ministero della Salute e Governo. E’ così che solo il 31 gennaio il Governo ha dichiarato lo Stato di Emergenza e solo il 25 febbraio è uscito il primo DPCM contenente misure urgenti.

**Non è stato nemmeno aggiornato il piano operativo contro le pandemie**, che esisteva sulla carta dal 2006, nonostante l’Organizzazione Mondiale della Sanità lo avesse raccomandato appena un anno prima, memore dell’ultima epidemia di SARS-COV, consumatasi tra il 2002 e il 2003 nella provincia del Guandong, in Cina.

**Ed è inspiegabile (oltre che inaccettabile)** che sia stata **la protezione civile a presiedere alla raccolta dei dati epidemiologici** e a divulgarli, con molti errori e sottovalutazioni, anziché un ufficio epidemiologico.

**E’ venuta a mancare anche una Cultura della sanità pubblica,** tra i **Medici di Medicina Generale** le cui basi professionali sono antiquate e trascurate dai vertici **e i Servizi di Igiene Pubblica, Prevenzione ed epidemiologia,** cui spetta cogliere i segnali di nuove malattie e predisporre protocolli di intervento e monitoraggio, che sono stati smantellati e ridotti a poche unità di personale.

Adesso si sa che il virus circolava in Italia forse già da ottobre, ma non si sono approfondite le cause delle strane polmoniti verificatesi negli ultimi mesi del 2019.

A tutto ciò si sono aggiunti i **ritardi e l’impreparazione delle regioni e il conflitto tra il Governo centrale e Presidenti delle regioni.** E’ lo stesso Conte che nel primo decreto del 23 febbraio lascia ai presidenti la possibilità di intervenire con le loro ordinanze, richiamandosi alla Legge 833/78, che prevede il potere d’intervento urgente di presidenti e sindaci in caso di minacce concrete alla salute nelle loro comunità. Ma le regioni si sono mosse tardi e in ordine sparso, per le ragioni già dette, e pressate da diversi interessi, in primis quelli della classe imprenditoriale.

Di fronte alla confusione manifesta, alla pandemia che avanzava il Governo avrebbe potuto sostituirsi in base all’Art.20 della Costituzione che lo dispone allorché si verificano situazioni di “pericolo grave per l’incolumità e la sicurezza pubblica”, ma ciò non è avvenuto e la mancanza di un’unica catena di comando, ha fatto perdere altro tempo prezioso.

In questo contesto è necessario segnalare la **debolezza che nel nostro paese ha la ricerca di base** e le distorsioni della **ricerca farmacologica**. Non si parla della ricerca legata all’industria ma di quella di base, che si fa a prescindere dalla sua eventuale applicazione, che apre la strada alla conoscenza e al sapere e predispone le menti all’indagine scientifica. Questa, che non interessa il mondo produttivo perché non ha immediate applicazioni pratiche, dovrebbe essere sviluppata dallo Stato. Poi c’è la **ricerca farmacologica,** molto debole in Italia, indirizzata soprattutto ai farmaci più costosi e redditizi, ma non **ai vaccini**, giacché le ultime epidemie riguardavano altri paesi (SARS, Ebola). Anche il Covid si pensava all’inizio che fosse una questione solo cinese ed asiatica.

**Periodo successivo alla fase acuta della pandemia**

Era auspicabile che nel periodo e nei mesi successivi alla prima apertura del 3 maggio si cominciasse a porre rimedio alle storture e alle scelte sbagliate del primo periodo.

A vanificare tale prospettiva è stato il **DPCM del Ministero sanità del 30 aprile, che non ha previsto obblighi precisi per le regioni, come quello di effettuare i tamponi, svolgere indagini epidemiologiche, fare il tracciamento** dei contatti, **monitorare i** quarantenati ed inserire in modo **tempestivo i dati** nei sistemi informativi.”

Ciò non è stato fatto in modo organico in nessuna delle regioni**,** nonostante fosse stata chiesta una **maggiore accuratezza nella raccolta e trasmissione dei dati,** se non altro per non ricadere in nuove chiusure*.* Invece, le regioni **hanno continuato a procedere in ordine sparso e senza protocolli omogenei**, per cui è mancato un reale monitoraggio della situazione, e i dati di contagio, già fortemente sottostimati nella prima fase, hanno continuato ad esserlo anche nella seconda.

I lavoratori sono tornati nelle aziende senza essere sottoposti a controlli**,** effettuati solo in poche realtà, in laboratori privati, dietro forti esborsi. Lo stesso è accaduto e sta accadendo ai cittadini con sintomi che, difficilmente riescono ad avere un tampone, quindi restano in quarantena per periodi indefiniti. Ciò accade non solo nelle regioni più colpite del Nord, ma anche altrove, come nel Lazio, e non si utilizza l’attuale fase per mettere a regime il sistema di tracciamento. Tra l’altro il Lazio sta mostrando un andamento fluttuante dei contagi. Mentre nell’ultima settimana di maggio era attestato su un incremento % dei casi poco sopra l’1%, successivamente l’incremento è salito fin quasi a raggiungere il 2%, superiore alla media nazionale e Lombardia e Liguria. Ciò è accaduto perché si sono sviluppati due focolai, in una clinica di fisioterapia e in uno stabile occupato: questo è un chiaro indice di una situazione fuori controllo. Ma se l’epidemia continua a circolare, perché non si attua un tracciamento rigoroso? Se mancano reagenti e laboratori perché non ci sono provvedimenti per utilizzare i laboratori privati accreditati, dove vengono indirizzati i cittadini, poiché il pubblico non è ancora attrezzato dopo almeno 4 mesi e mezzo?

Come afferma Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione Gimbe, *“L’attività di testing finalizzata all’identificazione dei nuovi casi, alla tracciatura dei contatti e a loro isolamento continua a non essere una priorità per molte Regioni: purtroppo, nella gestione di questa fase dell’epidemia, in particolare dove la diffusione del virus non sembra dare tregua, la strategia delle 3T (Testare, Tracciare, Trattare, ndr) non è adeguata”.*

**Le conclusioni che possiamo trarre sono che ancora una volta il Governo ha ceduto alle pressioni e alla volontà delle regioni e di Confindustria.**

**6. QUALI INTERVENTI E PROPOSTE PER IL FUTURO DEL NOSTRO SSN**

Il SSN deve essere rifondato e ricostruito su nuove basi. E ripristinare il diritto alla salute è importante oltre che per il suo valore intrinseco anche perché darebbe nuova linfa a chi combatte per il rispetto di tutti gli altri diritti previsti dalla Costituzione (diritto al lavoro, all’abitare, alla scuola, a un ambiente salubre etc.) e per eliminare le disuguaglianze nel paese che la pandemia ha approfondito.

Che il SSN debba essere ricostruito, ma in modo diverso da come noi lo concepiamo, lo vogliono anche Confindustria e la grande finanza a causa delle gravi perdite economiche subite, ben superiori ai costi necessari per mantenere una Sanità funzionante. Ma mentre noi chiediamo di ritornare ad un sistema pubblico, loro puntano all’estensione del privato negli ospedali e nel territorio. Ci opponiamo a ciò non per motivi ideologici ma perché non è possibile conciliare le esigenze del profitto con quelle della salute. La quale richiede, innanzitutto, che si prevenga la malattia, la si affronti nelle fasi iniziali e solo quando necessario la si curi in ospedale. Così la protezione della salute costerebbe infinitamente meno, ma genererebbe meno profitto per coloro che la considerano un business, e che, quindi, non hanno alcun interesse alla prevenzione.

Certamente non è questo che vuole Confindustria che, nella prima fase, ha impedito la chiusura di almeno il 50% delle attività, determinando le tragedie in Val Seriana e nelle provincie di Bergamo e Brescia, che poi ha spinto per la riapertura delle fabbriche il 3 maggio, mentre il suo nuovo presidente, Carlo Bonomi, ha dichiarato che l’economia viene prima del diritto alla salute.

Per poi chiedere ed ottenere, il **taglio dell’IRAP,** cioè della tassa che per il 90% finanzia il SSN, di cui vorrebbe addirittura l’abolizione. Si è quindi avuto un concentramento di risorse sulla grande impresa a scapito dei piccoli e medi produttori, il che è scandaloso se confrontato con gli aiuti e i sostegni riservati ad altri operatori e ad altre fasce della popolazione.

Questo il contesto in cui si pone la ripartenza del SSN, per cui non bastano certo i pochi miliardi previsti, per ora, dagli ultimi due decreti. Ce ne vorrebbero molti e di più, da aggiungere agli oltre 37 sottratti negli ultimi anni.

La sanità non deve essere mai più un capitolo di spesa pubblica da saccheggiare per pagare il debito e per affrontare le varie emergenze, ma una leva di sviluppo economico da sostenere, visto che assorbe solo il 6,6% del PIL, mentre l’intera filiera della salute ne produce circa l’11%. Del resto quanto stiamo perdendo sul piano economico e sociale per colpa del virus, è infintamente maggiore di quanto sarebbe costato il mantenimento di un SSN in salute.

Prima ancora di entrare nel merito dei provvedimenti necessari, va lanciata una **campagna affinché siano restituiti al SSN i 37 miliardi scippati** negli ultimi anni. Essi devono finanziare i primi indispensabili provvedimenti nei territori e la ricostituzione degli organici di personale. **Quindi:**

**A) Nel medio termine monitorare l’epidemia e avviare la riorganizzazione della sanità territoriale**

La salute, le epidemie, come pure le malattie croniche non si affrontano nell’ospedale, ma nel territorio. Più ancora dell’assistenza ospedaliera, il fronte da potenziare è l’assistenza primaria, quella che viene *prima* dell’ospedale e quella che viene *dopo* l’evento acuto, cioè la riabilitazione. Quindi va rimesso in piedi dove è stata smantellata, potenziata dove è debole, **la rete dei servizi di base e dei distretti** dove vivono le persone, per affrontare la malattia prima che le condizioni di salute peggiorino in modo irreparabile, com’è appunto successo durante l’epidemia da Covid. **Queste le azioni principali:**

**1. Garantire il monitoraggio costante dei casi e dei contatti.**

Si tratta di una attività che non è stata fatta in modo sistematico né nel periodo dell’emergenza né in seguito e che è indispensabile continuare, per prevenire lo sviluppo di nuovi focolai incontrollati e per non trovarsi impreparati di fronte ad una seconda ondata dell’epidemia. Il monitoraggio va praticato in modo omogeneo in tutte le regioni e comporta:

**a)** **Esecuzione del tracciamento “manuale” dei contatti di ogni positivo individuato, allargandolo progressivamente finché i positivi non si siano esauriti**, fare **i tamponi** per diagnosticare prima l’infezione e poi la guarigione**, svolgere indagini epidemiologiche, monitorare chi è in quarantena** ed inserire in modo **tempestivo i dati** nei sistemi informativi.

**b) Rafforzare i Servizi di Igiene Pubblica,** cui spetta tale compito, e assicurare in ogni regione un **Servizio di epidemiologia**;

**c) Stabilizzare/assumere il personale necessario**: medici igienisti, assistenti sanitari, educatori, tecnici, eventualmente attingendo, ove occorra, a specializzandi e studenti.

**2. Garantire la salute e la protezione degli operatori sanitari**

Va fatto **l**’approvvigionamentodei dispositivi necessari, affinché medici ed infermieri non debbano mai più affrontare a mani nude gli agenti infettivi e morire nell’esercizio della loro professione. Attuare inoltre **piani di formazione** sulle modalità con cui affrontare le epidemie.

**3. Approntare le strutture necessarie in caso di ritorno dell’epidemia e per il futuro.**

**Preparare un piano** per convenzionare/requisire **laboratori** anche privati, rendendoli idonei.

**Predisporre corridoi preferenziali** in cui canalizzare l’ afflusso di casio supposti tali. Esiste a tal fine una proposta presentata quasi 20 anni fa in occasione dell’allarme pandemico per il Corona/SARS, la quale prevede di attrezzare rapidamente gli ospedali militari delle grandi città (attualmente quasi inutilizzati) in modo tale da trasformarli in breve tempo in centri di diagnosi e di isolamento/quarantena.

**Programmare la conversione di aziende, o realizzarne di nuove, per la produzione in** Italia di respiratori, strumentazione di emergenza e dispositivi di protezione individuale (DPI) che devono essere sempre pronti in caso di epidemie, calamità, gravi incidenti.

**4. Ricostruire la sanità territoriale,** che deve poggiare sui **servizi di assistenza sanitaria, sociale e riabilitativa di base, i Servizi di Igiene Pubblica e Prevenzione i Servizi per la tutela e sicurezza sui luoghi di lavoro** e **i Consultori,** in gran parte smantellati, dotandoli delle figure professionali necessarie e della strumentazione idonea. Sono questi i servizi che devono in primo luogo rispondere ad una emergenza epidemica. La ricostituzione della sanità di base territoriale, cui va data priorità, deve essere perseguita nell’ambito del SSN, con finanziamenti pubblici e non attraverso il convenzionamento con gruppi e cooperative private per i motivi più volte detti.

**Riorganizzare le cure primarie e la formazione dei medici di famiglia**, seguendo le indicazioni del **Piano nazionale cronicità,** predispostodal Ministero della sanità, finora inattuato, in cui si prevede la presa in carico nel territorio delle persone affette da patologie croniche attraverso una sanità d’iniziativa, tramite Equipe multidisciplinari per individuare e trattare precocemente i problemi di salute e per prevenirne o ritardarne l’aggravamento: questo modello può essere applicato alla prevenzione delle patologie infettive.

**Perseguire Il rinnovamento culturale dei Medici di Famiglia (Medici di Medicina Generale) (MMG)** per colmare i ritardi emersi in questi mesi. Mentre altrove, la medicina di famiglia fin dalla seconda metà del secolo scorso era una specializzazione accademica, in Italia la formazione in medicina generale avviene al di fuori dell’università ed è gestita dalla categoria a livello regionale. Ciò comporta che i medici che imboccano questa strada ricevono una formazione mediocre e non indirizzata alla ricerca, con borse di studio insufficienti rispetto a quelle erogate agli specializzandi universitari. Nei confronti dei medici di famiglia, si è davvero praticata una politica vigliacca ed inerte, poiché, pur sapendo dei numerosi pensionamenti, la politica non ha risposto, ritenendoli superati.

**5. Rafforzare gli organici del personale ed eliminare il precariato.**

Riprogrammare le borse di specializzazione, stabilizzare le assunzioni fatte con i recenti decreti e avviare un piano di assunzioni che colmi il vuoto degli organici determinatosi in 13 anni di blocco di turn-over, considerando che entro il 2025 andranno in pensione 53.000 medici e che mancano almeno 40.000 infermieri professionali, oltre ad altre figure.

**6. Individuare per le persone anziane soluzioni alternative alle RSA**

Molte migliaia di anziani hanno trovato la morte a causa del corona-virus nelle RSA. Tali strutture sono incompatibili per anziani e persone fragili sempre, non solo in tempo di pandemia. Non sono quindi da potenziare, ma devono essere eliminate e riconvertite. Non è più accettabile che oltre 300.000 anziani vi siano custoditi in stato di abbandono umano e assistenziale. Si tratta di ambienti che, per quanto accurati, non possono offrire una vita degna a persone, “non scarti”, perché non possono vivere autonomamente.

Non è una questione di spesa pubblica: è dimostrato che l’assistenza a domicilio costa meno e garantisce una qualità della vita molto migliore. E’ una questione di mercato: attorno alle RSA, in gran parte in mano al privato, girano affari di decine di miliardi di euro, poiché si tratta di un settore a basso rischio per gli investitori e con rendimenti medi molto elevati: e infatti proprio in questi giorni, Carlo De Benedetti ha parlato di un Piano per la realizzazione di moderne RSA.

**B) Rivedere a fondo la normativa in essere in materia di salute e organizzazione sanitaria**

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale va ricondotto all’ispirazione originaria della riforma del ’78. Un sistema sanitario basato sulla cura e sul profitto, che produce disuguaglianze, che ha trasformato la salute in merce, che ha dismesso la prevenzione per non intaccare interessi e profitti delle lobby che controllano ogni settore, che non cura e protegge i suoi operatori, che non coinvolge la popolazione nella tutela della salute propria e collettiva, dove ogni Regione va per conto proprio, non può essere in grado di affrontare né una pandemia né qualsiasi altro accadimento ad alto impatto sulla salute.

Tale revisione potrebbe essere conseguita attraverso una **proposta di legge** che ruoti intorno ad alcuni punti fondamentali, dopo aver fermato il processo **dell’Autonomia differenziata,** di cui si parla in altro documento a parte. Ma temiamo che non ci siano i tempi per portare a termine una tale proposta e nemmeno le condizioni necessarie in Parlamento. Ci sentiamo tuttavia di dover insistere su alcuni punti perché intanto il privato si sta organizzando. **Questi i punti.**

**1. Ricondurre Il SSN ai suoi principi originali: universalità, equità e uguaglianza**

Per l’attuazione di tali principi, è necessario sostituire ad un assetto sanitario basato sull’approccio individuale e privatizzato della malattia **un sistema basato sulla programmazione, la prevenzione e la partecipazione.**

Il SSN dovrà inoltre costruirsi intorno ad altri **due cardini**: la **unitarietà tra interventi preventivi,** **curativi, riabilitativi e di reinserimento sociale**, e la **integrazione tra interventi sanitari, sociali e ambiental**i dato che, ripetiamo, i determinanti biologici, ambientali e sociali di malattia sono strettamente intrecciati.

**Rivedere l’organizzazione ospedaliera,** prevedendo diversi livelli d’intensità e complessità, con **ospedali** dedicati alle alte specialità, alla diagnostica maggiore, alle prime fasi della riabilitazione di 3°livello e con Dipartimenti per l’emergenza e urgenza dotati delle tecnologie necessarie. Va inoltre programmata nel tempo una distribuzione uniforma degli ospedali per le alte specialità tra Nord, Centro e Sud.

I posti letto vanno portati a 5 x 1000 abitanti, come misura di garanzia in caso di emergenza, recuperando ove possibile gli ospedali chiusi solo per logiche di risparmio, in particolare nelle aree disagiate, montane, insulari, nelle zone interne e nelle periferie metropolitane.

**Ricostruire la sanità territoriale**, (vedi precedente **paragrafo A), punto 4)** garantendo la continuità tra territorio e ospedale.

**2. Rivedere la scelta aziendalista in sanità.**

Essa ha portato attraverso i DD. Lgs 502/1992 (stesso anno in cui l’Europa, col Trattato di Maastricht, abbraccia la scelta ultraliberista), e 517/1993, alla trasformazione di USL e grossi ospedali in aziende (ASL e AO). **La scelta aziendalista** **ha condizionato fortemente l’assolutezza del diritto alla salute,** ponendo obiettivi improntati a logiche di efficienza, produttività, pareggio di bilancio, per cui il diritto alla salute è stato condizionato dalla spesa e dal mercato.

**3. Contrastare e superare il privato.**

Il privato, sostenuto ormai da grosse corporazioni, oggi supera il pubblico, sia come numero di servizi/strutture sia come spesa, e supera ormai il 50% dell’intero sistema sanitario,

**Il privato non avrebbe ragion d’essere** se il pubblico fosse adeguatamente finanziato, e non avrebbe convenienza ad operare se i criteri di accreditamento fossero stringenti e le strutture controllate. **I servizi esternalizzati**, che portano con se sprechi e corruzione, vanno ricondotti all’interno. Vanno **disincentivati gli strumenti di privatizzazione occulta** (fondi sanitari integrativi, welfare aziendale, accreditamento opportunistico delle strutture private, etc), cioè la sanità integrativa. **Vanno superati i pagamenti di tasca propria,** cioè Ticket e altre forme di partecipazione, come primo passo verso l’abolizione dalla sanità integrativa: si eliminerebbe così una sottrazione di risorse allo Stato che compenserebbe la perdita di entrate derivanti dalla soppressione della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

**4. Rimettere in campo la prevenzione collettiva**

Va ricreata nei luoghi di vita, di lavoro, nelle scuole e nelle comunità. Mentre si aspettano i vaccini, e i farmaci, bisogna rimettere in piedi i **Servizi di Igiene Pubblica e del Lavoro** per la ricerca attiva delle cause di malattia negli ambienti di vita e di lavoro, a protezione dei lavoratori e delle comunità.

Va inoltre **ricostituita una rete epidemiologica nazionale** e vanno predisposti e aggiornati i piani di prevenzione. Ai servizi va attribuito personale preparato e in numero idoneo, per rispondere ad epidemie che, lungi dall’essere state debellate, stanno tornando proprio a causa dei danni da noi arrecati alla terra su cui viviamo. Attraverso la prevenzione collettiva è possibile contribuire all’eliminazione delle disuguaglianze e della povertà.

**5. Recuperare la prevenzione primaria**

**Vanno reintrodotte le attività di prevenzione primaria** che si erano sviluppate, nei primi anni di applicazione della L. 833/78, in alcune regioni, soprattutto in quelle ora maggiormente colpite dalla pandemia, attraverso i **Servizi di Prevenzione.**  Questi cercavano di coniugare la tutela della salute e la tutela dell’ambiente poiché lo stato di malattia è profondamente interconnesso all’inquinamento dell’ambiante nelle sue componenti (suolo e sottosuolo, aria, acqua). Dopo l’istituzione del Ministero dell’ambiente e nonostante l’accresciuta consapevolezza dei gravissimi traumi arrecati all’ambiente e alla natura e alla nostra stessa vita, non vi è mai stata collaborazione tra i due Ministeri di Salute e Ambiente: è necessario realizzarla e prevederla nel SSN.

L’eliminazione delle cause d’inquinamento che stanno anche portando al riscaldamento climatico, il rispetto della Terra, della Natura e della vita animale, una diversa organizzazione del lavoro, della vita, delle città, dei trasporti sono in totale conflitto con gli interessi del mercato, del capitalismo e delle multinazionali, che non hanno convenienza all’esistere di Servizi di Prevenzione efficienti.

**6. Liberare la sanità animale dai condizionamenti del mercato e del profitto**

**Vanno potenziate e rinnovate cultura, formazione ed organizzazione della sanità animale e dei servizi veterinari**, per far fronte ad un sistema prevalentemente costituito da grandi allevamenti intensivi, dove gli animali sono mantenuti in condizioni di sovraffollamento innaturali, sottoposti ad ingrasso e trattati con antibiotici e sostanze chimiche. Questo è inaccettabile perché gli animali sono esseri viventi che soffrono e patiscono come noi e perché, in condizioni innaturali e di stress ambientale, virus e batteri possono fare il “*salto di specie*” invadendo altre specie animali e l’uomo, i cui sistemi immunitari faticano a raggiungere un equilibrio (tolleranza) con essi. Se questi virus non sono diventati pandemici prima è essenzialmente perché non hanno acquisito le mutazioni chiave che permettessero loro di agganciarsi ai recettori delle vie aeree superiori umane o altrove. È per questo motivo che virus influenzali ricombinanti hanno fin qui determinato solo casi sporadici ma gravissimi, caratterizzati da polmoniti emorragiche e shock sistemici soltanto in soggetti direttamente esposti a grandi carichi virali per motivi professionali. È quindi necessario **ridurre gli allevamenti animali intensivi (**nel mondo ci sono 1,5 miliardi di bovini, 1 miliardo di suini, oltre 1,5 miliardi di ovini e caprini e circa 50 miliardi di volatili) che portano alla distruzione di ampie parti del pianeta e, come in Amazzonia, delle popolazioni che vi abitano, producono forte inquinamento e aumento di virus e batteri che possono fare il salto di specie.

**7. Realizzare un polo pubblico di ricerca e produzione farmacologica.**

Questo polo dovrebbe essere realizzato dallo Stato, eventualmente nell’ambito di un coordinamento europeo,per la ricerca e produzione di farmaci, ad es. vaccini, antibiotici (per superare il problema della resistenza) o altri che non sono di interesse delle multinazionali, maggiormente attratte dai farmaci più costosi e profittevoli

**8. Rivedere quantità e distribuzione dei finanziamenti necessari per la sostenibilità del SSN.**

Oltre alla **restituzione degli oltre 37 miliardi scippati** va **ricalcolato il fabbisogno reale non sulla base della spesa storica che penalizza fortemente il Sud e le isole,** ma valutando le reali necessità delle regioni del Sud. Il Gap esistente ammonta a molti miliardi e, forse, non si supererà nel breve termine, ma è necessario iniziare, per attuare quel principio di perequazione finora tradito.

**9. Recuperare la partecipazione di Comuni e Comunità locali**

La tragedia del coronavirus ha svelato la carenza di preparazione scientifica, il venir meno di una cultura di sanità pubblica e la superficialità con cui media e presunti scienziati hanno trattato gli argomenti attinenti l’epidemia, ma anche la mancanza di una conoscenza diffusa circa la salute nella popolazione. Va quindi riscoperta l’importanza della conoscenza come bene pubblico e anche come garanzia di democrazia. La salute, come altre condizioni del nostro vivere non è solo un affare da ‘esperti’, ma richiede anche la messa in comune delle conoscenze delle persone: quindi vanno garantite nei territori forme di **partecipazione, per affiancare le istituzioni nel promuovere la salute, come era previsto dalla 833/78**

**CONCLUSIONI**

**Non ci nascondiamo le difficoltà di un programma di questo** tipo, poiché le condizioni politiche e sociali attuali sono ben diverse da quelle di mezzo secolo fa, quando, sebbene alla fine ormai dei trenta gloriosi, ci trovavamo ancora nella scia delle lotte che avevano aperto la strada alla realizzazione della Riforma Sanitaria. Ancora il privato in sanità non aveva assunto il peso attuale e l’Europa e i suoi paesi non avevano optato con decisione per le scelte neoliberiste che hanno portato all’aumento del privato anche in sanità e all’aziendalizzazione di Ospedali e Unità Sanitarie Locali.

**C’è inoltre una crisi economica gravissima**, che ancora non ha dispiegato tutti i suoi effetti negativi, per superare la quale si conta molto sui finanziamenti europei, che tuttavia non saranno tutti quelli che ci vogliono far credere e senza condizioni.

E’ evidente che ci troviamo in questa crisi perché il nostro SSN non è stato in grado di fronteggiare la pandemia, **essendo stato smantellato proprio nelle regioni più forti economicamente**, sotto la pressione di settori economici e finanziari per i quali la salute è subordinata al profitto.

E’ altrettanto evidente che le perdite miliardarie causate dal virus e dall’inadeguatezza del sistema sanitario sono superiori e di molto agli investimenti che avrebbero tenuto in piedi il SSN così da poter superare la pandemia, probabilmente con meno perdite.

**Ciononostante temiamo che questi argomenti non siano sufficienti a sbloccare** gli investimenti necessari per il SSN mentre il privato già spinge per sostituirsi al pubblico.

Eppure, basterebbe convertire una piccola parte della **spesa militare italiana**, ormai oltre i **26 miliardi di euro su base** **annua**, equivalenti a una media di **72 milioni di euro al giorno** e destinata a raggiungere i **100 milioni al giorno i**n base agli impegni presi nella Nato.

Oppure si potrebbero tassare **i patrimoni del 10% più ricco della popolazione** italiana che detiene la maggior parte della ricchezza nazionale: basterebbe un’imposizione ininfluente per tali ricchezze.

Oppure ancora **l’Agenzia delle Entrate dovrebbe finalmente indagare sulla grande evasione** trovando le informazioni necessarie dove sono.

Se queste scelte se non si fanno ora, quando si tratta di mettere in sicurezza il bene più prezioso, la vita e la salute delle persone, quando le faremo?

18 giugno2020

Loretta Mussi