



<http://inventati.org/cortocircuito>

**SPECIALE
SANITÀ!**

SOSTIENI CORTO CON 1€

UNA SANITÀ

CHE CI È

“PRIVATA”

Come cambia il
Sistema Sanitario
Nazionale sotto
l'attacco dei privati

UNA SANITÀ CHE CI È “PRIVATA”

IL DIRITTO ALLA SALUTE: UNA FOTOGRAFIA DRAMMATICA

L'accesso al sistema sanitario in Italia è sempre meno equo, sempre più caro, sempre meno universalistico. Non c'è uno studio che contraddica questa tendenza.

Le famiglie che non riescono ad accedere a cure mediche sono sempre più numerose. Nel 2013, secondo il Rapporto Istat, sono state due milioni e mezzo le persone che, impoverite dalla crisi economica, hanno dichiarato di doversi privare di esami e terapie¹. Nel 2015, la rinuncia ha riguardato il 9,5% della popolazione (più di 11 milioni di persone), con punte più alte al meridione (13,5%)². Sei povero e non ti curi o diventi povero per curarti. Proprio al meridione c'è la maggiore concentrazione di famiglie in condizioni di disagio economico a causa delle eccessive spese sanitarie. **(TABELLA 1)**

Aumenta la mortalità e cala l'aspettativa di vita, più marcatamente nel centro-sud, tra popolazione immigrata o tra settori della popolazione meno istruita³. **(TABELLA 2)**

Parallelamente cresce la spesa sanitaria privata delle famiglie, quella affrontata al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi “SSN”). Sono le così dette spese “Out of Pocket” (OOP), sostenute rivolgendosi direttamente a strutture private senza neppure la intermediazio-

1 Luisiana Gaita, “Italia in crisi, italiani al risparmio: due milioni e mezzo hanno rinunciato alle cure mediche perché non hanno soldi”, in *Il Fatto Quotidiano*, 27/11/2016.

2 Istat, *La situazione nel paese - Rapporto Annuale 2015*.

3 Istat, *La situazione nel paese - Rapporto Annuale 2016*, p. 42.

ne di fondi sanitari o polizze assicurative⁴. Nel 2014, il 77% delle famiglie ha avuto spese sanitarie OOP. Nel 2013 erano state il 58%⁵. Un aumento di 1 miliardo di euro in un solo anno, che grava in maniera maggiore sulle famiglie con presenza di persone disabili. Più del 40% di queste, infatti, hanno dovuto sostenere spese mediche private superiori ai 400 euro nel 2015⁶. **(TABELLA 3) A fronte di una spesa sanitaria pubblica tra le più basse dei paesi dell'area occidentale, la spesa OOP italiana è inferiore soltanto a quella degli USA.**

Dal 2000 al 2009 si sono tagliati il 17% dei posti letto pubblici. La politica della riduzione dei posti letto si è giustificata con la necessità di potenziare l'assistenza territoriale: molti ricoveri, si afferma, potrebbero evitarsi se sul territorio ci fosse una rete di servizi capaci di far fronte alle esigenze di alcuni settori di malati, come quelli affetti da malattie croniche. Ma questo potenziamento non è mai avvenuto. L'Italia, già fanalino di coda in Europa, è passata così ad avere 3,3 posti letto per 1000 abitanti, a fronte di una media europea di 5,5. Contemporaneamente spariscono molti servizi domiciliari, si chiudono consultori e piccoli presidi, obbligando la popolazione ad andare in zone sempre più distanti dalla residenza.

4 Soprattutto cresce la spesa privata per servizi quali ricoveri ospedalieri, Rsa, cure odontoiatriche e visite ambulatoriali e per l'acquisto di farmaci.

5 C.R.E.A. Sanità- Università “Tor Vergata” (a cura di), *12° Rapporto Sanità. La sanità tra equilibri istituzionali e sociali*, p. 26.

6 Censis-RBM Salute, *Il Ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario Nazionale*, 2015.

TABELLA 1 - Indicatori di speranza di vita (2015) ...
Fonte. Istat. Rapporto BES 2015

	Speranza di vita alla nascita	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni
Nord	82,5	60,0	10,3
Centro	82,3	58,6	9,5
Mezzogiorno	81,5	55,4	7,5
Italia	82,2	58,2	9,2

C'è poi il problema del diritto all'accesso alle prestazioni. L'articolo 5 del Piano Casa di Renzi (Decreto Lupi) sancisce il rifiuto della residenza per chi non ha un regolare domicilio. Non hanno più diritto alla residenza, ad esempio, coloro che hanno il permesso di soggiorno scaduto, o gli abitanti di case occupate. Nessuna residenza significa impossibilità ad iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale. La conseguenza è che mezzo milione di persone è privo di medico di famiglia o pediatra e quindi di una regolare assistenza sanitaria⁷.

Allo stesso tempo, diminuisce il numero di medici di famiglia e di pediatri e peggiora il loro rapporto con gli assistiti. Secondo il Rapporto Pit Salute del 2016, intitolato "SSN, accesso di lusso" e che si basa su decine di migliaia di segnalazioni di cittadini su tutto il territorio nazionale, sempre più pazienti lamentano il rifiuto di prescrizioni da parte dei medici curanti⁸.

Un altro drammatico problema che emerge dalle analisi del Sistema Sanitario è quello dei lunghi tempi di attesa per accedere alle prestazioni tramite il servizio pubblico. Una ricerca del Censis-RBM Sanità mostra chiaramente il confronto nei tempi medi di attesa tra strutture pubbliche con pagamento del ticket e strutture private con pagamento per intero della prestazione. (**TABELLA 4**) Mentre i tempi di attesa nelle strutture pubbliche si allungano inesorabilmente di anno in anno, i centri privati e del

terzo settore sono sempre più concorrenziali. Per chi può, pagare diventa l'unico modo per accedere alle prestazioni in tempi ragionevoli. Ma c'è di più. A fronte dell'aumento dei ticket, la spesa per le prestazioni private è cresciuta molto più lievemente. (**TABELLA 5**) Per chi non ha esenzioni il divario tra SSN o strutture esterne, si riduce e, in alcuni casi, sparisce. Per esempio, a Firenze, una ecografia all'addome per un non esente appartenente alla fascia di reddito più bassa⁹ costa 48 euro. Circa 50 euro è anche il costo dello stesso esame effettuabile tramite una struttura della rete Pas (ex Humanitas) o in una Misericordia, senza ricetta e pagando per intero. E' soprattutto il mercato sociale privato, il cosiddetto "terzo settore", ad avvantaggiarsi dei tagli al SSN.

Sono significative, a tal proposito, le parole del coordinatore del tribunale dei diritti del malato di cittadinanza attiva, Tonino Aceti, che afferma:

"Se lo scorso anno abbiamo denunciato che si stavano abituando i cittadini a considerare il privato e l'intramoenia come prima scelta, ora ne abbiamo la prova: le persone sono state abituate a farlo per le prestazioni a più basso costo (ecografie, esami del sangue, etc.). Non perché non vogliano usufruire del SSN, ma perché vivono ogni giorno un assurdo: per tempi e peso dei ticket, a conti fatti, si fa prima ad andare in intramoenia o nel privato. E il SSN, in particolare sulle prestazioni meno complesse, e forse anche più "redditizie", ha di fatto scelto di non essere la prima opzione per i cittadini. Secondo assurdo: si tratta di prestazioni previste nei Livelli

⁷ Vedi l'inchiesta di Repubblica di Alice Gussoni, *L'esercito dei senza medico*, 31/10/2016, in: <https://goo.gl/jLYnbF>

⁸ CittadinanzAttiva (a cura di), *Servizio Sanitario Nazionale: accesso di lusso - XIX Rapporto Pit Salute*, 31/12/2016, in <https://goo.gl/bMQMF1>

⁹ In Toscana, ma anche in altre regioni, i non esenti pagano fino a un massimo di 34 euro in più, oltre al ticket in base alla fascia di reddito di appartenenza del nucleo familiare.

TABELLA 2 - Quota di famiglie impoverite a causa di spese socio-sanitarie; valori % anno 2014 ...

Fonte: *elaborazione su dati Istat, 2016* © C.R.E.A. Sanità

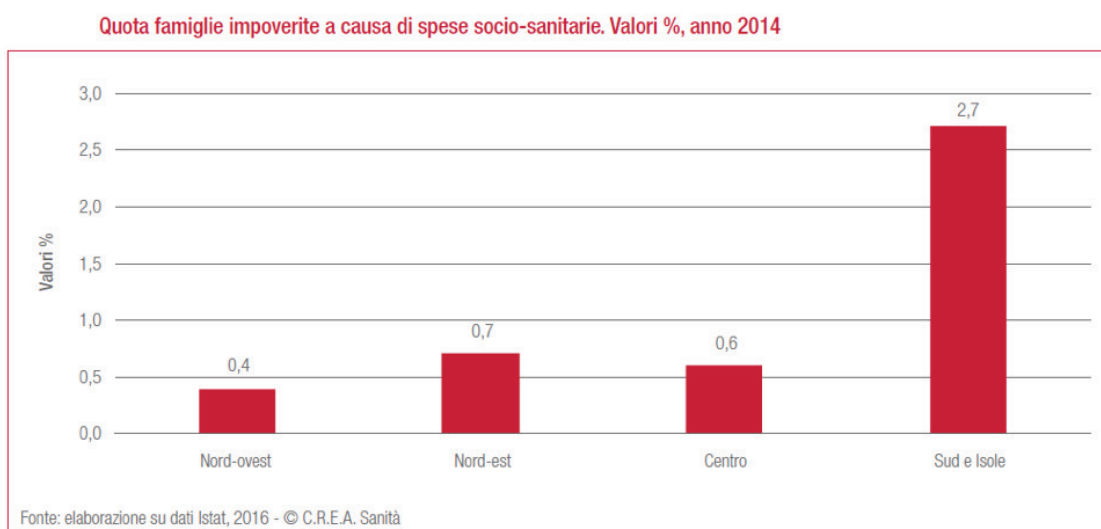


TABELLA 3 - Spesa out of pocket per prestazioni sanitarie di famiglie non autosufficienti*..

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

*Comprende visite specialistiche, esami del sangue, accertamenti diagnostici, trattamenti di riabilitazione e ricoveri ospedalieri.

	Famiglie che hanno sostenuto almeno una spesa		Classi di spesa >= 400 euro annui tra le famiglie che hanno speso	
	%	v.a. (mgl.)	%	v.a. (mgl.)
Totale famiglie	67,7	16.943	40,4	6.839
Famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali	59,2	1.694	42,3	717
Famiglie con almeno una persona in confinamento	56,8	766	44,5	341

Essenziali di Assistenza, quindi un diritto. E' questa la revisione dei LEA "in pratica" che i cittadini già sperimentano ogni giorno¹⁰."

UN PROBLEMA DI SOSTENIBILITÀ?

Tutte le controriforme del Sistema Sanitario Nazionale sono partite dal presupposto di ridurre la gravosità a carico dello Stato. In particolare dal governo Monti, il problema della sostenibilità del SSN diventa una vera e propria ossessione. La percentuale di Pil dedicato alla sanità diminuisce inesorabilmente. Nel biennio 2012-2015 si tagliano risorse per più di 30 miliardi di euro. Il Documento Economico e Finanziario (DEF) per il 2016 stabilisce ancora tagli portando i contributi dello Stato diretti alla sanità a 113 miliardi. (TABELLA 6) L'ultimo accordo raggiunto all'unanimità in Conferenza Stato-Regioni definisce un ulteriore taglio, per il 2017, di 422 milioni. Il Fondo Sanitario Nazionale, quindi, diminuisce ancora, da 113 miliardi a 112.5¹¹.

Il discorso che giustifica il taglio di risorse è lo stesso di sempre: la crisi, i sacrifici, tirare la cinghia, ridurre le spese. Un sistema sanitario nazionale, con un accesso equo e universale, finanziato con la fiscalità generale e controllato e gestito direttamente dal pubblico, non è compatibile con le esigenze del mercato, soprattutto in tempi di piani di rientro del debito pubblico.

In Italia lo sforzo per rendere il sistema sanitario "sostenibile" passa dai provvedimenti per trasformarlo in un

¹⁰ CittadinanzAttiva (a cura di), *Servizio Sanitario Nazionale: accesso di lusso...op. cit.*

¹¹ Sanità: sindacati, nuovi tagli al fondo, urgente confronto col ministero, 23/02/2017, in <https://goo.gl/Wzo1WO>

sistema misto. In un sistema, quindi, che cominci a prevedere forme di sanità integrativa e che si apra all'offerta sanitaria da parte di soggetti privati.

Nelle intenzioni del governo Amato, che col DL 502/1992 si occupò per primo della materia, si trattava di passare a un sistema a "tre pilastri":

1- lo Stato che, attraverso il SSN, si accolla delle prestazioni che rispondono ai Livelli Essenziali di Assistenza (i Lea, introdotti però nel 2001) e che avrebbe dovuto mantenere, per queste, un accesso garantito a tutti i cittadini;

2- La sanità collettiva integrativa, da ampliare attraverso l'estensione dell'adesione ai fondi sanitari di categoria. SI puntava sul rinnovo dei contratti collettivi per spingere tutti i lavoratori verso i fondi sanitari integrativi. Il loro ambito di intervento doveva essere precisato dalla definizione dei Lea: tutti i servizi non essenziali, di competenza del SSN ed elencati nei Lea, potevano essere oggetto di offerta da parte della sanità integrativa.

3- La sanità individuale, cioè l'accesso ai servizi attraverso il pagamento di polizze assicurative.

Negli anni questo disegno è andato avanti. E naturalmente le risorse investite per i servizi essenziali sono state così insufficienti, che i fondi integrativi e in generale la sanità privata (che in teoria doveva occuparsi di servizi "non essenziali") ha finito per diventare concorrenziale al SSN, sia rispetto alle tariffe che ai tempi di accesso. Quella che ci spacciano come "concorrenza" tra settore private e Ssn, appare sempre di più come un calcolato travaso di risorse dal pubblico al privato.

Il Rapporto Oasi 2016, afferma come:

"Contrariamente ad altri settori pubblici, come l'istruzione, il 70% delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale viene trasferito a economie terze come corrispettivo per beni o ser-

Il discorso che giustifica il taglio di risorse è lo stesso di sempre: la crisi, i sacrifici, tirare la cinghia, ridurre le spese.

Tempi in giorni	Ticket/Pubblico	Ticket/Privato	Intramoenia	Privato
Visite specialistiche				
Visita ginecologica	38,2	27,2	7,1	5,4
Visita ortopedica	48,0	25,8	8,3	5,5
Prima visita cardiologica con Ecg	58,5	27,8	8,9	5,2
Prima visita oculistica	69,5	40,1	11,6	8,4
Visite diagnostiche				
Colonscopia senza biopsia	87,4	57,2	9,2	7,8
Ecografia addome completo	79,5	29,7	8,6	5,5
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	73,9	25,5	11,0	5,2
Mammografia	62,4	34,9	12,4	8,2
Psa	0,3	0,3	0,9	0,5
Analisi di laboratorio				
Emocromo completo	0,3	0,2	0,8	0,4
Colesterolemia totale	0,3	0,2	0,8	0,3
Visite odontoiatriche				
Estrazione dentaria semplice compresa anestesia	40,3	15,0	5,9	5,4
Ablazione tartaro	40,7	13,3	8,5	5,9
Trattamento endodontico a due canali	52,7	13,0	8,2	8,2
Riabilitazione				
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	29,7	22,8	15,8	4,5
Laserterapia antalgica	27,2	26,3	50,5	4,5

TABELLA 4 - Tempi di attesa medi delle prestazioni ... Fonte: Indagine Censis, 2015

vizi (imprese farmaceutiche e di medical device, facility management) o per l'erogazione di assistenza per conto del SSN (strutture sanitarie private accreditate, farmacie e professionisti convenzionati)".

Ne consegue che "la spesa sanitaria pubblica è un formidabile strumento di politica industriale; permette infatti, attraverso le scelte di acquisto di beni e servizi, di impattare direttamente su settori ad alto livello di tecnologia e sapere specialistico¹²."

In Italia gli erogatori privati offrono servizi per conto del SSN per una percentuale pari al 21% dell'intera spesa sanitaria pubblica. Se calcoliamo anche i servizi elargiti in Out Of Pocket, gli erogatori privati offrono prestazioni che nel totale rappresentano 1/3 della spesa sanitaria.

Ne consegue che le quote di mercato perse dalle aziende pubbliche sono state ampiamente recuperate dalle strutture accreditate, con le quali le varie Aziende Sanitarie stipulano accordi per erogare in sua vece prestazioni sanitarie di vario tipo.

C'è la questione dell'edilizia. I numerosi ospedali edificati negli ultimi anni sono quasi sempre strutture costruite sfruttando il Project-Financing (d'ora in poi "PF").

Con il meccanismo del Project-Financing si individuano gli enti privati che si occupano di costruire ed attrezzare l'ospedale. In cambio, ultimata l'opera, gli stessi ricevono in gestione tutti i servizi non ospedalieri e incassano dalla Asl un compenso per l'uso della struttura, per un numero di anni (di solito decenni) stabiliti da contratto. Largamente usato in regioni come la Lombardia, il Veneto, la Toscana, la Puglia e la Calabria, il Project-Financing è da anni riconosciuto come un sistema assolutamente svantaggioso per il soggetto pubblico. Sia in termini economici, sia di efficienza.

Prendiamo come esempio la Toscana, dove alcune Asl si sono costituite in ente unico appaltante indicando una gara per la costruzione di ben 4 ospedali. In realtà il PF non prevede una vera e propria gara di appalto, dove è l'ente pubblico a decidere il progetto e ad averne il controllo, ma è un sistema di concessione che permette deroghe alla legge sugli appalti, lasciando molto più libere le mani del costruttore. Nel caso della Toscana, secondo una commissione parlamentare d'inchiesta che indagava sul buco

12 CERGAS-Università "Luigi Bocconi" (a cura di), *Rapporto OASI 2016- Executive Summary*, p. 2 e 3.

di bilancio della Asl di Massa, l'affidamento a gara unica avrebbe ulteriormente limitato la concorrenza e favorito i grandi gruppi. Le Asl affidatarie del progetto hanno firmato un contratto che le impegna a rimborsare il privato per 19 anni e 2 mesi. Nello stesso arco di tempo, il concessionario privato sfrutterà la gestione dei servizi non sanitari e commerciali, dallo smaltimento dei rifiuti alla lavanderia, dai trasporti alla mensa, dalle pulizie ai parcheggi, dal bar alle edicole. Nel 2012 (l'ultimo ospedale è stato concluso nel 2015), l'Autorità di vigilanza dei servizi pubblici valutava già che il costo finale effettivo dei 4 ospedali per le Asl sarebbe stato il doppio di quello inizialmente stabilito, cioè 300 milioni di euro in più, con un evidente spostamento del debito sulle future generazioni¹³.

Si calcola che la gestione dei servizi accessori da parte dell'ente privato provoca un costo, per il pubblico, tra il 40 e il 60% in più di una eventuale gestione diretta. Alla faccia della sostenibilità¹⁴.

Dall'altra parte, invece, i costi per la costruzione degli ospedali pesano soltanto per il 30% sul consorzio costruttore, che può usufruire di fondi statali (ex legge 67/88) che riducono di molto l'entità dell'esborso finale da parte del privato. E come si finanzia il Project Financing, mentre il SSN taglia i servizi e aumenta i ticket? Attraverso la cartolarizzazione, cioè la vendita dei beni immobili dismessi dalle Asl. Nel 2007, molte regioni avevano già completato o si organizzavano per concludere le vendite all'asta dei vecchi ospedali, in modo da finanziare le nuove costruzioni¹⁵.

UN PROBLEMA DI SPRECHI?

Nei paesi industrializzati si calcola che i cosiddetti sprechi erodano i sistemi sanitari per un 20%. (**TABELLA 7**).

Costi in Euro	Ticket / Pubblico 2014	Ticket / Pubblico 2015	Diff. (2015-2014)
Risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto	49,8	70,5	+20,7
Colonscopia	49,6	60,5	+10,9
Ecografia addome completo	50,4	57,5	+7,1
Trattamento endodontico a due canali	40,8	43,9	+3,1
Estrazione dentaria semplice compresa anestesia	20,8	22,8	+2,0
Mammografia	43,2	44,4	+1,2
Visita ginecologica	28,7	29,5	+0,8
Colesterolemia totale	3,5	4,2	+0,7
Prima visita cardiologica con ECG	38,4	39,0	+0,6
Emocromo completo	6,5	6,9	+0,4
Riabilitazione motoria in motuleso semplice	7,3	7,7	+0,4
Prima visita oculistica	29,8	30,1	+0,3
Laserterapia antalgica	3,7	3,8	+0,1
Visita ortopedica	30,8	30,7	-0,1
PSA	16,3	16,1	-0,2
Ablazione tartaro	13,0	12,8	-0,2

Quando si parla di sprechi ci si riferisce in teoria a tutto quel complesso di attività che non migliorano lo stato di salute delle persone. Tra questi, gli studi del settore annoverano il sovra-utilizzo di alcune prestazioni inefficaci, inutili e care; il mancato ricorso a prestazioni che, al contrario, producono effetti positivi; l'abbandono di strategie di prevenzione primaria, come la promozione di stili di vita sani; il sovraccarico di obblighi burocratici che sottraggono tempo prezioso al personale sanitario; la mancanza di coordinamento tra le strutture che prendono in carico i malati, soprattutto quelli con patologie croniche; la continua immissione nel mercato della salute di "false innovazioni" a fronte della scarsa attenzione a patologie diffuse in tutto il territorio; l'inadeguato utilizzo delle evidenze scientifiche a tutti i livelli. Tutto ciò è presente in ognuno dei paesi industrializzati, tant'è che un Rapporto Eurostat del 2013 ha calcolato **le morti evitabili tra la popolazione sotto i 75 anni dell'Unione Europea, pari al 33,5% sul totale dei decessi¹⁶**. Un terzo delle morti si sarebbero evitate se a guidare l'azione sanitaria fosse stata l'intelligenza a servizio della salute. Invece, il quadro che emerge è di una irrazionalità che appare quasi incomprensibile. Se una prestazione non funziona ed è cara, perché la si continua ad usare? Perché le ricerche farmaceutiche si concentrano sull'ultimo trovato antirughe, invece che sulla cura di patologie gravi? Perché non si fa prevenzione? Ma a ben vedere, come potrebbe essere altrimenti in un sistema economico che si regge sul profitto e sul mercato?

Anche nei tempi e nei paesi dove il Sistema Sanitario era pubblico, come in Italia fino agli anni '90, esso era inserito in un contesto capitalista, dove a contare, in ultima analisi, sono sempre stati gli interessi dei grossi gruppi economici privati. Il funzionamento del sistema sanitario non è mai stato controllato dai soggetti che ci lavorano né da coloro a cui è rivolto (quindi il personale e i pazienti). Ciò produce e ha prodotto inevitabilmente corruzione e abusi. Ma quello che viene visto come un problema del "pubblico", è in verità il riflesso inevitabile di un settore pubblico diretto dagli interessi dei privati.

Il problema è chi produce, cosa produce, per chi produce, con che finalità produce. Chi produce i farmaci che poi lo Stato immette nel sistema sanitario? Chi produce i vaccini e quanto potere ha sulle decisioni nella scelta delle vaccinazioni di massa? Chi produce i dispositivi e le strumentazioni mediche? Chi e con quali criteri stabilisce le

TABELLA 5 - Ticket nelle strutture pubbliche (euro) :..
Fonte: Indagine Censis, 2015

16]Fondazione Gimbe, *Rapporto sulla sostenibilità del sistema Sanitario Nazionale 2016-2025*, 07/06/2016, p.33.

Si calcola che la gestione dei servizi accessori da parte dell'ente privato provoca un costo, per il pubblico, tra il 40 e il 60% in più di una eventuale gestione diretta.

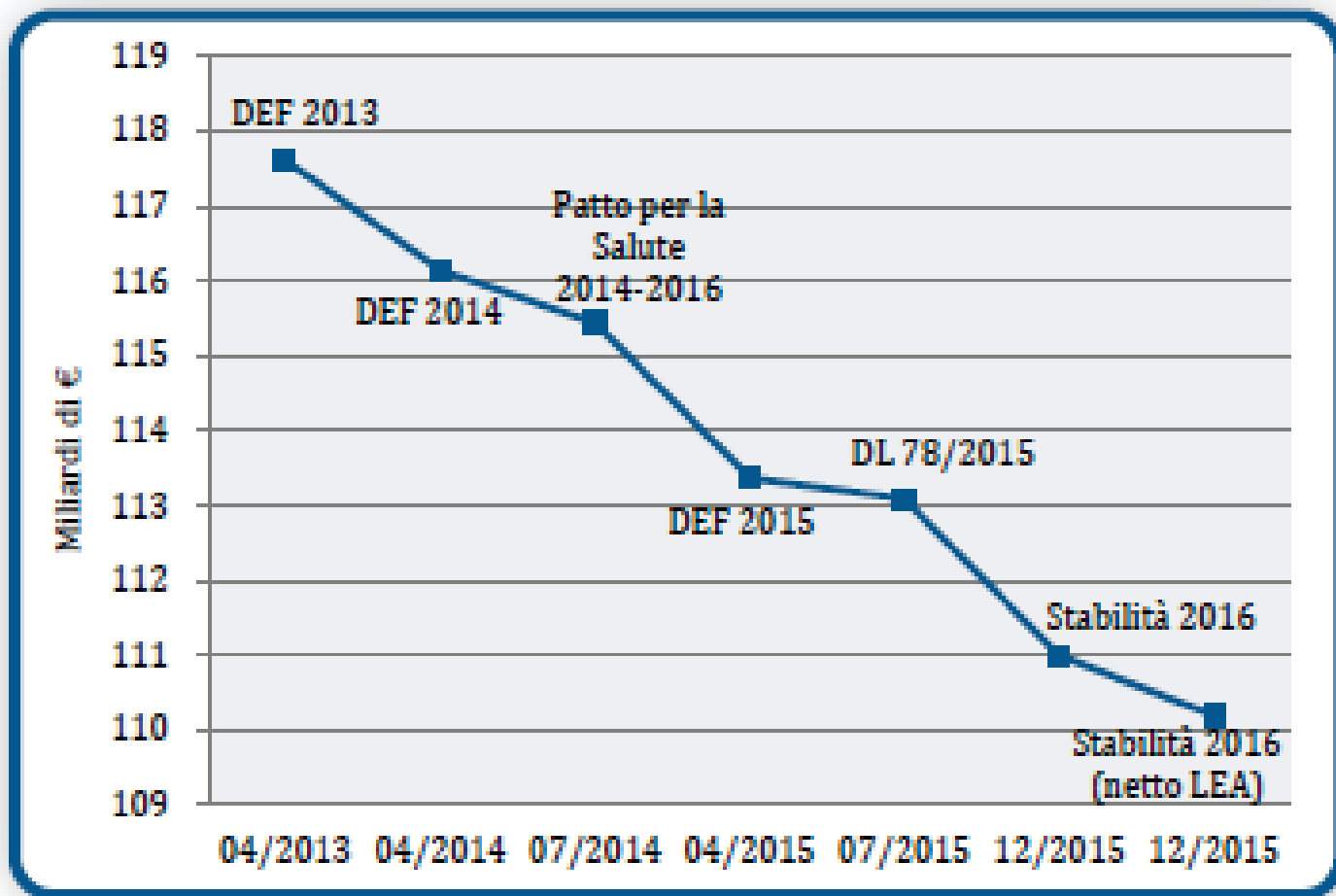


TABELLA 6 - Finanziamento pubblico del SSN: anno 2016 ..

Fonte: Elaborazione Fondazione Gimbe su dati Corte dei Conti

nomine dei vertici del Servizio Sanitario? Che interessi ci sono dietro alla diffusione di un farmaco, di un intervento, di un cesareo? A chi conviene che si

adottino alcune politiche sanitarie anziché altre? Chi finanzia e chi porta avanti la ricerca scientifica, e quindi, quali scopi sottendono al funzionamento della ricerca? E ancora, dal momento che lo stato di salute di un paese è collegato ad abitudini alimentari e a stile di vita: chi ha in mano l'industria? Quali interessi determinano i controlli sulle immissioni di inquinanti delle fabbriche, sull'uso di sostanze nocive negli alimenti?

In una società dove il controllo su tutti o alcuni di questi temi è appannaggio di gruppi che per loro natura si muovono avendo come obiettivo principale l'aumento dei fatturati, o dei bilanci, in una società basata sulla sopravvivenza dell'impresa (privata o sociale) prima che della collettività, nessun sistema che si regga davvero sulla gratuità e l'universalità potrà mai sopravvivere a lungo.

In una società divisa in classi, nessuna uguaglianza re-

ale sarà mai possibile. E quindi nessuna reale uguaglianza nel diritto alla salute, a partire dalla prevenzione fino alla cura.

C'ERA UNA VOLTA IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

In Italia, il Sistema Sanitario Nazionale nasce con la Legge 833 del 1978.

Prima di quella data esisteva un sistema mutualistico, basato su enti divisi per settori e categorie professionali. I governi degli anni '50 puntarono molto su questo sistema, approvando numerose leggi che istituirono enti mutualistici per i più svariati settori lavorativi, dai pensionati dello stato ai coltivatori diretti, dagli artigiani ai commercianti. Il sistema mutualistico offriva forme di assistenza molto differenziate tra i vari enti, e anche poco controllabili in termini di spesa sanitaria e di prestazioni offerte. Le Casse mutue, così, finirono da un lato per alimentare la disuguaglianza, garantendo l'assistenza sanitaria solo ad alcune

categorie di lavoratori e i loro familiari. Dall'altro, creano enormi problemi di finanziamento, andando incontro a un debito insostenibile. Il suo default spianò la strada alla nascita del SSN.

Il 1978 arriva a conclusione di una stagione di lotte, quella del '68 e poi degli anni '70, che portò a conquiste sociali in tutti gli ambiti. Frutto di quelle lotte furono lo Statuto dei Lavoratori, le leggi sull'aborto e sul divorzio, la legge sull'equo canone. In quel contesto e sulla spinta delle forti mobilitazioni di quegli anni nacque il Sistema Sanitario Nazionale. Pubblico, generalizzato e uniforme, si prefiggeva come obiettivo il superamento delle differenze territoriali nelle condizioni socio-sanitarie e avrebbe quindi dovuto garantire le stesse prestazioni gratuite a tutta la popolazione.

Il SSN venne organizzato attraverso il Ministero della Sanità, le Regioni e le Unità sanitarie locali (Usl), concepite come comitati di gestione di derivazione comunale e articolate in Distretti Sanitari. Il finanziamento del sistema faceva capo al Fondo Sanitario Nazionale, determinato dal bilancio annuale dello Stato, che trasferiva risorse alle Regioni e alle Usl. Le Regioni avevano compiti di programmazione, organizzazione e finanziamento delle Usl tramite il Fondo regionale Sanitario.

Già negli anni '80, però, clientelismo, corruzione e lunghe liste di attesa alimentarono una rabbia diffusa tra la popolazione, che diede adito alle prime campagne strumentalmente tese a diminuire l'intervento dello Stato in favore del mercato. Il SSN, accusato di una spesa eccessiva, fu definito come il primo responsabile dei buchi al bilancio dello Stato.

Il primo progetto di legge volto a introdurre l'aziendalizzazione delle Usl è del 1987, quando l'allora ministro De Lorenzo prese spunto dalle riforme che la Thatcher stava portando avanti in Gran Bretagna e che in pochi anni

avrebbero portato alla distruzione del sistema sanitario inglese. In Italia questo primo tentativo fallì, per essere poi riproposto dallo stesso ministro, sotto il governo Amato, con la cosiddetta riforma bis della sanità.

Il Decreto Legislativo 502/1992 trasforma le USL in Aziende Sanitarie Locali (Asl), e modifica la natura giuridica di alcuni grandi ospedali trasformandoli in Aziende Ospedaliere. Ciascuno dei nuovi enti, pensati per essere in concorrenza reciproca, viene dotato di un proprio patrimonio immobiliare ceduto dallo Stato, di una propria contabilità, della guida di un Direttore Generale.

E' a partire da allora che si tracciano le prime linee per un sistema sanitario "a tre pilastri", con l'apertura a forme di assistenza integrativa. Negli anni successivi si cominciano a introdurre prestazioni a pagamento e nasce, tra l'altro, la Libera Professione Intramoenia.

Fortemente voluta dal ministro Rosy Bindi (Margherita, poi Pd) durante il governo dell'Ulivo, la Libera Professione Intramuraria introduce la possibilità, per i medici del SSN, di offrire prestazioni a pagamento utilizzando i locali messi a disposizione dalle ASL e dalle aziende ospedaliere. L'intento dichiarato dal ministro era quello di ridurre le liste di attesa frenando, al contempo, la tendenza dei medici pubblici a dirottare i pazienti negli studi privati dove svolgevano la loro attività extra SSN. Ciò creava conflitti di interesse che andavano pesantemente a minare le disponibilità ambulatoriali del medico durante il suo servizio per il sistema sanitario pubblico. Con l'introduzione della Libera Professione intramoenia, si incentivano i medici ad abbandonare i loro studi privati in favore di un rapporto esclusivo con lo Stato, che fornisce ambulatori dove possano portare avanti la loro attività libero professionale.

Questa riforma, però, non ha portato alla riduzione delle liste di attesa nel pubblico. **Senza i dovuti controlli, inoltre, la Libera Professione Intramoenia ricrea gli stessi**

TABELLA 7 - Impatto stimato degli sprechi sulla spesa sanitaria pubblica ...

Fonte: Fondazione Gimbe, "Rapporto sulla sostenibilità del SSN 2016 - 2025"

Categoria	%	Mld €	(±20%)
1. Sovra-utilizzo	30	7,42	(5,94 - 8,90)
2. Frodi e abusi	20	4,95	(3,96 - 5,94)
3. Acquisti a costi eccessivi	13	3,21	(2,57 - 3,86)
4. Sotto-utilizzo	14	3,46	(2,77 - 4,15)
5. Complessità amministrative	11	2,72	(2,18 - 3,26)
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	12	2,97	(2,37 - 3,56)

meccanismi precedenti, con medici che si ritagliano fette sempre più ampie di tempo per la loro attività libero professionale, mentre divengono introvabili per prestazioni con normale pagamento del ticket. Queste visite sono molto costose, di solito più di quelle erogate nelle strutture private, eppure sempre più persone ne fanno uso, spinte in ciò dalla stessa organizzazione del SSN. Col taglio ai servizi sanitari, in molti ospedali, soprattutto quelli più periferici, prestazioni ambulatoriali come una visita ginecologica, pneumologica o otorinolaringoiatica non sono più presenti, e risultano possibili soltanto attraverso la Libera Professione Intramoenia.

E' a partire dagli anni '90, inoltre, che si comincia ad aprire alla cosiddetta regionalizzazione delle competenze sanitarie, che trova il suo apice con la riforma del titolo V della Costituzione. Fino a quel momento le competenze in materia sanitaria erano prioritariamente dello Stato, che ne fissava i principi fondamentali attraverso leggi quadro. Alle regioni spettava la legislazione concorrente nel solo ambito di "assistenza sanitaria e ospedaliera".

Il nuovo art. 117 della costituzione, invece, riformato dal secondo governo Amato (2001), stabilisce che in materia sanitaria convivano una competenza esclusiva dello Stato, una competenza esclusiva delle Regioni, e una competenza concorrente. Lo Stato è competente nella "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". La legislazione concorrente riguarda invece la generica "tutela della salute". Alle Regioni spetta infine la potestà legislativa in materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato¹⁷. Allo Stato rimane il compito di definizione i Livelli Essenziali di Assistenza, che determinano la lista delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite ai cittadini attraverso il sistema sanitario organizzato regionalmente. Ma sono le Regioni, negli anni, ad aver assunto il ruolo principale, sia nella programmazione politica e amministrativa dei servizi, sia nel loro finanziamento¹⁸.

Il decentramento, incentrato sul contenimento della spesa, ha prodotto una situazione di estrema diversifica-

17 Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo V, art. 117

18 In realtà, questo sistema di ripartizione ha prodotto numerosi contenziosi tra Stato e Regioni. Sono numerosissimi i ricorsi, soprattutto da parte dello Stato, contro provvedimenti regionali in materia concorrente. Ciò ha spinto il tentativo recente, da parte di Renzi, di nuova trasformazione del Titolo V. Tra le altre cose la riforma, bocciata da un referendum popolare, prevedeva l'abolizione della competenza "concorrente" che sarebbe dovuta passare interamente nelle mani dello Stato, cancellando, in teoria, il contenzioso.

zione tra Regioni, sia in termini di costi dei ticket, sia in termini di liste di attesa o di prestazioni offerte. La disegualianza territoriale nell'accesso alle cure, che non ha mai smesso di esistere, è cresciuta notevolmente¹⁹. Nel 2015, fra la Regione in cui si spende di più (Provincia Autonoma di Bolzano) e quella dove si spende meno (Calabria), il divario pro-capite ha superato il 50%²⁰.

La regionalizzazione del sistema sanitario era sostenuta nel nome di un maggiore avvicinamento dei servizi al cittadino. Nel tentativo di far quadrare i conti, però, si è prodotto il processo inverso, esemplificato dalla tendenza, in atto in tutta la penisola, all'accorpamento delle ASL. Le mega-Asl, a ottobre 2016, raccoglievano già una media di mezzo milione di persone, con un aumento del 70% rispetto al 2001²¹. Ma in alcune regioni, come la Toscana dove si passa da dodici a tre aziende sanitarie, i bacini di utenza superano un milione di persone. La giustificazione a queste operazioni è la stessa di sempre: ridurre i costi e aumentare l'efficienza. Ma, a conti fatti, a ridursi continuano ad essere i presidi territoriali, e con essi i servizi e il personale ivi occupato.

Al tempo stesso, è proprio nel settore socio-sanitario territoriale che si raggiunge il massimo livello di penetrazione tra pubblico e privato, anche grazie alla costituzione di enti ad-hoc.

Basti pensare alle "Società della Salute" (SdS) toscane, consorzi tra Asl e Comuni concepite per programmare gli interventi sociosanitari nella zona di competenza con il coinvolgimento dell'associazionismo, del volontariato e del terzo settore tutto. E chi è il principale erogatore dei servizi territoriali per conto delle SdS? Esattamente il terzo settore, che in Toscana gestisce una fetta di servizi socio-sanitari molto importante e che in Italia, già nel 2011, contava quasi cinque milioni di volontari e un milione di dipendenti tra interni, esterni e temporanei, con un numero di unità economiche attive pari al 6,4% del totale delle imprese²².

O si pensi, infine, alla Lombardia, dove il governo For-

19 QuotidianoSanità, *Ticket specialistica ambulatoriale. Tra quote fisse, fasce di reddito e costo delle prestazioni ogni regione fa di testa sua*, 07/06/2015, in <https://goo.gl/w4EPgh>

20 C.R.E.A. Sanità- Università "Tor Vergata" (a cura di), *12° Rapporto Sanità. La sanità tra equilibri istituzionali e sociali*, p. 43.

21 CER GAS-Università "Luigi Bocconi" (a cura di), *Rapporto OASI 2016- Executive Summary*, p. 17. Si noti che le Usl, alla loro nascita, si rivolgevano a un bacino che poteva andare dai 50 mila ai 200 mila abitanti.

22 Istat, *Censimento generale dell'industria e dei servizi 2011*.

migoni ha istituito il progetto Chronic Related Group (CreG), per il seguito dei malati cronici nel loro percorso di cura. In Italia il 38% della popolazione dichiara una malattia cronica, ma manca una programmazione nazionale per la gestione delle patologie, anche a causa della regionalizzazione della sanità. La gestione dei malati cronici è particolarmente complessa perché spesso più patologie croniche colpiscono uno stesso paziente. Ciò rende importantissima un'assistenza territoriale in grado di considerare la multicronicità nella sua interezza, e di seguire i malati con controlli periodici. Le modalità attuative dei CreG, però, sono state stabilite in modo da essere l'ulteriore occasione per aumentare il peso del settore privato. Un settore che, nel 2012, rappresentava già il 30% del Sistema Sanitario Lombardo²³.

SISTEMA SANITARIO TRA BISOGNI PUBBLICI E INTERESSI PRIVATI

La spesa del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta ancora una percentuale di gran lunga più alta sul totale della spesa sanitaria in Italia. Il pilastro "pubblico", quindi, con il suo 77% di spesa nel 2014, sembra ancora essere quello preponderante rispetto agli altri. **(TABELLA 8) Ma ciò non indica in alcun modo che le spese versate dal SSN vadano a rafforzare l'egemonia della gestione e del controllo pubblico rispetto a quello privato.** Né che vadano a rafforzare l'interesse collettivo rispetto al profitto di pochi.

E' piuttosto vero il contrario. Abbiamo già visto come il 70% delle risorse pubbliche investite in sanità finiscono nelle casse di enti terzi, cioè istituti privati per l'erogazione di servizi sanitari, multinazionali farmaceutiche o enti gestori di altri servizi.

Il personale, che un tempo era la principale voce di spesa per il SSN, si è ridotto, dal 2009 al 2014, di 30mila unità, con un taglio medio del 5%, che in alcune Regioni ha raggiunto il 15%²⁴. A contribuire ai tagli della spesa sul personale, oltre al blocco del turn-over, ha avuto un peso importante anche il blocco della contrattazione nazionale,

23 Si vedano gli articoli di Luciano Canova, *La sanità lombarda è eccellente: ma sarà vero?*, 28/11/2012 in <https://goo.gl/UMQINl> e ClashCityWorkers, *Sanità lombarda: la "sublimazione del CreG" ovvero come privatizzare i servizi di cura dei malati cronici senza farsi notare*, 14/03/2017, in <https://goo.gl/IDGlgA>

24 Nel 2016 il personale del SSN rappresenta il 21% del personale pubblico impiegato in Italia.

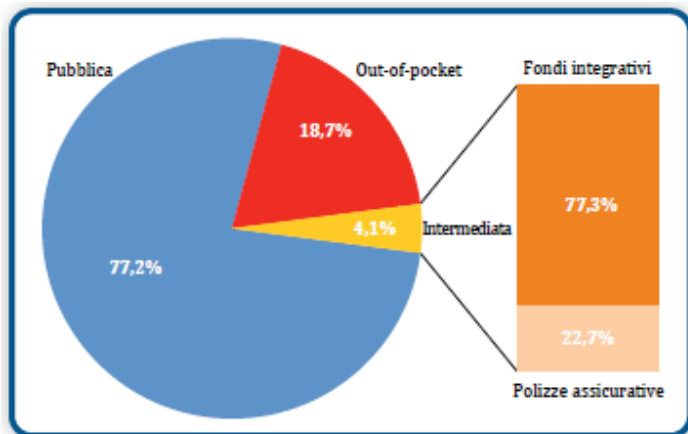
ferma ancora al 2009. In molte strutture pubbliche manca personale, e quello presente è spremuto come un limone.

Negli ultimi anni, al contrario, si è assistito ad un aumento esponenziale dei costi per l'acquisto di beni e servizi e di prodotti farmaceutici. **(TABELLA 9)** Il privato vende, sia esso una multinazionale del farmaco, un'industria di complessi dispositivi medici, una cooperativa di servizi, una Casa di Cura privata, una Misericordia. Vende medicinali, macchinari, servizi di ristorazione, di lavanderia, di pulizia, di manutenzione. Vende visite, esami, percorsi di riabilitazione. E il pubblico compra. Buona parte di tutto ciò che passa oggi dal SSN è frutto di questo rapporto di compravendita.

L'altra colonna portante del sistema sanitario, individuata già dal governo Amato, è la sanità integrativa, quella cioè erogata attraverso la intermediazione di polizze assicurative e di fondi integrativi. Questi ultimi, in particolare, sono individuati come il settore principale su cui dirottare la domanda di servizi sanitari. Proprio per questo sono stati oggetto di numerosi interventi volti ad accrescerne il peso. Con la legge di stabilità del 2016 il governo Renzi ha introdotto norme che detassano le aziende che offrono ai loro dipendenti forme di assistenza mutualistica integrativa (il cosiddetto Welfare aziendale). **In altre parole, da un lato si tagliano risorse al SSN, dall'altra si finanziano le mutue di categoria affinché forniscano i servizi sanitari a tutti i lavoratori di un determinato settore lavorativo.** Le stesse prestazioni che un tempo avrebbe assicurato il SSN universalmente, vengono garantite così solo a gruppi di persone, sulla base della loro collocazione lavorativa. Tutto ciò, con la benedizione dei vertici di Cgil, Cisl e Uil, che stanno aprendo alla demonetizzazione del salario e ai fondi sanitari anche in categorie, come quella dei metalmeccanici, storicamente contrari alla privatizzazione della sanità. Con l'accettazione anche da parte della Fiom del fondo Metasalute, la percentuale degli aderenti a forme di assistenza sanitaria mutualistica in Italia sale al 19%, **con il vantaggio "non dei lavoratori, destinati comunque ad ammalarsi [...] piuttosto della grande intermediazione finanziaria, il grande potere assicurativo, la sanità privata che ora, nel momento più debole di quella pubblica, si riprende la rivincita come un mostro"**²⁵.

I lavoratori per curarsi sono incentivati a utilizzare canali privati poiché, grazie ai fondi sanitari, possono in tal modo essere rimborsati delle spese. Le persone che si ri-

25 Ivan Cavicchi, *Mutua sanitaria, lo stato fa un regalo ai privati*, *Il Fatto Quotidiano*, 16/03/2017, in <https://goo.gl/GGYjai>



volgono al SSN e riescono a trovare un appuntamento, si ritrovano spesso spinte tra le braccia delle strutture private poiché trovare un posto in struttura pubblica è diventato veramente difficile. Coloro che non riescono ad accedere in nessun modo a prestazioni tramite ticket, quando non sono costrette a rinunciare, finiscono per pagarsi di tasca propria la prestazione presentandosi direttamente in una struttura privata. In questo modo viene distrutto il SSN e si incentiva l'uso della sanità privata.

Il sistema che prende forma, quindi, è sì un sistema a tre pilastri, ma divisi in base al reddito e alla collocazione sociale di chi vi accede: un SSN minimale, per poveri, disoccupati e diseredati; un sistema integrativo per i lavoratori dipendenti; un sistema individuale, basato su carissime polizze, per le classi sociali più agiate.

PER UNA SANITÀ PUBBLICA, GRATUITA, GARANTITA E DI QUALITÀ

TABELLA 8 - Ripartizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2014)

...
Fonte: Elaborazione Fondazione, "Rapporto sulla sostenibilità del SSN 2016 - 2025"

Per un Sistema Sanitario gratuito e solidale, finanziata dalla fiscalità generale e non dai ticket pagati da chi ha bisogno di cure. Questa per noi è una sanità economica.

Per una sanità organizzata dalla collettività e per la collettività, sulla base delle indicazioni

dei pazienti e dei lavoratori. Questa per noi è una sanità efficiente.

Per una sanità diffusa, dislocata sul territorio in modo da essere vicina ed accessibile a tutti. Questa per noi è una sanità sostenibile.

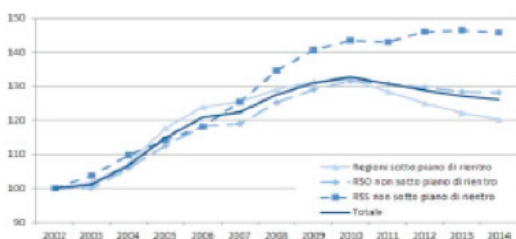
Per una sanità che faccia prevenzione, che si occupi anche dello stile e dell'ambiente di vita dei suoi abitanti. Che faccia in modo così di diminuire tante patologie che sarebbero evitabili. Questa per noi è una sanità senza sprechi.

Per una sanità guidata dall'attenzione per la persona e i suoi bisogni, non dalla spending review: questa per noi è una sanità efficace.

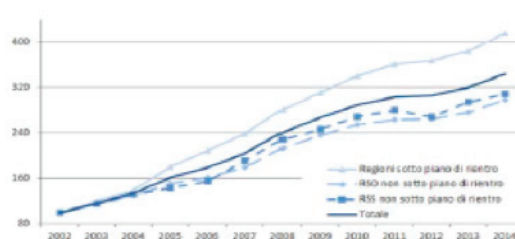
Per un Sistema Sanitario dove gli ultimi ritrovati medici e farmacologici siano il frutto di una ricerca scientifica guidata solo ed unicamente dal benessere della popolazione. Questa per noi è una sanità virtuosa.

Per una sanità libera dalla mercificazione e dal profitto: una sanità completamente pubblica, dove non trovi spazio nessun interesse privato. Il profitto privato è incompatibile con il diritto alla salute.

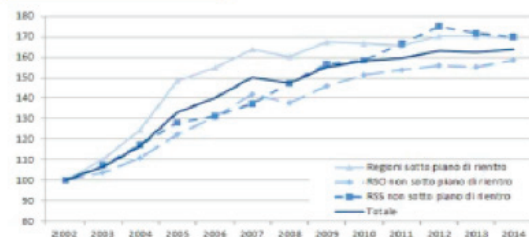
Personale



Prodotti farmaceutici



Altri beni e servizi



Altre prestazioni da privato

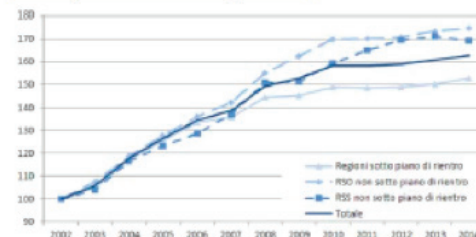


TABELLA 9 - Voci della spesa sanitaria corrente

...
Fonte: Ragioneria Generale dello Stato (2015), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto nr. 2"

L'IMPRESSIONANTE ATTACCO DEL CAPITALE AL DIRITTO ALLA SALUTE

