

LA PANDEMIA HA FATTO EMERGERE I DANNI ARRECATI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DA DEFINANZIAMENTO, PRIVATIZZAZIONE, REGIONALIZZAZIONE: COME POSSIAMO SALVARLO

«Davanti al lento e progressivo sgretolamento della più grande opera pubblica mai costruita in Italia negli ultimi dieci anni nessun Esecutivo ha mai avuto il coraggio di mettere la sanità pubblica al centro dell'agenda politica, ignorando che la perdita di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, oltre a compromettere la salute delle persone e a ledere un diritto fondamentale tutelato dalla Costituzione, porterà ad un disastro sociale ed economico senza precedenti».

Quarto Rapporto Gimbe, luglio 2019

Non è facile trovare nella storia della medicina scelte di politica sanitaria che abbiano avuto effetti così catastrofici sulla salute della popolazione. Ci voleva un evento eccezionale, una pandemia, appunto, per rivelarne in tempi brevissimi tutta la sua magnitudo.

Gavino Maciocco

In questi mesi abbiamo assistito attoniti alla tragedia che si è abbattuta sul mondo. 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 del tracollo sanitario sono varie e profondamente interconnesse. Innanzitutto il **definanziamento della spesa per la salute e la privatizzazione dei servizi**, che hanno indebolito quando non **smantellato il sistema edificato con la Legge di riforma sanitaria 833/78**, l'**indebolimento dello Stato** a favore del **regionalismo**. A queste cause maggiori sono da aggiungere **prestazioni inappropriate, sprechi, inefficienza e corruzione**.

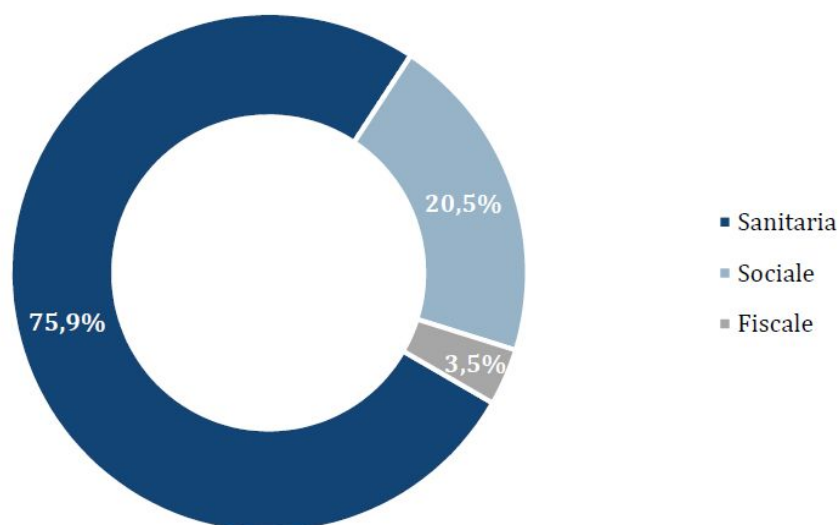
1. DEFINANZIAMENTO DELLA SPESA PER LA SALUTE – CONFRONTO CON ALTRI PAESI EUROPEI

La spesa per la salute in Italia nel 2017 (ultima valutazione), ammonta complessivamente a € **204.034 milioni**, di cui € **154.920 (75,9%)** di **spesa sanitaria pubblica e privata**, € **41.888,5 milioni (20,5%)** di **spesa sociale di interesse sanitario** e € **7.225,5 milioni (3,5%)** di **spesa fiscale**. Fig. 1.

La spesa sanitaria pubblica, (che comprende anche la spesa per le strutture private convenzionate e per servizi esternalizzati¹), si riduce alla quota di € **113.131 milioni**, se si sottrae ad essa la spesa privata out of pocket (cioè quella diretta delle famiglie) e quella per la sanità integrativa che complessivamente ammonta a € **41.789 milioni**, pari al **27%** dell'intera spesa sanitaria.

¹ **I servizi esternalizzati a privati**: servizio mensa, servizi di pulizia, cooperative di assistenza, servizi amministrativi, centri prenotazioni visite, che gravano sulla spesa pubblica con rendimenti che non producono risparmio, spesso non sono efficaci e funzionali e quasi sempre non rispettano i diritti dei lavoratori.

Fig. 1 - € 204 miliardi di spesa per la salute (4°Rapporto Gimbe, 2019, Fig. 1.3)



La spesa sanitaria pubblica, cioè quella che finanzia il SSN, in base ai dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, ha subito negli anni una imponente riduzione: il tasso di crescita medio annuo che era **7,4% nel 2001-2005**, è sceso al **3,1%**, **nel 2006-2010** quindi allo **0,1%** **nel 2011-2017**. **Fig. 2.**

A causa del definanziamento della spesa sanitaria pubblica, nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al SSN oltre **€ 37 miliardi**, di cui circa € 25 nel 2010-2015 per la sommatoria di varie manovre finanziarie e € 12,11 nel 2015-2019 attraverso la continua rideterminazione al ribasso dei livelli programmati di finanziamento. Se inizialmente tale riduzione era imputabile alla crisi economica, poi è diventata indice di una precisa volontà di non investimento 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 ad 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. 3**

Nel confronto con gli altri paesi del G7 il trend della spesa pubblica in Italia nel periodo 2000-2017 documenta due dati particolarmente rilevanti (**Fig. 4**):

1. Negli altri paesi, ad eccezione del Regno Unito, **la crisi economica non ha minimamente scalfito la spesa pubblica per la sanità**, giacché anche dopo il 2008 il trend di crescita è stato mantenuto o ha avuto un'impennata. In Italia, invece, dal 2008 il trend si è completamente appiattito.

2. Di conseguenza, sono divenute enormi le differenze rispetto agli altri paesi europei. Mentre nel 2000 le differenze assolute della spesa pubblica tra l'Italia e gli altri paesi del G7 erano modeste, ad esempio, nel **2000 la Germania investiva \$ 632 (+30,8%)** in più dell'Italia (\$ 2.118 vs \$ 1.487) nel **2017 la differenza è quasi raddoppiata, ovvero \$ 4.869 vs \$ 2.622 (Fig. 3 e 4)**

Col progressivo definanziamento l'Italia è diventata 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.

Nella Fig. 5, fornita dalla fondazione Gimbe e comparsa in piena pandemia sul Corriere della Sera, si vede come i tagli ed il definanziamento siano stati tutti operati da governi di centro-sinistra.

Fig. 2 Trend spesa sanitaria pubblica 2001 – 2017 (4°Rapporto Gimbe, 2019)

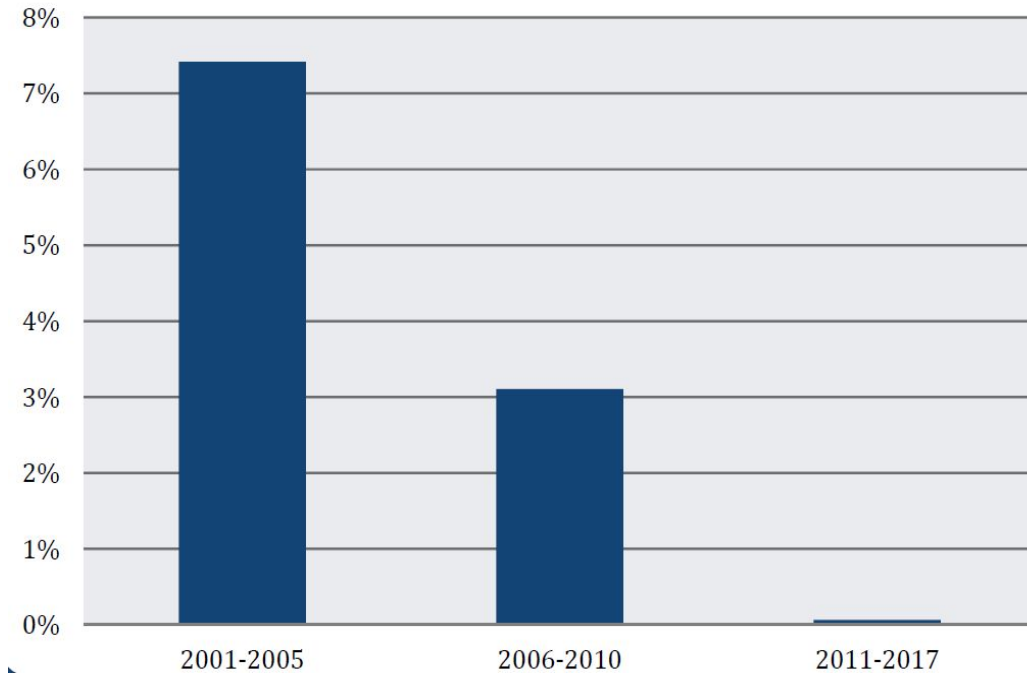
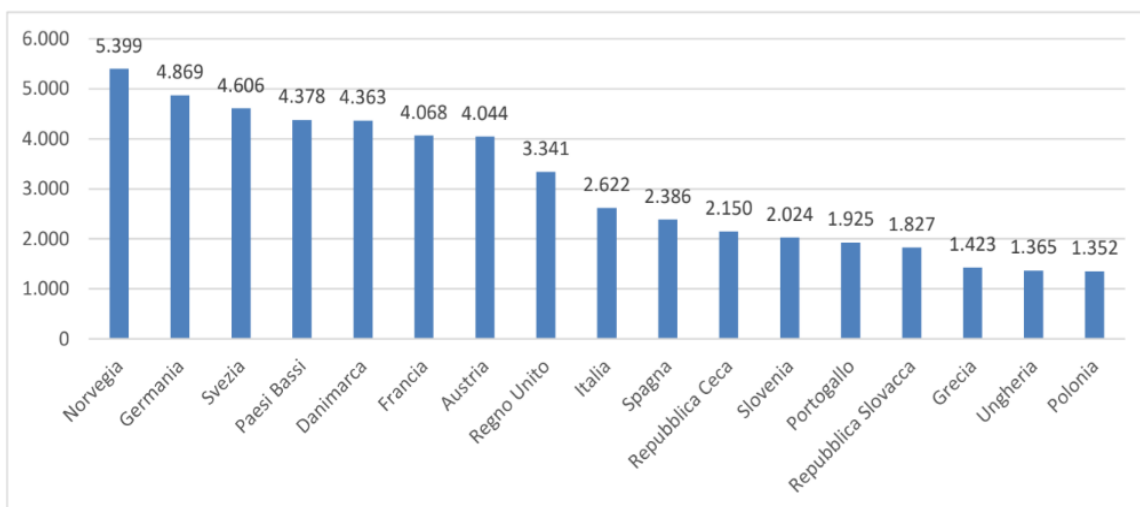


Fig. 3. Italia si trova nel 2017 con spesa sanitaria pubblica quasi dimezzata rispetto a Germania

Grafico 9 Spesa pro capite sanitaria pubblica a parità di potere di acquisto (in USD) anno 2017



Fonte: Banca dati OCSE, estrazione dati: dicembre 2018

Fig. 4 Trend spesa pubblica pro capite 2000 – 2017 nei paesi del G7

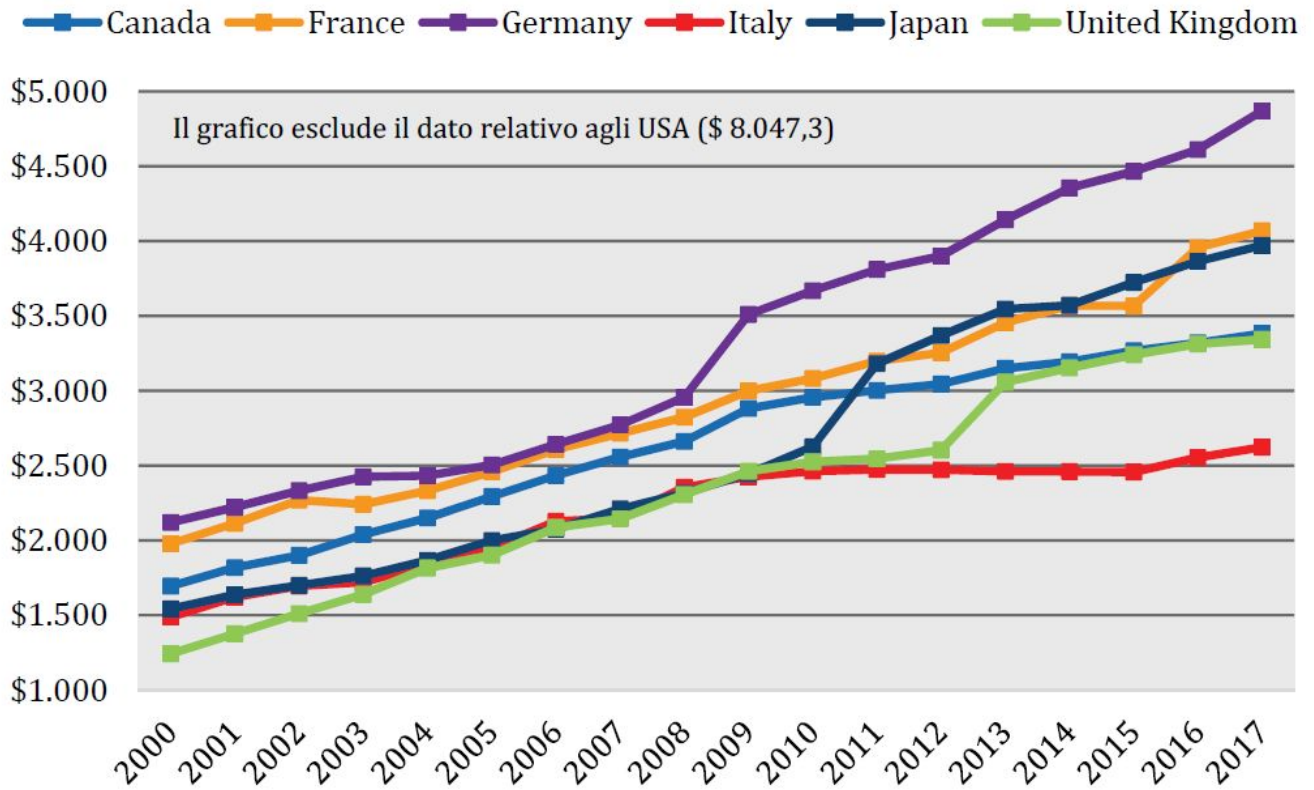
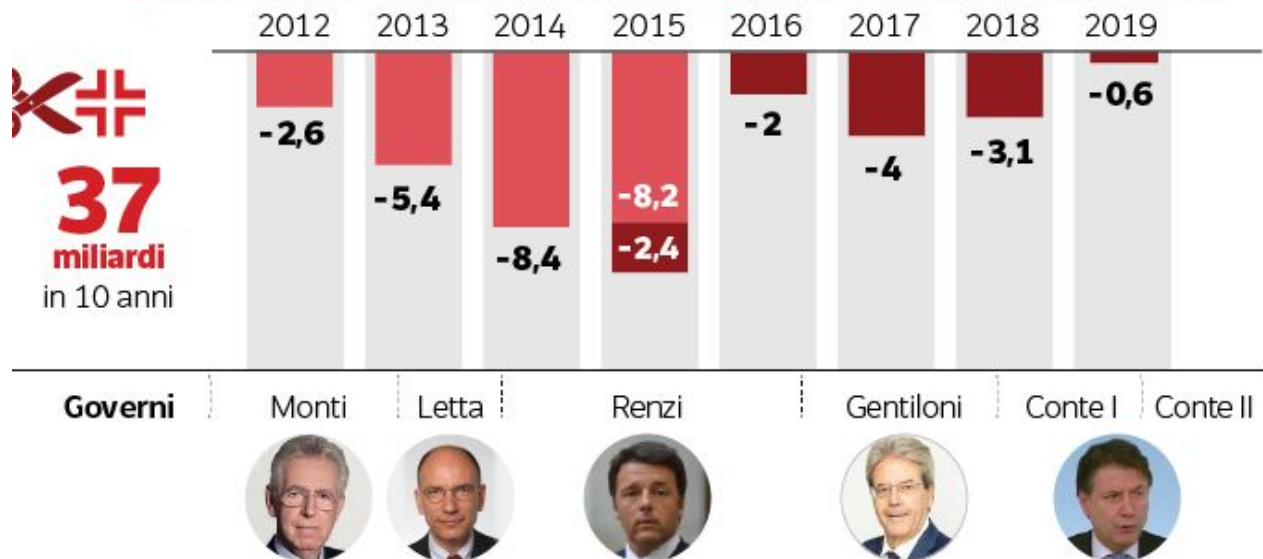


Fig. 5

Tagli alla sanità

Miliardi di euro

■ tagli conseguenti a manovre finanziarie ■ meno risorse di quelle programmate



Fonte: Fondazione Gimbe

Il definanziamento ha portato ad una massiccia contrazione del personale e dei posti letto, alla riduzione delle dotazioni tecnologiche e all'aumento delle disuguaglianze.

Riduzione del Personale.

La metà dei 37 miliardi in meno alla sanità nell'ultimo decennio, riguarda il personale sanitario, la cui riduzione è stata avviata con il blocco del turnover imposto dalla finanziaria del 2006.

La sanità pubblica ha perso 8000 medici in pochi anni, (dati del Ministero Salute), che sono ora **242.000 (1x1000, come Germania, Spagna e Svizzera)**, di cui, si stima, 39.000 nel privato accreditato e non), mentre oltre la metà di quelli in servizio ha un'età superiore ai 55 anni. Si ritiene che entro il 2025, **lasceranno 53.000 medici** con la Legge Fornero e con quota 100. Si sono perse inoltre altre **40.000 figure** tra cui migliaia di **infermieri** professionali: questi ultimi sono il **5,8 per 1000 contro gli 8,5 per 1000 dell'UE** e rappresentano il vero tallone di Achille del nostro sistema.

Abbattimento dei posti letto.²

Si è passati da **5,8 posti letto ogni 1000 abitanti nel 1998** a **3,6 nel 2017**, contro una **media europea di 5 ogni 1000** abitanti. In termini assoluti si è passati **da 530.000 posti nel 1981** a **191.000 nel 2017**. La riduzione operata oltre ad eliminare ricoveri inappropriati si doveva accompagnare ad una riorganizzazione delle strutture territoriali e alla assistenza domiciliare per sviluppare una medicina di comunità più vicina ai bisogni e alle necessità dei cittadini. Tale sviluppo si è realizzato solo molto parzialmente.

Il nodo delle Terapie Intensive (TI). Prima dell'inizio della pandemia in Italia vi erano **5.400 posti di terapia intensiva** tra pubblico e privato (Dati ANAAO), escluse le Unità Coronariche (UTIC), con una percentuale di occupazione dei posti letto intorno al 48%. **L'1 marzo 2020** una circolare del **Ministero della Salute** stabiliva un **aumento del 50%**, quanti ne avevano chiesto negli anni la Società di Anestesia e Rianimazione. **Dal 31 marzo**, nelle TI ci sono 9122 posti letto, ormai stabilizzati.

Insufficienza della dotazione tecnologica e sicurezza di strutture ospedaliere e territoriali.

Negli ultimi 20-30 anni non si è investito in tecnologie e nella messa in sicurezza delle strutture, soprattutto al Sud: secondo l'Associazione Salute Diritto Fondamentale, dovrebbero essere stanziati **almeno 32 miliardi** per tale scopo. La pandemia ci ha fatto scoprire che vi è in Italia una sola impresa che realizza respiratori, che non vi è produzione locale di dispositivi di sicurezza (DPI), comprese le mascherine chirurgiche, che vi è una limitata produzione di reagenti, che i laboratori pubblici non sono né idonei né in numero sufficiente e svolgere determinati compiti.

Aumento delle disuguaglianze.

Il definanziamento della sanità si è abbattuto sulla fasce più povere della popolazione e sui ceti medi, già duramente provati dagli anni della crisi, facendo aumentare le prestazioni a pagamento e il privato.

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 di **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. LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ, TRENTA ANNI DI EROSIONE DEL SSN

La privatizzazione è stata favorita in questi anni dal definanziamento del SSN distraendo i cittadini dal vero obiettivo, cioè opporsi in tutti modi alla riduzione della spesa sanitaria pubblica e al depotenziamento del SSN, uno dei nostri beni più preziosi, da consolidare così come hanno fatto altri paesi europei e non smantellare.

² Annuario Statistico del SSN, 2017

E' successo invece che di fronte alle mancate risposte del SSN, depauperato e deprivato di personale, strutture e servizi, una propaganda indegna, sostenuta anche da mezzi di stampa e televisioni, abbia fatto breccia tra i cittadini, rendendo attrattive le false promesse a favore del privato.

Nella sanità privata sono da distinguere le strutture private accreditate e la sanità integrativa o secondo pilastro, affermatesi, grazie allo svuotamento del pubblico.

A) Strutture private accreditate .

Sono parte del servizio sanitario nazionale (SSN) perché da esso finanziate, quindi rientrano nella spesa sanitaria pubblica. In base agli Annali 2017 del ministero della Sanità si distinguono in strutture per:

- **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%**;

Come si vede, tranne che per le strutture ospedaliere, dove il pubblico, seppure di poco mantiene ancora una prevalenza sul privato, le altre - ambulatori, centri diagnostici, RSA, strutture per l'assistenza riabilitativa, centri dialisi, centri per la salute mentale e altro - sono ormai prevalenti sul pubblico.

Le **strutture convenzionate per l'assistenza ospedaliera** rappresentavano nel **2017 il 48,2 % su 1000 strutture totali** (nel 2010 erano il 46% su 1.165). Quindi **hanno quasi raggiunto il pubblico** che oggi rappresenta il **51.8%** (518) del totale.

In termini assoluti la Regione che ne ha il maggior numero è il **Lazio con 124** strutture private, seguita dalla **Lombardia con 72** strutture, quindi **Sicilia e Campania con 58**.

La contrazione dei posti letto ha colpito soprattutto il pubblico, **(-16.2%)** . Nella tabella sottostante è riportato il calo delle strutture pubbliche e private e dei posti letto nel periodo 2010-2017.

Tab. 1 Calo strutture pubbliche e private accreditate e dei posti letto nel periodo 2010-2017

ISTITUTI DI CURA IN ITALIA	2010	2017
Numero totale Istituti di cura Pubblici/Accreditati	1.165	1.000
Istituti Pubblici	629 (54%)	518 (51.8%)
Istituti Privati Accreditati	536 (46%)	482 (48.2%)

Tabella 3. Confronto tra anno 2010 e 2017 riguardo il numero di posti letto in Italia e quota percentuale in Istituti Privati Accreditati

POSTI LETTO PER DEGENZA ORDINARIA	2010	2017
Numeri posti letto totali	244.310	211.593
Percentuale di posti letto per Istituti di Cura Privati Accreditati	21%	23.3%

Dati ANAO, 4 febbraio 2020, ripresi da Annuario 217 del Ministero della salute

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%)³ . Se si considera che all'interno della Sanità Pubblica sempre più servizi vengono esternalizzati a privati, questi e le strutture private convenzionate assorbono ormai più del 50% del finanziamento. A ciò si aggiunge, in modo complementare, la sanità integrativa, per cui si parla

³ Banca d'Italia rapporto Lombardia e Lazio anno 2018, pg. 101, 93.

ormai di “Sistema sanitario”.

Le regioni, stabiliti i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l’accreditamento, dovrebbero verificarne costantemente l’osservanza e controllare che i finanziamenti richiesti siano corrispondenti ai DRG per cui si chiede il pagamento.⁴ Ma ciò avviene poco e male. 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.

Esposizione a truffe, corruzione, infiltrazione mafiose

La cronaca ne è piena da anni. Tra i più comuni sistemi: rimborsi maggiorati attraverso la falsificazione dei DRG, farmaci rimborsati due volte, cartelle cliniche falsificate, prestazioni incomplete pagate come complete, rimborsi per attività di fisioterapia a bassa intensità come se fossero ad elevata intensità (DRG ortopedico presentato come neurologico), fino alle prestazioni fatturate e non erogate. Parliamo di truffe per svariate decine di milioni.

Non c’è da meravigliarsi che il privato sia esposto anche a riciclaggio e ad infiltrazioni mafiose, o che, a volte nasconda e tratti pericolosi latitanti, visto che i controlli sono addomesticati.

La finta efficienza del privato

Contrariamente al senso comune non è vero che il privato sia più efficiente in termini di rapporto costi/benefici. Sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute una singola degenza costa in media € 3.021 nel pubblico mentre nel privato sembra costare meno, cioè €2.870,48. Tale media però non tiene conto che gli interventi più costosi (con l’eccezione della cardiologia interventistica e della cardiocirurgia), come: trapianti, chirurgia oncologia, neurochirurgia, attività di Terapia Intensiva e di Emergenza-Urgenza si eseguono in buona parte nelle strutture pubbliche. Inoltre il privato, avendo come obiettivo quello di massimizzare il profitto tende a fare più esami, più visite e più interventi e con meno personale.

Inoltre, tutte le strutture convenzionate hanno reparti privati a cui è facile accedere attraverso un surplus garantito dalla sanità integrativa, su cui esistono agevolazioni fiscali.

Sottrazione di medici e specialisti al pubblico

Secondo il rapporto ANAO-Assomed (4 febbraio 2020), nel 2017 sul totale dei medici attivi tra pubblico e privato pari a 242.532, solo 101.100 operavano negli ospedali pubblici a tempo indeterminato, cioè meno della metà, al contrario di un tempo, poiché molti medici hanno lasciato il pubblico causa il sovraccarico di lavoro e gli stipendi rimasti bloccati per oltre 10 anni. Anche per questo abbiamo apparecchi di alta diagnostica spesso fermi e liste di attesa, per cui abbiamo situazioni, come nel Lazio, dove **i due terzi delle prestazioni diagnostiche sono erogate da privati accreditati malgrado la maggior parte degli apparecchi sia nel pubblico.**

Non vi è alcun dubbio che il privato convenzionato rappresenta una perdita netta per il pubblico. Se i controlli fossero realmente fatti e i requisiti più stringenti, probabilmente avverrebbero meno ammanchi e meno truffe a carico del SSN, ma si realizzerebbero anche molti profitti in meno, e forse, allora, il privato non sarebbe più così conveniente per le grandi famiglie, le grosse società e le banche che lo sostengono e lo propugnano.

Il privato non è stato utile nemmeno **nell’emergenza pandemica**, dove è intervenuto tardi, dietro laute remunerazioni e dopo essersi assicurato altri letti in convenzione..

B) La spesa sanitaria privata diretta.

Si tratta della **spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie (out-of-pocket), che**, secondo i dati **ISTAT**⁵ ammonta a quasi **€ 40.000 milioni**, pari all’ **86,1%** della spesa sanitaria privata, riferita prevalentemente a ticket per farmaci e prestazioni sanitarie e diagnostiche. Tale pesante spesa è

⁴ DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi), remunerazione per i trattamenti eseguiti secondo criteri fissati dal Ministero della Salute e modulati sul paziente.

⁵ ISTAT. Sistema dei conti della sanità. Edizione giugno 2018. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA

recuperata tramite **€ 3.864,3 milioni di rimborsi IRPEF**. Dalla sua scomposizione (Rapporto Gimbe 2017), risulta che circa il 40% non compensa ritardi e difficoltà del pubblico, ma è frutto di scelte individuali o di consumismo sanitario.

C) La sanità integrativa, intermediata da terzi paganti, il cosiddetto secondo pilastro.

La spesa per la sanità integrativa, sostenuta da varie tipologie di “terzi paganti”, è di complessa analisi per la difficoltà di tracciare i vari flussi economici e per l’assenza di una rendicontazione pubblica. Tenendo conto di ciò e dei limiti di affidabilità rispetto a fonti e dati, per l’anno 2017 si stima una spesa intermediata di € 5.800 milioni, il 13,9% della spesa privata totale che è di € 41.789 milioni.

Soggetti della sanità integrativa e coperture

Nel secondo pilastro si ricomprendono tutti i soggetti che offrono la copertura per la spesa di prestazioni e servizi sanitari, sia nel pubblico sia nel privato, sostituendosi al SSN. Il sistema è molto complesso, i soggetti sono molteplici con diversi modelli gestionali e operativi (fondi sanitari, polizze assicurative individuali e collettive, istituzioni senza scopo di lucro, imprese).

Sono sostenuti da risorse private, ma anche da risorse pubbliche attraverso le agevolazioni fiscali.

Teoricamente offrono **tre tipologie di coperture**: **sostitutiva**: copre servizi e prestazioni già incluse nei LEA⁶, con vantaggi di riduzione dei tempi di attesa. Pur potendosi, in linea teorica, 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).

Classificazione dei terzi paganti

Una prima, generica, classificazione dei terzi paganti distingue **enti no-profit (fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse mutue)** ed organizzazioni **profit (compagnie assicurative)**. Fondi sanitari e simili si distinguevano dalle polizze assicurative per l’assenza di criteri di selezione all’entrata, di discriminazione del contributo per età, e, solo sulla carta, per la non concorrenza con le prestazioni a carico del SSN, condizione per poter godere di specifiche agevolazioni fiscali.

Con i Decreti Turco (2008) e Sacconi (2009) le differenze tra le due tipologie 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

I 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

⁶ LEA, Livelli essenziali di assistenza, cioè prestazioni che il SSN, teoricamente, è tenuto a garantire su tutto il territorio nazionale. L’ultimo Decreto che li fissa, del 2017, è discusso perché esclude prestazioni importanti mentre ne include altre non necessarie. Vedi 4° rapporto GIMBE, 2019, pg. 79

e loro familiari.

Le agevolazioni fiscali per i fondi sanitari permettono una **deducibilità dei contributi sino a € 3.615,20 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.

Il Welfare aziendale si è andato costituendo con la **Legge di Stabilità 2016 e quindi con le Leggi di Bilancio 2017 e 2018** che, grazie a rilevanti incentivi fiscali, hanno promosso gli investimenti delle imprese per sostenere il **"benessere dei lavoratori e delle loro famiglie"**. Esso 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.

Esso, propone ai dipendenti e ai loro familiari beni e servizi sanitari che possono essere sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quanto già offerto dal SSN.

Le tipologie di servizi e prestazioni sanitarie offerte, vanno a duplicare quanto già incluso nei LEA, con il benessere 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 ad una quota di pensione e di TFR oltre che all'aumento salariale. 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.

La L. 833/78, prevedeva la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite forme di mutualità volontaria ma solo per finalità integrative. Poi il D. Lgs 502/1992 (De Lorenzo) ha introdotto 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, con accuse circa l'aumento della spesa diretta, le difficoltà di

accesso al pubblico, la rinuncia alle cure per 12 milioni di italiani (vedi RBM Salute-Censis).⁷ Si è quindi sostenuto che fosse necessario potenziare il secondo pilastro per salvare il SSN, quando invece bisognava solo ristabilirne il necessario finanziamento. Tra l'altro, si stima che buona parte della spesa privata non sia per servizi indispensabili alla salute ma per bisogni indotti.

Contrariamente alla vulgata che vuole il 2° pilastro come coadiuvante nel mantenimento del SSN, la verità è che, al contrario, il secondo pilastro danneggia e rischia di affondare il SSN.

La diffusione dei fondi integrativi indebolisce progressivamente 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 quanto già incluso nei LEA non ha motivo per rivendicare un diritto anche a nome degli altri.

E' 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: infatti l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari, **€ 3.615,20**, sfiora il **doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2017, € 1.870,43**.

Le **agevolazioni fiscali** previste dalla normativa esistente sono una spesa fiscale sostenuta da tutti i contribuenti; di conseguenza gli iscritti ai fondi sanitari, persone che in genere hanno un lavoro stabile, lavoratori dipendenti, categorie con maggiori capacità negoziali, oltre a fruire di maggiori prestazioni, scaricano parte dei costi sui non iscritti, **generando iniquità e diseguaglianze**.

I promotori e gestori del secondo pilastro fanno leva sulla loro **presunta capacità di abbreviare i tempi per l'accesso alle prestazioni e di avere una maggiore efficienza di spesa**. In realtà, i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari e hanno quindi elevati costi amministrativi. Inoltre la loro presunta maggiore efficienza, è ulteriormente ridotta dalla necessità di mantenere un fondo di garanzia, pari a circa 1/3 degli introiti per "ri-assicurarsi" con compagnie assicurative previa cessione di una percentuale dei premi. Di conseguenza, il 40-50% dei premi versati non si traduce in servizi perché viene eroso dalla sommatoria di costi amministrativi, oneri di riassicurazione e utili delle compagnie assicurative. L'esempio più illuminante è quello degli USA, dove la spesa sanitaria è la più elevata al mondo e dove i costi amministrativi generati da erogatori di prestazioni e assicurazioni superano il 25% della spesa generale.

D) Privatizzazione strisciante del SSN e rischi per la sostenibilità del SSN.

Nel **contesto dell'imponente definanziamento del SSN** la privatizzazione sempre più incombente del SSN non rappresenta l'esito inevitabile di un "piano" di smantellamento della sanità pubblica, ma sta avvenendo in modo strisciante e facilitato dall'interazione di vari fenomeni e fattori concomitanti: sistemi di rimborso a prestazione (DRG), insoddisfazione e sovraccarico di operatori e medici che tendono a spostarsi nel privato, difficoltà di accesso al servizio pubblico, esternalizzazione a privati di servizi logistici e sanitari, erosione da sprechi, inefficienze, prestazioni inefficaci e inappropriate che non sono affatto basate su evidenze scientifiche.

Si stima che **l'erosione della spesa sanitaria totale**, causata da prestazioni di questo tipo sia di circa **€ 38.700 milioni**, che per il **40% è nel privato e per il 19%** nel pubblico: quindi le maggiori perdite causa

⁷Comunicato stampa Censis-RBM Assicurazione Salute (compagnia assicurativa), 7 giugno 2017. www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121116. Le affermazioni di RBM Salute-Censis furono smentite dalla stessa ISTAT (4 Rapporto Gimbe 2017, pg.113).

inefficienza e inappropriata si hanno nella spesa sanitaria privata.

Le strutture private convenzionate e l'esternalizzazione di servizi, tra cui quelli di assistenza, rappresentano ormai più del **50% del pubblico** e in alcune regioni superano il **60%**. Esse sottraggono i pazienti alle attese del SSN ma i contenuti delle prestazioni spesso si rivelano inadeguati al soddisfacimento del quesito clinico quando non inutili ed inappropriate. 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, tramite i fondi sanitari integrativi, prestazioni prevalentemente sostitutive e spesso inefficaci.

In particolare è molto pericoloso per il SSN il circuito che incrocia la spesa privata con l'offerta privata, allorché l'assicuratore, indirettamente finanziato anche da risorse pubbliche tramite le agevolazioni fiscali, indirizza alla casa di cura convenzionata.

Sia le strutture private convenzionate sia la sanità integrativa hanno come scopo il profitto ed in quanto tali non possono essere funzionali ad obiettivi di salute. In entrambi i casi si sottraggono risorse al Servizio Pubblico e s'introducono capitali privati che poi pesano sulle scelte da fare per la salute. Per il SSN, non si determina alcun beneficio, ma solo effetti avversi: tra questi la **frammentazione dei percorsi assistenziali**. Mentre, infatti, nel pubblico si lavora ad integrare le reti attraverso la presa in carico, la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e la responsabilizzazione dei vari attori del sistema, servizi e prestazioni offerti da fondi sanitari e assicurazioni rimangono frammentati, confinati nella relazione tra gestore e cliente e al di fuori di qualsiasi piano di continuità clinico assistenziale.

Cittadini e pazienti, ingenuamente soddisfatti di "saltare la fila" ottenendo in tempi brevi la loro prestazione – spesso maggiorate - in ambienti confortevoli, non si rendono conto dell'importanza di poter essere seguiti in modo continuativo e dei rischi per la salute dei sovra-trattamenti.

Uno dei motivi per cui le Regioni premono e aspirano all'Autonomia Differenziata è proprio quello di avere una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

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 che avevano riguardato tutti 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 che stanno alla base della L. 833/78 e del SSN sono tre: **l'Universalità** (estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione), **l'uguaglianza** (accesso alle cure senza alcuna discriminazione) e **l'equità** (parità di accesso in relazione a uguali bisogni di salute). Si era riusciti a superare il sistema diseguale e dispendioso delle Casse Mutue e ad affermare il dettato costituzionale (art.32): "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.....".

Il SSN si costruiva inoltre intorno ad altri due cardini: la **unitarietà tra interventi preventivi, curativi, riabilitativi e reinserimento sociale**, e la **integrazione tra interventi sanitari, sociali e ambientali** 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. Alla base di tutto stavano i **Servizi di Prevenzione, Igiene Pubblica e del Lavoro**, che si occupavano della 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 della prevenzione secondaria o collettiva che ricomprendeva le attività di sanità pubblica, vaccinazioni, controllo degli ambienti di vita etc.

(in Lombardia chiamati significativamente Servizi N.1).

Gran parte di questo è rimasto sulla carta, in seguito all'intervento di vari provvedimenti legislativi di controriforma, che hanno **trasformato le USSL in Aziende (ASL)** e separato dal territorio i grossi ospedali trasformandoli in aziende ospedaliere (**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 molto ridimensionati, anche in Lombardia, dove avevano avuto un grosso sviluppo, mentre i presidi di base e di assistenza domiciliare, che dovevano supplire alla riduzione dei posti letto, sono stati svuotati di competenze.

Il ruolo dei Comuni è stato ridimensionato a funzioni puramente consultive e le comunità locali hanno perso il diritto di orientare le politiche sanitarie locali nei territori giacché le USL da strutture operative dei Comuni erano diventate Aziende autonome. **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 l'ammontare del fondo sanitario nazionale (FSN) e l'entità degli investimenti in conto capitale.

E' in questi stessi anni che l'Europa, con il **Trattato di Maastricht**, abbraccia decisamente la scelta liberista. **La scelta aziendalista** di stampo liberista **condiziona fortemente l'assolutezza del diritto alla salute**, ponendo obiettivi improntati a logiche di efficienza, produttività, pareggio di bilancio, per cui la gestione dovrà mediare gli scopi economici con quelli del diritto alla salute. Il diritto alla salute cesserà di essere assoluto e incondizionato e sarà subordinato alle leggi del mercato. **Lancet** scriveva all'inizio del nuovo millennio: **"la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo..... Questo modello di sistema sanitario è sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi"**.

E, infatti, con il D. Lgs 502/92 **aumenta il ruolo dei privati e viene incentivata 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**. La L. 833/1978 disponeva **all'Art.3** - lo *"Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono esseregarantite a tutti i cittadini"* e all'Art. 4, con *"legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale..."*. Cioè tutti i cittadini dovevano fruire del diritto alla salute in modo omogeneo e "uniforme" in qualsiasi zona geografica vivessero. Ma, al momento di darne attuazione, nel D. Lgs 502/1992 ripreso poi dal D. Lgs 229/1999 (Bindi) si dispone che *l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi.....è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria...* Infine, la terza riforma del SSN, D. Lgs 229/99 (Bindi), introduce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): la clausola di uniformità, che rispondeva all'interpretazione della Carta costituzionale, sarà consapevolmente abbandonata dal governo Berlusconi e seguenti.

4. SPRECHI, INEFFICIENZE, ABUSI

L'OCSE ha confermato, basandosi anche sui Rapporti GIMBE che sprechi e inefficienze 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 ($\pm 20\%$: 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; **inefficienze amministrative** e burocratiche e ritardi nella informatizzazione dei processi; **inadeguato coordinamento**

dell'assistenza. A questo capitolo sono da aggiungere **in ospedale**: inadeguato coordinamento tra pronto soccorso e degenze e tra queste e i servizi diagnostici; ripetizione di test diagnostici, limitata comunicazione e collaborazione tra vari specialisti, aumento della degenza media conseguente a ritardi nell'esecuzione di consulenze specialistiche, indagini strumentali, interventi chirurgici, etc.; infine, soprattutto nel caso di malati cronici, **difficoltà d'interazioni tra ospedale e cure primarie**, mancanza di percorsi per la presa in carico dei pazienti tra ospedale e territorio, carenza di collegamenti, anche informatici.

5. REGIONALISMO E DISUGUAGLIANZE.

Il regionalismo, con la modifica del Titolo V e il trasferimento delle competenze sulla salute, interpretato dalle regioni in modo quasi autarchico ha prodotto 20 sistemi sanitari diversi. Non essendo stati fissati Livelli Uniformi di Assistenza su tutto il territorio nazionale, ci si è basati ancora **sul 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 integrativi non sono, ma sostitutivi. Si sta quindi determinando una sanità a due binari, uno per coloro che possono permettersi cure costose, anche se non sempre efficaci, in tempi rapidi, e l'altro per chi deve rivolgersi al servizio pubblico, che resta, peraltro, più affidabile rispetto al privato, pur dopo lunghe attese e spesso pagando costosi ticket.

Il regionalismo ha determinato l'aumento delle disuguaglianze in tutte le regioni, anche in quelle ricche del Nord tra cittadini che possono acquistare prestazioni in tempi rapidi e la maggioranza degli altri che, con difficoltà usufruiscono del servizio pubblico, o che, peggio, non possono curarsi.

Ma ha prodotto soprattutto un aumento delle disuguaglianze e **del divario 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. Per questo si 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.

Nel 2017 **il 42% del totale delle risorse** finanziarie per la sanità è stato assorbito dalle regioni del nord, **il 20 %** è andato a quelle del centro, **il 23%** al Sud e **il 15%** alle autonomie speciali.

In tale anno, scrive la Corte dei Conti, la **spesa sanitaria** è stata pari a **1.888 € pro capite**, con un ampio divario tra nord e sud. Tutte le regioni meridionali, ad eccezione del Molise, spendono meno della media nazionale. In particolare: la **Campania** (1.729 €), la **Calabria** (1.743 €), la **Sicilia** (1.784 €) e la **Puglia** (1.798 €). Mentre la spesa pro capite più alta si registra nelle Province autonome di Bolzano (2.363 €) e Trento (2.206 €), in Molise (2.101 €), Liguria (2.062 €), Valle d'Aosta (2.028 €), Emilia Romagna (2.024 €), Lombardia (1.935 €), Veneto (1.896 €).

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 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.

6. COVID-19 HA MESSO A NUDO GLI EFFETTI 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 dimostrato in tutta la sua debolezza.

Oggi in **Lombardia** esiste la possibilità di curarsi con le migliori terapie disponibili al mondo, di essere operati da equipe con professionalità di altissimo livello, anche se ciò non è concesso a tutti, ma i **servizi di base sul territorio e la prevenzione** sono ridotti al minimo, medici e infermieri scarseggiano. 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 nel Lazio, nelle regioni del Sud e nelle isole i servizi di assistenza territoriale e di prevenzione non sono stati mai sviluppati pienamente, i Servizi Sanitari Regionali sono deboli e poco strutturati, la privatizzazione è avanzata.

Il 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 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.**
- Si presume quindi che **gli esperti veri, avessero informato** i Governi.
- **I media di tutto il mondo trasmettessero** di continuo immagini e resoconti da Wuhan.

Anche **L'OMS, in un primo tempo**, non ha raccomandato alcuna restrizione a viaggi e rotte commerciali, mentre **l'ECDC (Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie) ha valutato "basso" il rischio di introduzione del virus in Europa.**

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. Svotato di competenze, addirittura smantellata l'Unità di Epidemiologia, ridotti i fondi per la ricerca con l'austerità e il pareggio di bilancio, non ha saputo assolvere alla sua funzione: non ha saputo cogliere né gli allarmi pandemici che gli scienziati più avvertiti avevano lanciato almeno fin dal 2005, 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, quella che detengono i **Medici di Medicina Generale e i Servizi di Igiene Pubblica e di Prevenzione**. Nel primo caso, le basi professionali di molti, ma c'è anche chi studia e si aggiorna, sono ancora ferme ai periodi della Mutua. Nel secondo caso i Servizi sono stati smantellati e ridotti a poche unità di personale.

Sono venuti meno anche i **Servizi di epidemiologia**, per poter cogliere immediatamente i segnali di nuove malattie e predisporre protocolli di intervento e monitoraggio. 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.

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. E nemmeno si fa più ricerca sugli **antibiotici**, nonostante le resistenze che generano per l'abuso che se ne fa.

E poi ci sono stati i **ritardi e l'impreparazione delle regioni e il conflitto tra il Governo centrale e Presidenti delle regioni**, che hanno ormai le competenze sanitarie di carattere organizzativo e gestionale. 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.

7. 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 che avevano determinato la mala gestione della pandemia.

Ad inficiare tale prospettiva è stato lo stesso **DPCM del Ministero sanità del 30 aprile, che non ha previsto l'obbligo per le regioni di effettuare i tamponi e il tracciamento** secondo un protocollo omogeneo, così come raccomandava il **Centro Europeo Controllo Malattie (ECDC)** richiamando all'effettuazione di: **tamponi, indagine epidemiologica, tracciamento dei contatti, monitoraggio dei quarantenati in raccordo con l'assistenza primaria e tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.**"

Ciò non è stato fatto in modo organico in nessuna delle regioni, cui si chiedeva, per le fasi successive 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**, per cui è mancato un reale monitoraggio della situazione, e, i dati di contagio, già fortemente sottovalutati 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, usando laboratori privati, con esborsi superiori ai 100 Euro. Anche i cittadini con sintomi difficilmente riescono ad avere un tampone e quindi, soprattutto in Lombardia e Piemonte, restano in quarantena per periodi indefiniti. **Ci si chiede perché tutto ciò? Soprattutto nel caso di regioni – Lombardia, Piemonte,**

Liguria, Veneto, Emilia Romagna – che tuttora detengono il maggior numero di contagi (80%). Forse per mancanza di reagenti e laboratori? Ma le analisi sono possibili nei laboratori privati accreditati, e quindi, ci si chiede perché non sono stati requisiti reagenti e/o laboratori per aumentare il volume di test quotidiani? Vi è un'altra stranezza: le regioni (più la Puglia), con un numero maggiore di nuovi casi e la percentuale più alta di tamponi diagnostici positivi, sono anche quelle che hanno fatto meno tamponi diagnostici. Una possibile spiegazione può essere che si sia cercato di tenere bassi i tamponi per non far aumentare i positivi e quindi non poter aprire dal 3 giugno.

Ma ciò significa anche non avere adeguatamente sotto controllo la curva del contagio e mandare in giro centinaia di positivi.

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

8. QUALI INTERVENTI E PROPOSTE PER IL FUTURO DEL NOSTRO SSN

Noi pensiamo insieme a tante cittadine e cittadini che il SSN debba essere rifondato su nuove basi e ricostruito. Non solo perché potrebbero essere possibili nuove epidemie, ancora di più, perché il diritto alla salute è paradigmatico nella costruzione di un processo di riaffermazione di tutti i diritti e per l'eliminazione delle disuguaglianze.

Che il SSN debba essere rifondato, ma in modo diverso da come noi lo concepiamo, lo vogliono anche Confindustria e la grande finanza giacché il definanziamento del SSN ha causato perdite enormi, di molto superiori a quanto si fosse speso se la Sanità fosse stata finanziata. Ma mentre noi chiediamo di ritornare ad un sistema fortemente pubblico, loro puntano all'estensione del privato non solo negli ospedali ma anche nel territorio. Ci opponiamo non per motivi ideologici ma perché non è possibile conciliare le esigenze di massimizzazione del profitto con l'esigenza della salute. La quale richiede, innanzitutto, che si prevenga la malattia, attraverso processi industriali, agricoli e di allevamento puliti, che non danneggino l'ambiente, la terra e il mondo animale.

Richiede inoltre che il trattamento della malattia sia attuato al suo insorgere, attraverso i servizi di prossimità e le cure primarie, ricostruendo il rapporto tra il medico e la persona, ricorrendo all'ospedale solo quando necessario e mantenendo un rapporto di continuità tra ospedale e territorio. Non possono di sicuro adattarsi a questa attitudine, i portatori di quegli interessi che nella prima fase hanno impedito la chiusura di almeno il 50% delle attività, determinando le tragedie in Val Seriana e nelle provincie di Bergamo e Brescia. Che poi hanno spinto alla riapertura delle fabbriche il 3 maggio e che per bocca del nuovo presidente di Confindustria, Carlo Bonomi, hanno 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 e che potrebbe essere esteso oltre giugno. Un concentramento di risorse sulla grande impresa a scapito dei piccoli e medi produttori e che è scandaloso se confrontato con i gli aiuti e i sostegni riservati ad altri operatori e alla maggioranza 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 ai quasi 40 sottratti negli ultimi anni.

La sanità non deve essere mai più un capitolo di spesa pubblica da saccheggiare 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 infinitamente maggiore di quanto sarebbe costato il mantenimento di un SSN in salute. La proposta si articola in due fasi.

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 che ci sia bisogno della terapia intensiva, e quella che viene *dopo* l'evento acuto, per riabilitare chi è dimesso dall'ospedale. Quindi va rimesso in piedi dove è stata smantellata, potenziata dove è debole, **la rete dei diversi servizi distrettuali**, perché bisogna intervenire nei luoghi in cui vivono le persone e prima che le condizioni di salute peggiorino in modo irreparabile. Com'è successo a moltissimi durante l'epidemia da Covid.

Non prevediamo in questa proposta la stabilizzazione dei letti di Terapia Intensiva, quasi duplicati nel costo dell'epidemia fino a raggiungere il numero che da anni richiedevano anestesisti e rianimatori, grazie all'intervento del Ministero della salute. Così come si da per scontato che sia aggiornato il **Piano pandemico nazionale** elaborato nel 2006. Questi sono i punti principali.

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

Questo non è stato fatto in modo sistematico né nel periodo dell'emergenza né in seguito. Per prevenire lo sviluppo di nuovi focolai incontrollati e per non trovarsi impreparati di fronte ad una seconda ondata dell'epidemia è necessario e urgente in tutte le regioni:

- a) **Predisporre il tracciamento "manuale" dei contagi**, cioè individuare tutti i contatti dei positivi
- c) **Rafforzare i servizi di Igiene Pubblica** assicurando in ogni regione almeno un centro per le indagini epidemiologiche;
- d) **Assicurare/assumere il personale necessario**: medici igienisti, assistenti sanitari, educatori, tecnici, eventualmente attingendo a specializzandi e studenti.

2. Garantire la salute e la protezione degli operatori sanitari

Va fatto l'approvvigionamento dei 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 casi o 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. Riorganizzare le cure primarie e la formazione dei medici di famiglia.

Esiste un Piano nazionale cronicità prodotto dal Ministero della sanità che da anni aspetta di essere attuato. Esso 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 della popolazione e per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Questo stesso piano potrebbe essere applicato alla prevenzione delle patologie infettive.

Perseguire il rinnovamento culturale delle cure primarie e della medicina di famiglia, per colmare le lacune esistenti ed emerse in questi mesi. Infatti, mentre altrove, la medicina di famiglia fin dalla seconda metà degli anni 70-80 del secolo scorso diventava una specializzazione accademica, in Italia si tratta di un surrogato di formazione in medicina generale, svolto al di fuori dell'università e gestito dai medici di medicina generale (MMG) a livello regionale. Ciò comporta che i medici che vogliono prepararsi alla professione di medico di famiglia non ricevono una formazione elevata e indirizzata alla ricerca, mentre le loro borse di studio sono la metà di quelle erogate agli specializzandi universitari. Purtroppo, di fronte all'inerzia dello Stato, proprio in questo frangente i massimi rappresentanti dei MMG si sono accordati con un'azienda farmaceutica per la "formazione dei medici del futuro"⁸.

⁸ Gavino Maciocco, Lettera aperta al Ministro della Salute, in Salute Internazionale, 27 aprile 2020.

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

Stabilizzare le assunzioni fatte con i recenti decreti e dare vita ad un piano di assunzioni che colmi il vuoto degli organici determinatosi in dieci 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. Nei confronti dei medici di famiglia, in particolare, si è praticata una politica vigliacca ed inerte (come qualcuno ha scritto), pur sapendo dei numerosi pensionamenti, a cui la politica non ha voluto rispondere reclutando energie nuove. E' infine indispensabile riprogrammare le borse di specializzazione.

6. Liberare e far uscire gli anziani dalle RSA dove ora sono rinchiusi

Le RSA non sono da potenziare e non devono diventare pubbliche, devono essere eliminate e riconvertite. La morte di migliaia di anziani nelle RSA, ci deve far pensare che sono oltre 300.000 gli anziani custoditi in tali strutture in uno stato di abbandono sia umano sia assistenziale.

Non ha alcun senso ospitare centinaia e centinaia di persone non autosufficienti, in ambienti che, per quanto accurati, non possono offrire una vita degna a persone, "non scarti", che hanno *solo* qualche difficoltà a vivere autonomamente.

Dobbiamo interrogarci non solo sull'organizzazione dell'assistenza nelle strutture in caso di una pandemia, ma prima di tutto sul **superamento delle strutture residenziali come soluzione ordinaria alla fragilità** delle persone.

Non è una questione di spesa pubblica: è ampiamente dimostrato che l'assistenza a domicilio costa meno e garantisce una qualità della vita molto migliore di quella nelle RSA. E' una questione di mercato, perché la maggior parte delle RSA sono in mano al privato e quindi rispondono ad una logica di profitto. Attorno alle RSA 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. Non è un caso, che proprio in questi giorni, Carlo De Benedetti abbia 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.

Riteniamo che una tale revisione potrebbe essere conseguita attraverso una **proposta di legge** intorno ad alcuni punti fondamentali dopo aver fermato il processo **dell'Autonomia differenziata**.

1. Bisogna fermare l'autonomia differenziata in sanità e rivedere la stessa regionalizzazione.

La **regionalizzazione** introdotta dal nuovo Titolo V si è dimostrata del tutto inadeguata a garantire un SSN equo, universale ed uniforme su tutto il territorio nazionale, ha prodotto gravi disuguaglianze in tutte le Regioni ed in particolare tra Nord e Sud, ha facilitato le privatizzazioni, ha depotenziato quando non smantellato i servizi per l'assistenza territoriale e la prevenzione. La pandemia da coronavirus rappresenta la dimostrazione viva che un servizio sanitario diviso e diverso per ciascuna Regione è esposto alla sconfitta. Quanto successo è un campanello d'allarme per tutte le altre materie, per le quali le Regioni hanno chiesto l'autonomia differenziata. Il nostro SSN è a pezzi, ora è necessario ricostituirlo sulla base dei principi fondamentali di seguito indicati.

Il Ministero della Salute va ricondotto al suo ruolo originario di programmazione nazionale, va **rinforzato l'Istituto Superiore di Sanità** ricostituendo un efficiente Servizio Epidemiologico e un Servizio per la Prevenzione, vanno fissati per tutto il territorio **livelli uniformi (non essenziali) di assistenza e criteri di gestione ed organizzazione**, infine vanno stabiliti i relativi finanziamenti recuperando tutti quelli sottratti. Sulla base dei principi, livelli e criteri definiti in modo omogeneo per tutti i territori, alle Regioni spetterà

l'articolazione dei servizi regionali, affiancate dai Comuni e dalle Comunità Territoriali, che bisogna ricostruire.

2. Ricondurre Il SSN ai suoi principi originali basati su universalità, equità e uguaglianza

Questi principi devono valere per tutti coloro che abitano la Repubblica, sostituendo 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 ambientali** dato che i determinanti biologici, ambientali e sociali di malattia sono strettamente intrecciati.

Va rivista 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 funzionanti. E' necessario programmare nel tempo una distribuzione uniforme 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 o nelle periferie metropolitane.

Vanno ricostituiti nei territori, laddove sono stati smantellati o ridimensionati, **i servizi di assistenza sanitaria, sociale e riabilitativa di base, i Servizi di Igiene Pubblica e Prevenzione e i Servizi del lavoro**, dotandoli delle figure professionali necessarie e della strumentazione idonea. Sono questi i servizi che devono in primo luogo rispondere ad una emergenza epidemica.

3. Rivedere la stessa ideologia che sta alla base della 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.

4. Contrastare e superare il privato.

Il privato oggi supera il pubblico, sia come numero di servizi/strutture che come spesa. Si deve cominciare dalla revisione dell'accreditamento di tutti gli ospedali privati convenzionati, vanno ricondotti al pubblico i servizi esternalizzati e vanno bloccati gli strumenti di privatizzazione occulta (fondi sanitari integrativi, welfare aziendale, accreditamento opportunistico delle strutture private, etc.) che hanno prodotto enormi guasti. Dal momento in cui è iniziata negli anni '90 la deforma del SSN il complesso delle strutture sanitarie private supera ormai il 50% dell'intero sistema sanitario.

5. Rimettere in campo la prevenzione collettiva

Va ricreata nei luoghi di vita, di lavoro, nelle scuole e nelle comunità. Prima ancora dei vaccini, dei farmaci, delle terapie bisogna rimettere in piedi i **Servizi di Igiene Pubblica e del Lavoro** per la ricerca attiva delle cause di malattie nell'ambiente di vita, di comunità, di lavoro e per la protezione dei lavoratori.

Va inoltre ricostituita una rete epidemiologica nazionale, vanno predisposti piani di prevenzione regolarmente aggiornati, vanno ricostituiti i servizi con 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.

6. 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 essendo le diverse malattie dell'era moderna, come le malattie croniche e

degenerative, legate all'inquinamento dell'ambiente di vita, di lavoro, del suolo e sottosuolo, dell'aria, dell'acqua e al deteriorarsi della natura in generale. Dopo l'istituzione del Ministero dell'ambiente e nonostante l'accresciuta consapevolezza dei gravissimi traumi arrecati all'ambiente e alla natura e quindi alla nostra stessa vita, non vi è mai stata collaborazione tra i due Ministeri della Salute e dell'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: anche per questo i Servizi di Prevenzione sono scomparsi.

7. 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** (attualmente 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 nel caso dell'Amazzonia, delle popolazioni che vi abitano, che producono forte inquinamento e forte aumento di virus e batteri che possono fare il salto di specie.

8. Rimettere in campo la partecipazione

La tragedia del coronavirus ha svelato la mancanza di una vera preparazione scientifica e la perdita della cultura di sanità pubblica attraverso la superficialità con cui media e presunti scienziati hanno trattato gli argomenti attinenti l'epidemia, ma anche la carenza di una conoscenza diffusa rispetto alla 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.**

CONCLUSIONI

Non ci nascondiamo le difficoltà di un programma di questo tipo, poiché le condizioni attuali sono ben diverse da quelle di mezzo secolo fa, quando, sebbene fossimo ormai alla fine dei trenta gloriosi, ci trovavamo ancora sulla 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 porteranno all'aziendalizzazione di Ospedali e Unità sanitarie locali.

C'è inoltre una crisi economica gravissima, che non ha ancora dispiegato tutti i suoi effetti negativi, mentre i finanziamenti che arriveranno dall'Europa, non saranno tutti quelli che ci vogliono far credere e comunque saranno subordinati a precise 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 dalla 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.

Temiamo che questi argomenti non saranno sufficienti a sbloccare gli investimenti necessari per il SSN. Eppure, basterebbe convertire una piccola parte della spesa militare italiana che supera ormai i 26 miliardi di euro su base annua, equivalenti a una media di **72 milioni di euro al giorno**. Questa spesa, in base agli impegni presi nella Nato, dovrà continuare a crescere fino a raggiungere una media di circa **100 milioni di euro al giorno**.

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

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