

A S S O C I A Z I O N E **32**

# Salute

diritto fondamentale

OTTOBRE 2021

**DOCUMENTO  
APPROVATO DAL  
CONSIGLIO DIRETTIVO**

## Documento approvato dal Consiglio Direttivo

Ottobre 2021

### Uno sguardo d'insieme\*

Il Servizio sanitario nazionale è arrivato impreparato all'appuntamento con il COVID-19, penalizzato da anni di de-finanziamento, tagli dei posti letto (non bilanciati da un adeguato potenziamento della sanità territoriale e delle cure intermedie), riduzione del personale, e politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi territoriali e di prevenzione ([Scheda 1, Paragrafo 1](#)).

Il lento e continuo indebolimento della sanità pubblica è stato al centro del nostro documento fondativo ("Mobilitiamoci"), presentato a Roma l'11 Luglio del 2019. La capacità del Servizio sanitario nazionale di rispondere ai bisogni delle persone è stata progressivamente intaccata, in particolare nell'ultimo decennio, in misura tale da mettere in discussione quel diritto fondamentale alla salute sancito dalla Costituzione.

Di fronte alla pandemia, la nostra sanità pubblica ha mostrato due facce: le sue debolezze e fragilità ma, nel contempo, la professionalità e dedizione dei suoi operatori, la capacità di mobilitazione delle strutture sanitarie, la rilevanza di un diritto alla salute (e pertanto alle prestazioni) per tutte le persone presenti sul territorio nazionale. Si è così evidenziato un generale sentimento di adesione a questo bene comune. Nel contempo, si è sviluppato un generale consenso politico sulla necessità di rafforzare il servizio sanitario nazionale e di superare le forti diseguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso e nella qualità dei servizi, amplificate da questa pandemia. ([Scheda 1, Paragrafo 2](#))

La consapevolezza che questo fenomeno infettivo non rappresenta una evenienza irripetibile ma un cambiamento epocale del quadro epidemiologico, dopo molteplici "campanelli di allarme" che avevamo ignorato, pone come prioritario – per la salute, l'economia, e la stessa sicurezza del nostro Paese – un cambio di passo nell'abito della sanità pubblica e della ricerca biomedica. Si tratta di una "occasione" da non perdere per ridisegnare il ruolo dello Stato e dei sistemi di *welfare* per i prossimi decenni, in considerazione della disponibilità delle risorse finanziarie del PNRR e del consenso della popolazione, che avverte il problema salute come la

---

\* Per ciascun paragrafo è stata predisposta una Scheda, richiamata nel testo, che offre alcuni dati (tabelle e grafici commentati, fonti bibliografiche) sui diversi argomenti trattati. Le Schede saranno soggette ad aggiornamenti.

crescente e maggiore inquietudine di questi anni.

Ma invece, passata la fase acuta della pandemia, la sanità, che è stata, per molti anni, il portafoglio delle politiche di austerità, è ben presto tornata a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese.

La conferma che non fosse in vista alcun rafforzamento del SSN è arrivata già lo scorso aprile, quando il Governo ha reso note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica, pienamente confermate nella Nota di Aggiornamento del 29 settembre, nella quale è inserita perfino la previsione di un DDL per l'attuazione della autonomia differenziata! Questa pandemia ha invece messo in evidenza la necessità di una più solida cornice unitaria dei servizi sanitari regionali e di un potenziamento della capacità – politica e tecnica – di indirizzo programmatico nazionale; è pertanto indispensabile espellere il tema Sanità dalla eventuale attuazione dell'autonomia regionale differenziata.

Se dal 2017 al 2020 la percentuale di spesa sanitaria pubblica era rimasta ferma al 6,6% del PIL (tra le più basse in Europa), impennandosi al 7,3% nel 2021 a causa delle spese COVID, la spesa tendenziale per gli anni successivi è decisamente al ribasso: 6,7% nel 2022; 6,3% nel 2023, e addirittura 6,1% nel 2024 ([Scheda 1, Paragrafo 3](#)). Un pessimo segnale che, se non contrastato da nuove iniezioni di risorse professionali e finanziarie, indica il ritorno allo scenario che, a partire dal 2011, ha penalizzato il SSN, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa, e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di fondi aziendali e assicurazioni con prestazioni sostitutive dell'offerta pubblica.

La lezione della pandemia non è servita.

Diversi indizi stanno anzi a indicare che è sempre più attuale il disegno di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato.

### **Primo indizio: il personale del SSN al palo**

Mentre si registra un grande attivismo per garantire ai soggetti privati l'accesso ai finanziamenti europei, nessuna buona notizia arriva dal fronte del personale del SSN, che nell'ultimo decennio ha subito una drastica riduzione.

Sanità e assistenza sono il prototipo di un servizio alla persona, un'attività di "cura" che comporta una presa in carico, una relazione interpersonale in cui le capacità tecnico-professionali e gli elementi relazionali si unificano con effetto sinergico. Gli operatori – il "capitale umano" – sono l'elemento fondamentale per la qualità e capacità di risposta del

Servizio. Anche per tale ragione bisogna riporre al centro dell'azione politica il valore del lavoro di cura e investire prioritariamente su questo.

Il quadro che offrono i dati che ci pervengono dai sindacati – in particolare dalla Funzione pubblica della CGIL, dall'ANAO, e da altri sindacati di categoria – suscita invece grande preoccupazione. In questi anni si è assistito a una riduzione notevole del personale del SSN e al trasferimento di molteplici attività al privato, alle cooperative, al precariato, con una forte riduzione delle Spese per il personale e un incremento della voce Beni e servizi. A fronte dell'emergenza Covid, tale tendenza si è parzialmente invertita, senza tuttavia recuperare i tagli dell'ultimo decennio. Inoltre, le assunzioni sono state effettuate, in grande prevalenza, con contratti temporanei. ([Scheda 2, Paragrafo 1](#))

La Funzione pubblica della CGIL ha calcolato un fabbisogno di 112.000 unità di personale: 76.000 infermieri, 11.000 medici, 25.000 altri professionisti. Nel frattempo continua la fuga all'estero del nostro personale sanitario. Nell'ultimo decennio sono 10mila i medici italiani migrati all'estero, che arrivano a rappresentare il 50% dei medici stranieri presenti in Europa. Manca inoltre, da parte del Ministero, un quadro complessivo che delinei i possibili scenari per il prossimo decennio, in base ad alcune variabili: pensionamenti, immigrazione ed emigrazione di forza lavoro qualificata in ambito sanitario, cessazioni volontarie, necessità di personale in base a nuovi investimenti (PNRR), e interventi normativi (incremento letti di terapia intensiva, assistenza domiciliare, case di comunità, ospedali di comunità ecc.).

Per affrontare questo fondamentale problema è necessario intervenire su più fronti: rimozione dei limiti alla spesa per il personale dipendente, assunzioni di personale, incentivazione delle professioni sanitarie, formazione del personale ([Scheda 2, Paragrafo 2](#)).

#### 1. Assunzioni del personale:

- ✓ rivedere la normativa sui limiti della spesa per il personale dipendente, ampliando i criteri previsti per il triennio 2019-2021 (in scadenza), superando definitivamente il riferimento alla spesa per personale del 2004 e ampliando la flessibilità di assunzioni da parte del SSN; solo così si eviteranno gravi carenze di personale, soprattutto in relazione ai nuovi investimenti previsti del PNRR;
- ✓ incentivare la riduzione strutturale della spesa per servizi sanitari esternalizzati in particolare durante la pandemia;
- ✓ rimuovere i limiti della legge "Madia" per la stabilizzazione dei precari;
- ✓ mettere in atto una risposta urgente all'attuale carenza, contrattualizzando gli specializzandi dell'ultimo biennio del corso e la loro assunzione nella rete ospedaliera.

## 2. Incentivazione delle professioni sanitarie:

- ✓ aprire un confronto con le organizzazioni sindacali per una rivalutazione delle professioni sanitarie (anche in termini economici) per ridurre le differenze salariali rispetto ad altri Paesi europei.
- ✓ individuare forme premianti per specifici settori di attività (ad esempio terapie intensive; pronto soccorso ecc.)
- ✓ attivare forme virtuose di welfare a favore del personale della sanità pubblica (asili nido, contributo trasporto pubblico, residenze o contributi affitto) particolarmente utili in alcune realtà urbane e per il personale infermieristico.

## 3. Formazione:

- ✓ il fabbisogno formativo (lauree e specializzazioni) deve essere individuato dal Ministero della Salute – di concerto con le Regioni – sulla base dei bisogni della popolazione, e deve trovare adeguata risposta nell'offerta delle Università.
- ✓ la formazione post-laurea deve essere effettuata utilizzando una rete di ospedali di insegnamento.
- ✓ la formazione dei medici di medicina generale deve essere effettuata dall'Università, utilizzando a tal fine una rete di Distretti di insegnamento in cui devono operare i MMG.

Al momento attuale, dati i limiti previsti nella spesa corrente e la mancata rimozione dei vincoli che limitano le assunzioni stabili, non vi è alcun segnale di inversione di tendenza. Infine, pur riconoscendo che si è avuto quest'anno un incremento delle borse di studio post-laurea, non è stato messo in atto uno stabile e adeguato rapporto fra i diversi Ministeri al fine di rivedere l'impegno delle Università ad adeguare la offerta formativa alle esigenze della popolazione.

### **Secondo indizio: la lentezza nella ripresa dell'attività ordinaria**

Durante la pandemia, gran parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con ricadute negative sulla salute delle persone. La riduzione delle attività ha riguardato quasi tutti i settori: accessi al pronto soccorso, ricoveri programmati, diagnostica, attività ambulatoriale, screening ([Scheda 3](#)). Tale fenomeno, a cui ha concorso indubbiamente anche il timore delle persone a frequentare, in particolare durante la prima ondata epidemica, le strutture sanitarie, ha contribuito a un incremento della mortalità generale oltre che a quella attribuibile al Covid, tale che il numero di decessi nel 2020 è stato il più alto dalla fine dell'ultima guerra!

La ripresa delle attività ordinarie fatica ora a vedersi, e i pazienti si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche, per lo più in ristrutturazione e riorganizzazione e ancora impegnate nell'attività vaccinale su fasce di popolazione e nella somministrazione della terza dose a persone fragili, anziani, personale particolarmente esposto. Si ricorre quindi al privato, che, contrariamente alle strutture pubbliche, ha partecipato solo marginalmente alle attività emergenziali e non ha dunque bisogno di grandi riorganizzazioni. Il rischio è che i 500 milioni messi a disposizione per smaltire le liste di attesa siano destinati tutti al privato, anziché a rinforzare la ripresa delle attività nel SSN, indebolendo ulteriormente l'offerta pubblica e aumentando il potere di mercato di molti soggetti privati. Così anche i fondi del PNRR per l'assistenza domiciliare integrata rischiano di essere destinati a erogatori privati anziché a rafforzare la presa in carico globale e integrata da parte dei servizi pubblici.

### **Terzo indizio: concorrenza sleale**

Nel marzo del 2021, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato rivolgendosi al Presidente del Consiglio dei Ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale ha sollecitato: "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante". Vi è anche l'invito a eliminare "... il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari" ([Scheda 4](#)). Questa indicazione si basa su vari elementi:

- ✓ idealizza la concorrenza come strumento *sempre* in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola come "divinità pervasiva" che deve regnare su ogni aspetto della vita (oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...);
- ✓ ignora l'ampia letteratura scientifica che evidenzia come nel settore sanitario i malfunzionamenti dei mercati non solo non permettono di raggiungere il massimo livello di *efficienza* ma producono effetti che vanno a danno delle persone economicamente e culturalmente meno dotate;
- ✓ elimina ogni possibilità programmatica da parte della Regione, rendendo inutilizzabile (per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda) la verifica del fabbisogno di servizi sanitari.

Ci auguriamo che il Governo respinga – come accaduto in passato – una raccomandazione pericolosa che assimila gli ospedali e le Aziende USL alle imprese. Non potrebbe che essere

sleale una concorrenza creatasi per effetto di norme che, da una parte, aprono i rubinetti a favore dei privati e, dall'altra, legano le gambe al pubblico (impedendogli di assumere il personale e vincolandolo all'erogazione di molteplici attività non svolte dal privato: centri ustioni, pronto soccorso, terapie intensive, elisoccorso, reparti malattie infettive...)

#### **Quarto indizio: il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale**

La lezione della pandemia avrebbe dovuto produrre profonde correzioni al modello di sistema sanitario lombardo (dimostratosi fallimentare nella lotta al Covid) che aveva cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici, affidando l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e aveva instaurato in campo ospedaliero una concorrenza tra settore pubblico e settore privato, fortemente squilibrata a favore del secondo. Tale modello era il frutto di riforme avviate fin dal 1995 dalla presidenza Formigoni e proseguite con la riforma Maroni del 2015. Tale riforma aveva carattere sperimentale ed era soggetta, dopo 5 anni, alla valutazione da parte del Ministero della salute, che ha deciso di delegare tale funzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con una stringata lettera del 30 luglio scorso, Agenas dà il suo OK preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate minime, cosmetiche correzioni.

Pochi giorni dopo, con l'Intesa Stato-Regioni vengono stabiliti i criteri di autorizzazione e accreditamento degli erogatori privati e pubblici di servizi di assistenza domiciliare, un settore a cui il PNRR destina, nella Missione 6 – Salute, un finanziamento di 4 miliardi ([Scheda 5](#)). Questo strumento può risultare utile se rientra in una cornice pubblica che prevede che il paziente con bisogni di assistenza domiciliare si rivolga al Distretto di appartenenza, che si assume la piena responsabilità della sua presa in carico e la soddisfa con le risorse sanitarie e sociali a disposizione, e che potrà anche ricorrere alle prestazioni di un erogatore privato, autorizzato e accreditato, che il Distretto coordinerà integrandolo con gli altri servizi.

Se, invece, il meccanismo di autorizzazione e accreditamento avviene in assenza di una cornice pubblica che si fa globalmente carico dei bisogni degli assistiti all'interno di una filiera di servizi sanitari e sociali – a partire dalle Case della comunità – si riproduce inevitabilmente la frammentaria (e inaccettabile) situazione lombarda, basata sulla presenza di una molteplicità di agenzie private in competizione fra loro nell'erogazione di prestazioni domiciliari ai pazienti bisognosi.

La Casa della comunità deve rappresentare un tassello fondamentale del Servizio sanitario nazionale, il luogo di integrazione fra sanitario e sociale, accentrato di servizi e nel contempo regia delle attività decentrate; il punto di ingresso alle prestazioni del SSN e alla

valutazione multi professionale. Il Blocco di assunzione del personale – se non definitivamente rimosso – e il contestuale accreditamento di servizi non inseriti nelle competenze del Distretto trasformerebbero una buona idea in una pessima realizzazione, affidando l'accesso ai servizi e l'attività prescrittiva al privato.

### **Un impegno per i prossimi mesi**

In questi ultimi mesi dell'anno vi sono fondamentali scadenze: il Decreto ministeriale per l'identificazione del modello organizzativo della rete territoriale; la legge di bilancio 2022; la legge sulle concorrenze. È pertanto indispensabile correggere rapidamente questi indizi, che delineano una china scivolosa verso una diffusa privatizzazione, messa in atto consapevolmente da alcuni e percorsa – inconsapevolmente – da altri.

La nostra Associazione, con il presente documento e con una serie di iniziative che saranno avviate su diverse problematiche, intende contribuire ad intraprendere la strada giusta del rafforzamento del SSN, consapevole, come ha correttamente affermato la Pan-European Commission on Health and Sustainable Development che *«...la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, **soprattutto nei sistemi sanitari pubblici**, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo»*.





## **Per contattarci:**

[salutedirittofondamentale.it](http://salutedirittofondamentale.it)

[salutedirittofondamentale@gmail.com](mailto:salutedirittofondamentale@gmail.com)

[Facebook](#)