

di Nicoletta Pirotta – Nei difficili giorni segnati dalla pandemia, da più parti si è sottolineata l'importanza della sanità pubblica. Giustissimamente.

Una sanità pubblica che le politiche neo-liberiste hanno vilipeso e mortificato ma che, grazie alla responsabilità e all'abnegazione di tutto il personale chi ci lavora, ha saputo affrontare, nonostante tutto, la tragica diffusione del contagio.

Avendo seguito l'evolversi delle politiche sanitarie, per due legislature consecutive negli anni in cui ho ricoperto un ruolo politico (non istituzionale) nel gruppo Consigliare del PRC della Regione Lombardia, mi permetto di scrivere alcune note sulla sanità, in particolare sul sistema sanitario lombardo, ripercorrendo, sinteticamente e senza la pretesa di completezza, le tappe che dall'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale hanno portato alla sanità regionalizzata dei nostri giorni.

Credo sia utile specificare che mi occuperò esclusivamente del sistema sanitario. Non parlerò dunque di RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), oggi nell'occhio del ciclone per l'altissimo numero di decessi, che afferiscono al socio-sanitario, sistema per il quale sarebbe necessaria una riflessione specifica.

Un poco di storia

Nel 1978 con la legge 833 ("Istituzione del servizio sanitario nazionale") si istituisce il Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Questa riforma sanitaria si basava su 3 cardini: prevenzione, cura e riabilitazione. Il funzionamento delle strutture che vengono istituite (Unità Sanitaria Locale – USL), ospedali, cliniche universitarie, istituti di ricerca ecc.) si ispirava ai principi di universalità, eguaglianza, investimenti pubblici e partecipazione delle e dei cittadini.

Questa legge insieme ad altre in materia di sanità – penso alla legge 194/78 sull'aborto, alla 180/78 (Legge Basaglia) sulla psichiatria, alla 405/75 sui consultori pubblici – furono il frutto di una stagione di lotte del movimento operaio e di quello delle donne. Movimenti che seppero agire anche sul piano culturale, promuovendo la nascita di un forte movimento popolare che sottrasse i temi della salute all'ambito specialistico della medicina facendoli diventare uno strumento collettivo per discutere di prevenzione, benessere, sicurezza, e quindi di democrazia, in ogni ambito e ambiente di vita.

Purtroppo quasi subito iniziò, seppur gradualmente, lo svuotamento del SSN. La legge 833/78 non venne mai applicata nella sua interezza, anzi venne osteggiata immediatamente. Ne è prova il fatto che tre mesi dopo il varo della riforma vennero introdotti i ticket sulle prestazioni sanitarie.

Nel 1992 il decreto 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria”* a firma del ministro De Lorenzo da cui prese il nome, costituì nei fatti una vera e propria controriforma che dava voce al clima politico dell'epoca, nel quale prendevano corpo le voglie rapaci di “privatizzazione”. Con il decreto si introducevano pesanti tagli all'assistenza sanitaria, basandosi sul concetto che lo Stato, non potendo garantire tutto a tutti, avrebbe dovuto limitarsi ad erogare uno standard minimo di prestazioni, lasciando alle Regioni, il compito di ridefinire le risorse attraverso una maggiore autonomia impositiva (ticket, aumento della tassazione sanitaria ecc.). In questo modo, dal punto di vista sia normativo sia economico il decreto esautorava l'ente che era stato il cardine della 833, cioè il Comune.

Come “naturale” conseguenza le USL da strutture operative dei Comuni si trasformano in Aziende cui è attribuita autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Il trasferimento di denaro dallo Stato alle ASL avverrà, da allora in poi, sulla base di parametri non più determinati dai bisogni dei cittadini, ma dalle risorse disponibili così come le remunerazioni delle prestazioni sanitarie si fonderanno sui DRG (*Diagnosis-related group*, cioè raggruppamenti omogenei di diagnosi, strumento attinto dalla sanità anglosassone) e saranno a tariffa, in base cioè alle prestazioni erogate e non più al numero di persone prese in carico. Più alte sono le prestazioni più alte sono le remunerazioni.

Il decreto 502 prevede inoltre lo strumento dell'accreditamento, attraverso il quale le strutture pubbliche e private per poter ricevere finanziamenti devono dichiarare di essere in possesso dei requisiti minimi previsti dall'atto di indirizzo. In altri termini, con l'accreditamento le strutture pubbliche si trovano a dover concorrere con quelle private.

Con il decreto 502 quindi s'introduce nella sanità pubblica la legge di mercato e quindi del profitto con conseguenze molto gravi. Gli ospedali si trasformano in Aziende dotate di autonomia amministrativa con l'obbligo di chiusura del bilancio in pareggio, lo Stato non ripiana più il disavanzo delle regioni, con un'inevitabile diminuzione quantitativa e qualitativa delle prestazioni, le USL si trasformano in ASL ed inizia la costituzione di fondi integrativi per fornire prestazioni aggiuntive a quelle assicurate dal SSN.

Per poter competere “sul mercato” diventa inevitabile per le Aziende ospedaliere pubbliche cercare di dotarsi di reparti ad alta specializzazione, non necessariamente legate ai bisogni del territorio, in modo da ricevere, in base ai DRG, risorse consistenti. A tutto danno della prevenzione e della medicina di base.

Il processo di privatizzazione della sanità verrà completato con la cosiddetta “Riforma sanitaria ter” ovvero il decreto legislativo 229 del 1999, conosciuto come “legge Bindi”.

Ad onor del vero la legge ha in sé anche qualche aspetto positivo, in particolare quello di

aver riconosciuto che i Livelli Essenziali d'Assistenza vadano definiti dal Piano Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi della dignità della persona, della qualità delle cure, della loro appropriatezza nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Purtroppo però anche questa legge porta avanti il processo di aziendalizzazione e privatizzazione della sanità: le Aziende sanitarie saranno disciplinate dal diritto privato, soggette al vincolo di bilancio e governate da un direttore generale, affiancato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo, con poteri mai visti prima nel settore pubblico.

In questo contesto, la crisi economica e le politiche neo-liberiste fondate sulla logica del debito determinano un'ulteriore riduzione dei finanziamenti alla sanità pubblica (per fare solo un esempio dal 2012 al 2015 sono stati tagliati circa 25 mld di €). Riduzione che determina il blocco del turn over di personale, la riduzione dei posti-letto (da circa 311 mila nel 1998 ai circa 191 mila del 2017, ultimo dato disponibile, si veda l'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, pubblicato nel 2019 con dati riferiti al 2017) la trasformazione dei ricoveri verso il regime ambulatoriale, lo spostamento di servizi verso le strutture private.

Possiamo quindi dire che all'arrivo della pandemia il sistema sanitario pubblico, nel nostro Paese, stava in un equilibrio molto precario che metteva a rischio la tenuta dei principi fondamentali di universalità, uguaglianza, solidarietà e democrazia.

L'"eccellenza" (?) lombarda

Nel marzo del 1997 la legge Bassanini ("Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa") ridefinì le competenze fra Stato/Regioni/Comuni ed affidò alle Regioni quella sulla programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociali. Un altro duro colpo al sistema sanitario pubblico nazionale.

Subito dopo i decreti Bassanini, precisamente nel luglio del 1997 la Regione Lombardia promulgò la (famigerata) legge n. 31 sulle "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali", nota come Legge Formigoni, l'allora presidente regionale di centro-destra ed esponente di spicco della Compagnia delle Opere. Legge che purtroppo fece scuola e divenne punto di riferimento per altre Regioni.

Definisco famigerata la Legge Formigoni perché si fonda su due principi che hanno, nei fatti, ideologicamente modificato lo spirito dell'articolo 32 della nostra Costituzione. Il principio cardine della legge recita che "chiunque svolga una funzione pubblica è da considerare tout-court servizio pubblico" e come tale finanziabile dalla fiscalità generale.

Il principio conseguente diventa quello della “libera scelta” della e del cittadino per consentire la quale andava superata, in sanità e non solo, la distinzione fra pubblico e privato.

Grazie a questi due principi in Lombardia abbiamo assistito non tanto alla privatizzazione dei servizi pubblici quanto alla pubblicizzazione di quelli privati che hanno potuto fruire di ingenti risorse a scapito delle strutture pubbliche anche quando non garantivano tutti i diritti in materia sanitaria, penso in particolare alla legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza la cui esigibilità nella regione Lombardia è messa sempre più a rischio.

Dunque, dopo l'aziendalizzazione, la regionalizzazione contribuì a penalizzare e mortificare ulteriormente il sistema sanitario pubblico.

Ma il modello lombardo non si è fermato lì. In un quadro generale già fosco ha introdotto ulteriori elementi nefasti. Ha previsto la separazione fra acquirenti ed erogatori di prestazioni, trasformando le ASL in soggetti acquirenti e pagatori e le Aziende ospedaliere in esclusivi soggetti di erogazione e quindi cuore pulsante del sistema sanitario. Mettere l'ospedale al centro del sistema ha significato mortificare i servizi territoriali e ridurre al lumicino le politiche di prevenzione, già scarsamente finanziate, con il risultato che “fra domanda e offerta è stato il livello dell'offerta ad influenzare la domanda stessa”. Cioè, detto in parole povere, il sistema sanitario lombardo tende a “produrre” malattia più che salute!

Anche all'interno delle Aziende ospedaliere pubbliche abbiamo assistito a scelte orientate alla logica di mercato più che ai bisogni sanitari della popolazione. Scelte che hanno prodotto una forte riduzione di posti letto fra i quali anche quelli di terapia intensiva che risultano pertanto sottodimensionati rispetto ai bisogni (circa 900 posti letto in totale, cioè 8,5 su 100 mila abitanti contro i 10 dell'Emilia e del Veneto), come ci siamo drammaticamente accorti in queste tragiche giornate.

L'equiparazione fra strutture sanitarie private e pubbliche ha costretto le Aziende ospedaliere pubbliche a competere sul mercato con i privati, in una corsa sempre più sfrenata a produrre prestazioni remunerative. A tutto discapito delle prestazioni meno valorizzate che solo il pubblico è obbligato a fornire. Il risultato è sotto gli occhi di tutti: il deficit regionale è salito alle stelle, le liste di attesa per alcuni interventi, quelli scarsamente remunerativi, si sono allungate parossisticamente, mentre proliferano case di cure e medical-center, assolutamente privi di controllo sia per quanto riguarda il numero che la qualità delle cure erogate.

Dopo l'era formigoniana i presidenti che si sono succeduti (Maroni ed ora Fontana entrambi in quota alla Lega) non hanno modificato nel fondo gli assunti della legge 23 del 1997. Infatti, sia la legge regionale 33 del 2009 (“Testo unico delle leggi regionali in materia di

sanità”) che la legge regionale 6 del 2017 (“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”) non modificano nella sostanza i fondamenti del sistema, il cui centro rimane il mercato della sanità. Un mercato che ha bisogno di un “vettore” (la persona) per poter iniettare nel sistema denaro pubblico messo a disposizione di tutte le strutture accreditate, sia pubbliche sia private.

Non paghi di tutto ciò, prima dell'emergenza covid-19, si auspicava la trasformazione delle Aziende pubbliche in fondazioni con la partecipazione di soggetti pubblici e privati, così come erano sempre sempre più frequenti le prese di posizione per richiedere l'inserimento di forme assicurative o mutualistiche integrative. Per fortuna nulla di tutto ciò è avvenuto, almeno finora, perchè se così fosse stato oggi ci troveremmo in una situazione disperata.

Il sistema di potere costruito sulla sanità

I partiti di centro-destra che governano la Lombardia da oltre un ventennio hanno costruito sulla sanità un vero e proprio potere. Nei 15 anni della sua presidenza Formigoni, ora condannato in via definitiva per corruzione in relazione al crac delle fondazioni Maugeri e San Raffaele, ha costruito un potere fondato sul controllo della sanità e del territorio attraverso una collaudata rete clientelare grazie alla quale le liste di attesa per esami, visite specialistiche, interventi chirurgici potevano essere superate attraverso medici o amministratori compiacenti mentre operatori della sanità vicini all'appartenenza associativa del governatore si sono visti spianata la possibilità di carriera.

Dopo l'era formigoniana, i presidenti Maroni ed ora Fontana hanno mantenuto, quando non rafforzato *pro domo* loro, questo sistema di potere. Per avere un'idea di quanto quest'ultimo sia consolidato basta osservare la tabella, pubblicata da alcuni quotidiani, che fotografa l'appartenenza politica dei vertici della sanità regionale.



Per impedire che si possa ritornare alla “normalità”, quando e se la pandemia potrà essere governata, credo siano importanti le richieste di commissariamento della Giunta regionale lombarda così le denunce e le indagini volte a stabilire errori e responsabilità del tragico disastro avvenuto in Lombardia, epicentro nazionale del contagio. Non credo però che tutto ciò possa bastare. Se vogliamo davvero ridare vita ad un sistema sanitario pubblico e nazionale, basato sulla fiscalità generale, serve la partecipazione attiva e la mobilitazione di cittadine e cittadini, di lavoratrici e di lavoratori del settore, di ricercatrici e ricercatori, di movimenti, associazioni, volontariato solidale, forze sindacali e politiche disposte a rotture con il passato.

Se, come ci ha dimostrato il virus, la salute di tutt* dipende dalla salute di ciascun* perché viviamo in una relazione di interdipendenza, lottare insieme per un sistema sanitario pubblico diventa imprescindibile.

Riferimenti bibliografici

La Regione Lombardia: un esempio di sanità privatizzata

La “riforma” del Servizio Sanitario lombardo e La sanità in Lombardia: più mercato meno diritti, di Antonio Muscolino (Medicina Democratica)

Coronavirus, perché tanti morti in Lombardia? Le 6 domande inevitabili, di Milena Gabanelli e Simona Ravizza (Corriere online del 15/4/2020)