

Gavino Maciocco

È in atto - aggravato dalla pandemia - un processo di privatizzazione, e insieme di impoverimento, del SSN. Un processo silenzioso e per questo ancora più insidioso perché sottratto al pubblico dibattito, nel disinteresse (apparente) della politica e nel silenzio assordante del Ministro della salute.

“Il Servizio sanitario nazionale è arrivato impreparato all’appuntamento con Covid-19, penalizzato da anni di de-finanziamento, di tagli dei posti letto e del personale e da politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi territoriali e di prevenzione. Ha mostrato le sue debolezze e fragilità.

Rapidamente si è sviluppato un generale consenso politico sulla necessità di rafforzare il servizio sanitario nazionale. Ma passata la fase acuta della pandemia, la sanità 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. Se dal 2017 al 2020 questa percentuale 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 tendenza programmata negli anni successivi mira decisamente al ribasso: 6,7% nel 2022; 6,6% nel 2023 e addirittura 6,3% nel 2024.

Un pessimo segnale che 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 assicurazioni integrative aziendali. 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.”

Così si apre il documento “Quattro indizi sul rischio privatizzazione SSN” presentato lo scorso 15 settembre a Roma dall’Associazione Salute Diritto Fondamentale presso la Fondazione Lelio e Lisli Basso con la presenza di Rosy Bindi, Nerina Dirindin e Marco Geddes (vedi [Quattro indizi sul rischio di privatizzazione del SSN](#)).

Se per Agatha Christie “tre indizi fanno una prova”, con quattro la prova è ancora più robusta e solida. È davvero in atto un processo di privatizzazione, e insieme di impoverimento, del SSN. Un processo che parte da lontano. Un processo silenzioso e per questo ancora più insidioso perché sottratto al pubblico dibattito, nel disinteresse

(apparente) della politica e nel silenzio assordante di Roberto Speranza, il quale dovrebbe dismettere l'immaginario ruolo di *Ministro delle Vaccinazioni* per dedicarsi alla soluzione degli annosi e irrisolti problemi del nostro malandato SSN, per di più aggravati dalla pandemia. Anche perché due dei quattro indizi lo chiamano direttamente in causa.

Il primo indizio riguarda il personale. Nell'ultimo decennio c'è stata una perdita 45mila unità personale tra medici e infermieri, con una diminuzione del 6,4% rispetto al 2009. Al blocco delle assunzioni ha contribuito in modo determinante una norma introdotta con la legge Finanziaria del 2011 che prevedeva che il livello massimo di spesa per il personale doveva parametrarsi a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento. Una prolungata camicia di forza che ha ridotto sensibilmente la capacità di risposta della sanità pubblica e favorito la crescente espansione di quella privata, soprattutto nel campo delle attività diagnostiche e specialistiche e della chirurgia di elezione. Nel corso della pandemia quella camicia di forza è stata momentaneamente sfilata: sono state fatte numerose assunzioni di personale, ma quasi tutte a tempo determinato. **Diminuita di molto la pressione Covid sugli ospedali, le Regioni tornano a indossare la camicia di forza perché la norma del tetto del 2004 è tutt'ora vigente** (l'emergenza pandemica poteva essere l'occasione per cancellarla, ma così non è stato). Durante la pandemia molte attività sono state chiuse o ridotte e ora fanno fatica a ripartire per la cronica mancanza di personale. "E i pazienti - si legge nel documento di Salute Diritto Fondamentale - si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche, per lo più in ristrutturazione e riorganizzazione. Si ricorre quindi al privato che al contrario, avendo partecipato solo marginalmente alle attività emergenziali, non ha bisogno di grandi ricostruzioni. 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".

Roberto Speranza che non ha rimosso quella dannata norma nei due anni di permanenza al Ministero della salute, ha ora il dovere di farlo, in vista della prossima legge di bilancio. Perché è chiaro a tutti che è sulla tenuta del capitale umano che si gioca la stessa sopravvivenza del SSN.

L'altro indizio riguarda l'approvazione del modello lombardo di sanità. "La lezione della pandemia - si legge ancora nel citato documento - avrebbe dovuto produrre profonde correzioni a un modello di sistema sanitario (dimostratosi fallimentare nella lotta a Covid) che aveva cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici, affidando l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e 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 e 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 da il suo OK preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate minime, cosmetiche correzioni”.**

Aggiungiamo che è veramente singolare che un organo di governo assegni una decisione di così alta valenza politica a un'agenzia tecnica.

Pochi giorni dopo l'OK di Agenas al modello lombardo, il 4 agosto, viene firmata l'Intesa Stato-Regioni sui criteri di autorizzazione e accreditamento degli erogatori privati e pubblici di servizi di assistenza domiciliare in vista dell'investimento di 4 miliardi di euro previsti dal PNRR (vedi [PNRR: quale idea di sanità territoriale](#)). Criteri molto simili a quelli adottati dalla Regione Lombardia che paga le prestazioni domiciliari fornite da privati accreditati (“pattanti”) in competizione tra loro nell'accaparrarsi i clienti bisognosi che, con in mano un “voucher”, scelgono il privato a cui rivolgersi. La coincidenza temporale dell'approvazione del modello lombardo e dell'Intesa Stato-Regioni per adottare criteri di accreditamento dell'assistenza domiciliare in uso in Lombardia è stata considerata da molti una sorta di *Lombardizzazione del SSN*. Fulvio Lonati, medico di sanità pubblica di Brescia, in post pubblicato lo scorso primo settembre, [lombardizzare il SSN](#), fa notare che **nelle 18 pagine dell'Intesa non compare mai la parola “Casa della comunità”** che dovrebbe rappresentare il normale riferimento di tutte le attività di cure primarie, comprese le cure domiciliari. Infatti nel testo della Missione 6 del PNRR si legge “La Casa della comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare *tutti* i servizi offerti, in particolare ai malati cronici”. **Invece, i criteri di accreditamento contenuti nell'Intesa non prevedono in alcun modo che le cure domiciliari si innestino nelle Case della comunità** (e neppure con i servizi sociali comunali). Le attività che si svilupperanno da questi criteri prescindono dalle Case della Comunità, anzi le sovrasteranno, in una logica di mera erogazione di prestazioni sanitarie.

Può darsi che le preoccupazioni circa la “Lombardizzazione” siano eccessive e che sia prematuro esprimere giudizi definitivi su che fine faranno (cioè ai privati) i 4 miliardi del PNRR, tuttavia non c'è dubbio che sia stata affrettata la pubblicazione dei criteri di autorizzazione e accreditamento dei fornitori privati. **Prima era necessario definire** - con apposito decreto ministeriale, come previsto dal PNRR - **“l'identificazione del modello organizzativo** condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate”.

Per capire che piega prenderà l'assistenza territoriale (e più in generale il SSN) di qui al 2026 dovremo quindi aspettare la pubblicazione (prevista entro la fine di ottobre) del decreto ministeriale. Se il ministro Speranza volesse fugare il rischio della Lombardizzazione della sanità italiana, con la conseguente totale consegna dell'assistenza domiciliare al settore privato, **dovrebbe inserire nel decreto un concetto chiaro e tondo:** "Il paziente con bisogni di assistenza domiciliare si rivolge 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 (es: i team multidisciplinari delle Case della comunità). Se necessario, il Distretto potrà ricorrere alle prestazioni di un erogatore privato autorizzato e accreditato, che sarà scelto dalla ASL - non certo dal singolo paziente - e coordinato dalla Casa della comunità".

Confidiamo che il Ministro lo farà. Se no a che serve un Ministro?