

SANITÀ SUSSIDIARIA: LA FOGLIA DI FICO DEL “SISTEMA”?

*“...In rapporto con la Regione e con la ASL è necessario puntare sulla **medicina territoriale**. Bisogna costruire un’integrazione reale tra servizi sociali e sanitari, tra il pubblico, il privato e il mondo del volontariato, dell’associazionismo, della cooperazione e del terzo settore, scegliendo la “prossimità” come ambito dove occuparsi della persona in tutte le sue dimensioni. Si punterà a sperimentare i patti territoriali municipali per il benessere, con il pubblico che funge da snodo di tutti i soggetti interessati a una buona programmazione, sulla base di obiettivi condivisi.”.*

Abbiamo preso a spunto queste che sono le testuali proposte contenute nel Programma 2020-2021 del capolista (vincente) del PD al Municipio V di Roma: di fatto un copia-incolla del programma del PD a livello Regionale e Nazionale, presentato anche in altre occasioni.

Fatto il netto dei buoni propositi di circostanza, l’essenza politica del Programma è, così come in altri settori, quello di sviluppare ulteriormente la sinergia pubblico-privato per tutelare la Salute pubblica: che i risultati catastrofici della *sindemia* Covid19, ancora in corso, hanno ampiamente dimostrato fallimentare.

Un bilancio “al contrario”, in cui l’appalto al Privato capitalista, l’Aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), quindi la mercificazione della salute, che la sacrifica alle esigenze di profitto, viene visto come un “valore aggiunto” – appunto... -, replicabile ad oltranza. Una politica secondo la quale il braccio privato diventerà sempre più “sussidiario” di quello pubblico, quest’ultimo sempre più relegato ad amministratore ed elargitore di funzioni e, soprattutto, di fondi ad uso e consumo del capitalismo sanitario.

Con tali prospettive, è sorprendente che anche per ampi settori del “movimento” sociale e politico progressista, all’indomani del disastro pandemico, ignorandone le dure lezioni, sia ripresa con vigore la “corsa all’accreditamento di Stato”, istituzionale e non, per il contributo sistemico del cosiddetto Terzo Settore.

Ossia di quell’ampio spettro di ONG, Associazioni, COOP, Circoli, Comitati ed altre innumerevoli tipologie di associazionismo, anche iscritto ad Albi vari, percettori del 5x1000, accreditati, convenzionati o speranzosi di sedersi sui predellini istituzionali promessi, la cui vera funzione, in realtà, è quella di prestarsi a fare la “Foglia di fico”, della privatizzazione della Sanità, della mercificazione della Salute e all’aziendaizzazione su ampia scala del Servizio SSN.

Una rincorsa a *li mejo posti* che ha subito un’accelerazione con l’ultima tornata di elezioni comunali, come premesso in apertura, ma che diventerà una progressione vertiginosa con la prossima campagna elettorale per le Regionali 2022.

Comunque la si pensi, vale comunque la pena fare qualche riflessione sul “Sistema”.

LA TRANSIZIONE DA “SERVIZIO” SANITARIO A “SISTEMA” SANITARIO...

Il 23 dicembre 1978 nasceva il Servizio Sanitario Nazionale. Una legge che assorbì i debiti delle diverse mutue e istituì **un sistema universale e illimitato di cure**. La legge, la 833, fu varata dal Governo Andreotti tramite Ministro della Salute Tina Anselmi, basata sui presupposti che «I principi fondanti erano i seguenti: universalità, uguaglianza, gratuità,

globalità dei servizi offerti, solidarietà, democraticità, controllo pubblico e unicità (niente privati)». Fatta la legge, trovato l'inganno.

Molto è cambiato **nel corso degli ultimi 40 anni**, ma due elementi in particolare hanno segnato l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria in Italia: l'aziendalizzazione delle originarie Unità Sanitarie Locali trasformate in Aziende (ASL) e l'assunzione, da parte delle Regioni, del ruolo centrale nell'erogazione dei servizi. Ossia una parcellizzazione sistemica del SSN.

La "situazione sul campo" può aiutare a capire come sia cambiato il SSN nel corso di questa (d)evoluzione. Dal *Rapporto Sanità 2018, 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale* - pubblicato da Nebo Ricerche PA - emerge che, delle **originarie 695 USL del 1983 si sia passati alle 101 di oggi**. I posti letto sono scesi da 500mila a 215mila con un crollo ancora peggiore se rapportati alla popolazione: 35 per 10mila abitanti raffrontati ai 93 del 1981. Mentre il settore privato, è passato dal 15 al 20 per cento dei posti letto totali.

La frantumazione del SSN in regionale, ha aumentato le differenze tra le varie parti d'Italia, collegandosi intuitivamente anche l'inarrestabile crescita dei ricoveri fuori Regione (circa il 40%): ovvero gli spostamenti dei pazienti dal territorio di residenza a quello scelto per curarsi. Quest'ultimo dato ha visto, ad esempio, la Calabria raddoppiare l'indice di "emigrazione" dei pazienti rispetto al 1986; mentre la Lombardia, nello stesso periodo, ha visto raddoppiare l'indice di "ricezione" mantenendo invariato quello di "migrazione".

Una simile disomogeneità si può riscontrare nel rapporto tra medici, infermieri e abitanti: ci sono circa 13 medici ogni 10mila abitanti nel Lazio e 26 in Sardegna; ci sono 64 infermieri per 10mila abitanti in Friuli e 32 in Campania. Ad essere **diminuito**, infine, è il **rapporto tra medici di medicina generale e residenti**, passato da 1 su 924 degli anni '80 a 1 su 1140 del periodo odierno, con un sempre maggior carico di lavoro.

Le tappe legislative fondamentali che, con le successive riforme, seguono questo percorso pluridecennale sono quattro.

La prima è la già citata legge 833 (1978), con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la creazione delle Unità Sanitarie Locali.

La seconda è il D.Lgs. n. 502/1992 che avvia la regionalizzazione della Sanità, istituisce le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere e, per rispondere alla crescente pressione finanziaria, introduce «una concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria deve essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e **non può più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni**».

La terza è il Decreto Legislativo n. 229/1999 che approfondisce aziendalizzazione e regionalizzazione e istituisce i fondi integrativi sanitari per le prestazioni che superano i livelli di assistenza garantiti dal SSN.

La quarta tappa è la riforma del Titolo V, Legge Costituzionale n. 3/2001, per cui la tutela della salute diviene materia di **legislazione concorrente Stato-Regioni**. Per cui lo Stato determina i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione dei servizi sanitari nel finanziamento delle Aziende Sanitarie.

Il risultato, dal punto di vista della qualità delle cure per il frequente ricorso alla spesa privata che, genera un innalzamento delle aspettative di vita nei settori più benestanti della società

ed una drastica diminuzione della stessa (aspettativa) per quelli non abbienti. In soldoni, borghesi e proletari non hanno le stesse aspettative: ripetendo, in fondo, lo stesso inganno contabile del famigerato PIL che diventa ricchezza pro capite (il MEF lo stima in 24.432 euro nel 2021!...).

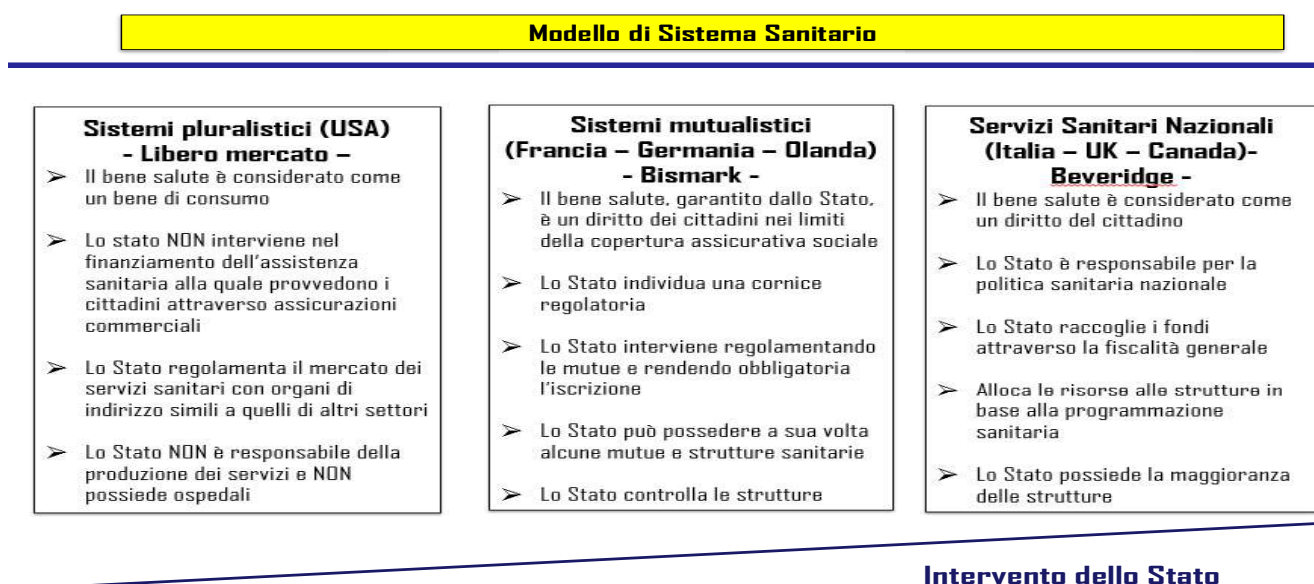
Invecchiamento demografico, nuove malattie sociali, prevenzione primaria e il ritorno ad una più omogenea **capacità di accesso ed erogazione delle cure** sono alcune delle sfide che si pongono sulla strada di un Servizio sanitario che, 40 anni fa, introdusse in Italia, sulla carta, **cure universali, illimitate e per tutti**.

La transizione avviata, in accelerazione, lasciata agire indisturbata, stabilisce delle inevitabili prospettive di peggioramento assoluto e l'inevitabile riduzione di accesso a cure universali e garantite per tutte le persone.

LA MERCIFICAZIONE DELLA SALUTE NEL CAPITALISMO MONOPOLISTICO DI STATO

In regime capitalista, attualmente le concezioni e gli assetti individuabili nell'assistenza sanitaria, seguono tre principali linee di strutturazione sistemica, come di seguito.

Ovviamente, nel regime capitalistico dominato dalle grandi multinazionali e consorterie affaristiche, non fa eccezione che anche l'assistenza sanitaria alla popolazione venga "sussunta" alla "logica del profitto, con pressioni sempre più forti da parte delle lobbies



Domenico Lu

interessate per una transizione dal Servizio Sanitario (Beveridge) al Sistema Sanitario (Liberato mercato), trovando nell'espressione istituzionale-amministrativa, più che una rigidità ostativa "di Diritto", un accondiscendente Piano (inclinato) di scivolamento capitalistico, passante per una temporanea "mediazione" attraverso il Sistema Mutualistico (Bismark), strumentale ad oliare la transizione, rendendola più accettabile.

In questo senso la trappola dell'assistenza sanitaria "Sussidiaria", con annessi "coinvolgimenti" di privati e Terzo Settore, fatti di accreditamenti, convenzioni, sovvenzioni e quant'altro, rappresenta la Foglia di fico per una transizione morbida al dominio del Mercato sul settore nei prossimi anni.

Un “Sistema” che passando da servizio sanitario d’uso a sistema sanitario di scambio, funzionerà secondo consolidati schemi mercantili e profittevoli, con la messa “a produzione” (di plusvalore), riassumibili come segue:



Domenico Lucatei

Una transizione che a differenza dell’edulcorato schemino da manuale di Economia (politica) universitaria sopra rappresentato, un **Sistema Sanitario a doppio standard** e avrà un *outcome* voluto solo per le classi benestanti, scaricandone il peso su quelle meno o non abbienti, anche in termini di abbassamento della Speranza di vita, il peggioramento della qualità di vita e l’aumento di Disabilità da cause socio-economiche.

Un *trend* già ampiamente dimostrato, catastroficamente, dalla sindemia da Covid 19, in cui il prezzo maggiore, quasi assoluto, in termini di vite umane, disabilità permanenti e non accesso alle cure necessarie, lo hanno pagato le classi economicamente e socialmente più deboli.

COS'È E COME SI FINANZIA LA SUSSIDIARIETÀ?

Nella sua accezione di massima, il principio di sussidiarietà prevede che, nell’ambito di una comunità, le strutture “inferiori” agiscano ogni qualvolta l’intervento di quelle “superiori” non risulti necessario in quanto più efficace e proporzionato all’obiettivo da realizzare e all’estensione dell’azione da porre in essere, **tenendo conto delle risorse disponibili a livello “inferiore”**.

Una tale nozione è applicabile a tutti i sistemi organizzativi: Stato e comunità locali, ma anche partiti politici, imprese, famiglia e singoli individui, per cui le competenze sono attribuibili ai livelli inferiori “permettendo” la capacità di autogoverno del cittadino, senza impedire agli organismi di livello superiore le proprie funzioni di coordinamento e di governo.

In questo generico concetto di sussidiarietà, si possono individuare due profili: la **sussidiarietà “verticale”**, intesa come “elemento di regolazione del sistema di poteri e funzioni amministrative” fra Stato ed enti territoriali; la **sussidiarietà “orizzontale”**, intesa come “criterio di ordine tra Stato, formazioni sociali ed individui”.

Il principio di *sussidiarietà verticale* è presente nell’ordinamento italiano con le leggi Bassanini, in virtù delle quali i Comuni e le Province sono titolari della quasi totalità delle

competenze amministrative, e della legge cost. 3/2001 che, riformulando l'art. 118 Cost., ha espressamente posto il principio sul piano costituzionale disponendo che “le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a provincia, città metropolitane, regioni e stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza” (1° comma).

L'art. 118, però, contiene un'altra norma fondamentale in tema di sussidiarietà: ai sensi del 4° comma, infatti, “Stato, Regioni, città metropolitane, province e comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà”. Tale disposizione esprime il principio di *sussidiarietà orizzontale*, prevedendo un maggiore coinvolgimento dei cittadini, considerati sia singolarmente che in associazione.

I campi di intervento della sussidiarietà orizzontale sono numerosi e riguardano ambiti importanti delle dinamiche sociali: come nel settore socio-assistenziale, con particolare riguardo alle realtà *no-profit* ed alla gestione dei servizi sociali, nel settore scolastico, nel settore dei servizi pubblici locali, nel settore della formazione professionale, nel settore della cultura e nel sistema creditizio e bancario. Ora si vuole “radicarlo” direttamente in quello socio-sanitario.

Un'idea suggestiva, soprattutto, per chi si cimenta quotidianamente col proprio volontariato, il proprio attivismo, la propria solidarietà a tappare le falle di un sistema (capitalista) che fa acqua da tutte le parti ma che, nonostante tutti gli sforzi e i buoni propositi, si presenta come **IRRIMEDIABILMENTE NON RIFORMABILE**. Tanto meno in un settore come quello sanitario dove costi, competenze e professionalità stabiliscono la differenza tra il benessere e il malessere di chi necessita di cure.

IL PROBLEMA DEL FINANZIAMENTO DELLA SUSSIDIARIETÀ

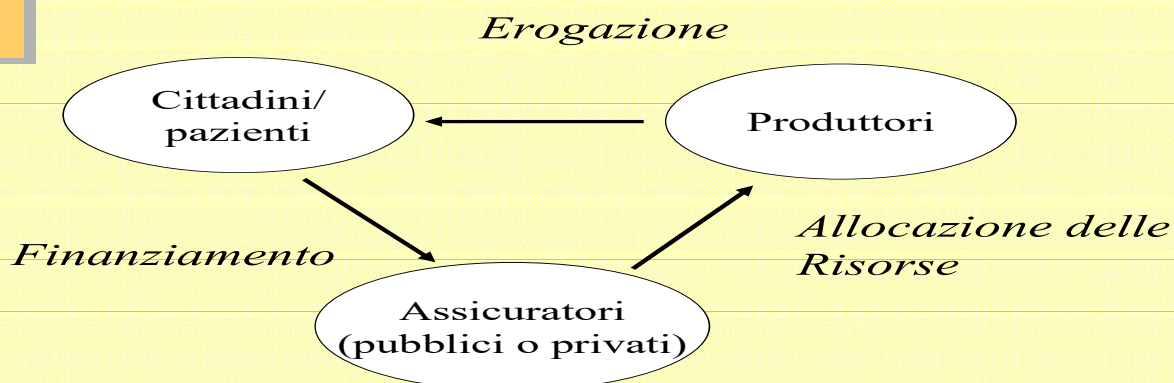
Riteniamo che sia un errore confondere il risultato ottenuto dallo sforzo volontaristico - e di improvvisazione -, che ha mosso all'azione migliaia di attivisti e militanti in tutto il paese durante i peggiori momenti della crisi pandemica, dando immediato riscontro alle necessità alimentari dei settori più malmessi delle masse; con l'avvio di qualsiasi progetto socio-sanitario che, sempre ad esempio, vada poco oltre le necessità “di ascolto e orientamento” di persone che necessitano cure.

I profili professionali, strumentali, sperimentali e le risorse necessarie, non sono assolutamente paragonabili e colmabili esclusivamente con la meritoria “voglia di rendersi utili”. Raccogliere, impacchettare e distribuire un pacco alimentare ha delle implicazioni infinitamente minori che l'accogliere, analizzare, diagnosticare e somministrare e “prendere in cura” persone malate o solo che si pensano tali.

Se non bastassero le competenze, a rendere quasi insormontabile l'impresa sarebbe la spesa. Solo grosse disponibilità di capitale – termine non casuale – possono permettere l'implementazione di un progetto di assistenza e cura sanitaria. Non importa la dimensione del progetto, ma la proporzionalità delle disponibilità finanziarie col progetto stesso.

Nella stragrande maggioranza dei casi seppur la multinazionale penserà la clinica privata, mentre il centro sociale l'ambulatorio popolare: le differenti disponibilità tenderanno a mantenere materialmente difficile per entrambi la realizzazione “autonoma” del proprio progetto. Secondo uno schema che, nel regime capitalistico, funziona pressapoco nel modo seguente:

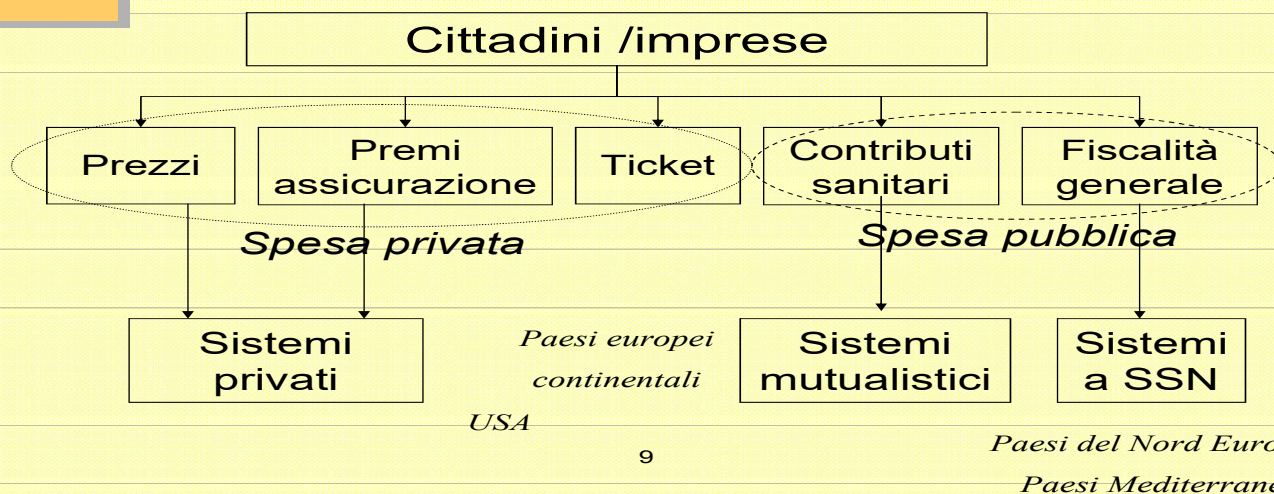
Il triangolo che rappresenta la macro struttura dei sistemi sanitari evoluti



8

Quindi, nel sistema italiano dovranno opportunamente rivolgersi allo Stato, in cerca d'aiuto per affrontare problematiche di finanziamento/spesa che funzionano pressapoco nel modo illustrato di seguito** (che lo compara anche con sistemi "diversi", sempre in regime capitalista):

Fonti di finanziamento dei sistemi



9

Un "sistema" già in funzione, peraltro, confermato dall'Agencia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) che testualmente afferma che: "L'attuale sistema di finanziamento privilegia la attività "erogativa" di tipo ospedaliero rispetto all'attività territoriale ed è principalmente orientato al monitoraggio quantitativo, slegato dalla qualità delle prestazioni erogate". Col risultato di aver gonfiato le tasche alle grandi concentrazioni (private) e

determinato la desertificazione della medicina di territorio, come tutti ben sperimentiamo sulla pelle. Un “sistema” che diventa paradossale dal punto di vista tecnico-finanziario, ma coerente da quello politico, secondo cui il **finanziamento** della spesa sanitaria è quadruplo rispetto al privato***:



- 36% dall'Iva e dalle accise sulle benzine
- 28% dall'Irap e dall'addizionale Irpef
- 14% dai pagamenti diretti (prezzi)
- 11% da altri tipi di tributi
- 5% da premi di assicurazioni e mutue integrative
- 3% dai ticket

Domenico Lucatelli

Questa *politica del paradosso*, non solo dirotta grosse porzioni di ricchezza collettiva drenata dall'erario statale verso l'accumulazione *privata*, ma lo fa consentendo “regole del gioco” truccate, applicando un *doppio standard* tra Sanità Pubblica e Privata: per cui la prima (Pubblica) rimane ancorata a regole, contratti, norme e parametri rigidi e inderogabili, stabiliti da una certa legislazione; mentre alla seconda (Privata) viene consentito di riprodursi attraverso una *deregulation* complessiva che, in poche parole, permette l'applicazione di contratti-capestro a livello lavorativo, aumento dei tassi di sfruttamento e diminuzione degli standard assistenziali, riduzione all'osso di investimenti infrastrutturali e opacità finanziarie. Un finanziamento distribuito **fifty-fifty**, tra Pubblico e Privato costituito nel modo seguente****:



Produzione ➤ Natura giuridica dei produttori ➤ Finalità che perseguono ➤ Regole a cui sottostanno	Pubblico		Privato
	51% 72.1 miliardi	Prestazioni sanitarie	49% 69.8 miliardi
	63% 72.1 miliardi	Prestazioni sanitarie al netto dei «beni» sanitari di consumo finale	37% 42.7 miliardi
	Politiche di prevenzione		Medicina di base

* “Analisi del rapporto tra Pubblico e Privato nella Sanità” D. Lucatelli – Padova 12 Aprile 2018

** idem;

***Idem;

**** Idem..

Con la ciliegina sulla torta del fatto che il Pubblico è trattato come una sorta di *bad company* in cui tenere tutte le attività e servizi meno redditizi, convogliando invece verso la *good company* (Privati) tutto ciò che è più “produttivo” dal punto di vista dell’accumulazione capitalistica. Un Sistema che è alla base dell’ecatombe *sindemica* da Covid19, appunto.

CONCLUSIONI

Questi spunti di riflessione, sono espressi nella convinzione che la **Sanità Pubblica, intesa come benessere sociale** e non, superficialmente, come mero contenitore burocratico-amministrativo statale, non può e non dovrebbe essere assicurata attraverso un Sistema Nazionale “Misto” (Pubblico-Privato), a qualsiasi livello: si parli di servizi sanitari gestiti da multinazionali, lobbies finanziario-religiose o... dal cosiddetto Terzo Settore.

Non basta sentirsi solidali con gli “esclusi” e cercare di mettersi seduti ai tavolini istituzionali cercando di strappare l’accredito, la convenzione, il finanziamento e/o il riconoscimento di Stato per “lanciare” nell’avvio di qualche servizio di assistenza “popolare”, per migliorare una situazione al collasso strutturale come quella in cui viviamo.

Secondo noi è una via illusoria che, nella sua inconcludenza, rischia però di legittimare un Sistema sanitario in divenire, in cui nel nome del “democratico” accesso alle risorse collettive, deregolamentato e opaco, l’esistenza dei “piccoli” (progetti) giustificherà le fameliche operazioni dei “grandi” (lobbies di settore, sistema finanziario e le multinazionali), funzionando proprio come un *Foglia di fico* atta a nascondere le nudità di un “sistema” sempre più privatizzato attraverso la sussidiarietà nei servizi sanitari.

Secondo noi la strada da percorrere è quella di sviluppare la lotta per la conquista di un Servizio Sanitario Nazionale Unico, che nei suoi termini generali si muova **CONTRO la mercificazione della Salute, l’aziendalizzazione del SSN e la privatizzazione dei servizi socio-sanitari.**

Termini generali declinabili nel particolare in lotte vertenziali che, ad esempio, potrebbero concentrarsi in mobilitazioni su scala nazionale per **la riapertura di strutture pubbliche**, soprattutto quelle territoriali - chiuse per far spazio ai Privati -, per il **rientro di tutti i servizi e i lavoratori del comparto nel SSN con standard di servizio e contrattuale unico** - a partire dall’internalizzazione dei medici di famiglia e di base -, **eliminazione dell’intramoenia** dalle strutture pubbliche e riconoscimento di strutture popolari di controllo, ascolto e valutazione sui servizi sanitari prestati, con particolare attenzione alle liste di attesa, ai fabbisogni di classe e sanità pubblica nel mondo del lavoro.

Un cambio di registro per un diverso approccio e mentalità ai problemi socio-sanitari – e non solo... -, che invece di “tappare” le falle del Sistema sussidiariamente, si incarichi di denunciarle e farle emergere con forza, nella prospettiva di una Sanità pubblica universale, gratuita, accessibile e garantita. In definitiva una Sanità a misura di Umanità e non di profitto.

Classe Contro Classe
Comitato di Lotta Viterbo
Coordinamento  SANITÀ
Regionale