

# JOB

l'uomo, il  
lavoro e i suoi dintorni



# ZONE



Allegato alla  
"Lettera ai soci  
e simpatizzanti"

Marzo-aprile 2021

## Le politiche sanitarie alla prova della pandemia (prima parte)

*Proprio in queste settimane, un anno fa - esattamente il 21 febbraio 2020 - veniva (ufficialmente) identificato a Codogno il primo malato di Covid 19 in Italia. Nel giro di tre giorni i casi confermati erano già 325, per lo più concentrati in Lombardia, era l'inizio della prima devastante ondata del virus. Per porre rimedio, a partire da domenica 8 marzo, l'Italia ricorreva al lockdown nazionale, il virus in pochi giorni si diffondeva in 114 Paesi e l'OMS dichiarava l'11 marzo 2020 lo stato di pandemia per l'intero pianeta.*

*Da allora ad oggi (11 marzo 2021) nella sola Lombardia sono decedute (dati ufficiali) 29.004 persone (oltre cento tra il personale sanitario). La cronaca lombarda, nel frattempo, registrava anche la sostituzione di due Direttori Generali della Sanità e l'insediamento di Letizia Moratti in sostituzione dell'assessore regionale al welfare Giulio Gallera. Questo susseguirsi di cambi ai vertici apicali dell'assessorato più importante della Lombardia, che gestisce un budget annuo tra i 20 - 22 miliardi di euro (il 70% di tutte le risorse lombarde), ci dice molto di quanto il "modello lombardo" della Sanità, messo sotto accusa per la gestione disastrosa della pandemia, sia in fibrillazione. Questi avvicendamenti appaiono, a tutti gli effetti, una corsa ai ripari con l'intento di auto-conservarsi perché, nonostante tutto, nulla cambi!*

*Riteniamo invece che questo sia il momento di riflettere attentamente su quanto è accaduto (e purtroppo sta ancora accadendo) per invertire la direzione e l'approccio ideologico che da più di vent'anni guida la sanità lombarda. Ci pare che la pandemia sia solo il punto di rottura di un "sistema" autoalimentato dove "mercato" e "salute" sono diventati, nei fatti, sinonimi. Quando la logica del "sistema" lombardo di "eccellenza" si è rivelato inefficace e lontano dal bisogno, solo l'abnegazione di medici e infermieri, da mesi vicino ai malati, ha resistito all'urto della pandemia e restituito dignità alla parola "cura". Dov'era finita la sanità pubblica? la medicina nel territorio? i posto letto? i medici di medicina generale? l'assistenza domiciliare? E ancora, cosa dire delle liste di attesa per prestazioni specialistiche, di mesi se "mutuati" e liberi d'incanto a "pagamento"? Come siamo arrivati a questo punto? E soprattutto quali sono le proposte possibili per dare un altro futuro ad una sanità davvero vicina ai cittadini, dove l'ideologia feroce del "mercato" sia sostituita dal "diritto" alla salute?*

*Incominciamo con questo numero di Job Zone a riflettere estrapolando il documento politico realizzato dalla presidenza delle Acli Milanesi: "LE POLITICHE SANITARIE ALLA PROVA DELLA PANDEMIA". Lo faremo in due tranches. Nel primo, questo, inizieremo dalle fondamenta del nostro Sistema Sanitario Nazionale, istituito con la legge 833 del 1978. La legge che ha permesso alla nostra Repubblica, con risorse certamente limitate rispetto a nazioni molto più potenti, di pensare, realizzare e offrire ai propri cittadini uno dei migliori servizi sanitari al mondo. Vedremo il susseguirsi di riforme nei decenni passati, alla delega alle Regioni (Titolo V) fino alla riforma Maroni e alla situazione odierna.*

*Nel secondo numero, che distribuiremo con la prossima lettera, rifletteremo sulle criticità: il rapporto pubblico privato, la gestione delle RSA, i Consultori, i Distretti e Servizi Territoriali, ... e qualche proposta.*

*Buona lettura.*

### **Quando nasce il Sistema Sanitario Nazionale**

#### **1 - Senza storia non c'è futuro.**

Porta la firma di una donna, Tina Anselmi, ex staffetta partigiana (una delle prime fra le poche a diventare ministro della sanità in quegli anni), la **Legge 13.12.1978 n. 833** che istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale** con l'introduzione di un sistema universalistico superando il sistema mutualistico che portava alla mancata

copertura sanitaria di alcuni strati della popolazione italiana. Si giungeva così a una delle più grandi conquiste sociali del nostro tempo, che ha introdotto valori e principi fortemente innovativi per i quali la salute è stata intesa non soltanto come bene individuale ma soprattutto come risorsa della comunità. Il principio fondamentale riguarda la **generalità dei destinatari**: tutti i cittadini indistintamente da quel momento avrebbero avuto diritto ad accedere alle stesse cure. Si introduce inoltre il concetto di globalità delle prestazioni sanitarie costituite da **prevenzione, cura e riabilitazione** e si pone come fondamento l'uguaglianza di trattamento con la garanzia di un'**equità d'accesso**.



On. Tina Anselmi – Ministro della Sanità 1978 - 1979

La legge riconosceva così il **diritto alla salute** come **diritto universale** e dava compimento all'**art.32 della Costituzione** che recita testualmente *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”* che nell'accezione del diritto sociale prevede la responsabilità dello Stato di garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Negli anni 90 iniziò il dibattito sulla sostenibilità economica del servizio sanitario e su quali correttivi finanziari apportare. In quegli anni si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN. Con i **decreti di riordino del 1992-1993 e del 1999 (riforma Bindi)**, si rafforza il potere delle Regioni e le Unità Sanitarie Locali (USL) diventano Aziende Sanitarie Locali con autonomia organizzativa (ASL). Inizia un processo di progressiva aziendalizzazione della sanità che porterà ad una gestione manageriale del comparto con un interesse sempre crescente verso gli aspetti economici (o meglio finanziari) a scapito dei concetti generali di salute pubblica.

In questi anni viene introdotto il sistema del rimborso a prestazione per tutte le strutture sanitarie ovvero il pagamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale ad ogni ospedale avviene sulla base della tipologia e del numero delle prestazioni erogate e non sulla base dei costi sostenuti. Tutto ciò porterà a delle crescenti disparità a livello regionale perché non tutti i territori saranno preparati ad accogliere questa nuova modalità e, ancor più, aumenterà la disparità tra le regioni che hanno una diversa presenza di strutture sanitarie sul territorio.

**La riforma del Titolo V della Costituzione** – avvenuta con la **Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001** – affida la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Con questa riforma verrà sancito il quadro normativo ancora vigente di legislazione cosiddetta concorrente tra Stato e Regioni: lo **Stato definisce i principi nazionali**, le linee guida della sanità, ma tutto il resto viene delegato (es.: organizzazione del territorio, ticket a carico degli utenti, Irpef aggiuntiva per coprire i deficit sanitari regionali) alle singole **Regioni**.



Dal 2001 e nella successive ridefinizioni, lo Stato, d'intesa con le Regioni, indica i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), ovvero le prestazioni minime e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini - gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket) - che devono essere assicurati da tutte le regioni.

Inoltre lo Stato indica i **Piani Sanitari Nazionali** poi **Patti per la Salute** ovvero i principali strumenti di programmazione sanitaria attraverso cui determinare e programmare le priorità in materia di salute, traducendole in precisi obiettivi, da correlare alla disponibilità economica e finanziaria del Paese.

Il governo centrale quindi indicherà il quadro delle prestazioni fondamentali da garantire fornendo i relativi contributi economici. All'interno di questi contributi, alcune Regioni riusciranno a fornire tutte le prestazioni richieste ed anzi ad assicurarne in misura maggiore, ad esempio aumentandogli interventi di prevenzione (medicina scolastica, servizi specifici in area materno-infantile, disagio psichico). Altre Regioni si troveranno in difficoltà e le disparità continueranno ad aumentare.

L'art. 117 della **Costituzione** stabilisce che lo Stato mantiene la competenza legislativa esclusiva in una serie di materie specificamente elencate, mentre il comma 3 dello stesso articolo decreta che le Regioni possono legiferare nelle materie di competenza concorrente, nel rispetto dei principi fondamentali definiti dallo Stato. Purtroppo, tale "concorrenza" ha perso il suo significato di complementarietà, configurando un'antitesi proprio sui principi fondamentali e generando un **federalismo sanitario atipico e artificioso**.

In altre parole la riforma del Titolo V che – delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari – puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, **un differente sistema sanitario per ogni Regione** dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce **"universalità ed equità di accesso a tutte le persone"** e alla L. 833/78 che conferma la **"globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini"**, i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale.

Infatti, le inaccettabili **diseguaglianze regionali** e locali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini e la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale rappresentano oggi un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del SSN è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del Servizio Sanitario Nazionale, **la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria** presentano innumerevoli criticità.

A tutta questa situazione si aggiungono significativi tagli all'impegno di spesa sanitari pari a 37 miliardi di euro negli ultimi dieci anni (1). Il dato dei posti letto risulta significativo: **nel 1981 avevamo 530 mila posti letto (NdR. su una popolazione di 56,48 milioni) oggi sono meno di 215 mila. (NdR. su una popolazione di 59,64 milioni di cui il 22% oltre i 65 anni)**



## **2. Sistema sanitario della Regione Lombardia e L. regionale n. 23/2015 la cd. Riforma Maroni**

La Regione Lombardia si è distinta nel panorama nazionale, già a partire dagli ultimi anni 90 del secolo scorso, per aver sviluppato un modello peculiare, caratterizzato da due caposaldi:

- **libertà per il cittadino di scegliere** l'erogatore e per gli erogatori di intraprendere le attività;
- **netta separazione tra funzione di Programmazione/Acquisto/Controllo**, affidata alle **ASL**, e **funzione di produzione di servizi**, affidata agli erogatori **accreditati pubblici** (Aziende Ospedaliere – AO) e **privati**, paritetici e in competizione.

Sicuramente il modello lombardo, unico nel Paese, di separazione tra ente di acquisto e regolazione delle prestazioni sanitarie (oggi ATS - Agenzia Tutela Salute) e aziende erogatrici pubbliche e private, messe su un piano di competizione paritario ha sicuramente influito nell'approccio critico alla pandemia. In tutte le altre regioni le Ausl hanno un governo unitario del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie di base e specialistiche che si è rivelato molto più efficace ed efficiente nel governo della pandemia.

Sulla base di tale impostazione in Lombardia, di fatto si è **consolidato un sistema centrato sull'ospedale**, con erogatori sia privati, che hanno scelto le materie in cui operare, in progressivo miglioramento, soprattutto agli occhi del cittadino, sia Aziende Ospedaliere pubbliche che, a fronte di una tradizione anche secolare di buona amministrazione e di una eccellente e riconosciuta qualificazione scientifica, hanno migliorato sì i loro standard, ma più lentamente.

**Nel 2015 la Regione Lombardia**, riconosce la necessità di un **coordinamento tra interventi di natura sanitaria e interventi di natura sociale** con l'obiettivo di rispondere in modo unitario e integrato alla crescente domanda di salute, sempre più complessa, attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione di tutte le competenze e le risorse, istituzionali e non, presenti sul territorio.

L'integrazione sociosanitaria è motivata, oltre alla ormai indubbia maggior efficacia delle cure quando sono legate ad interventi non clinici, anche (e in gran parte) da esigenze di **razionalizzazione delle risorse**.

Ne consegue l'emanazione nell'agosto 2015, della legge di riordino denominata "**Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo**" con l'obiettivo di passare "dal curare al prendersi cura" e "dalle prestazioni alla presa in carico".

La **L.R. 23/2015 cd. Riforma Maroni**, aveva l'ambizione di ridare slancio ai servizi sanitari e sociosanitari territoriali, in un'integrazione che partiva dalla creazione di una nuova azienda territoriale, la ASST, Azienda Socio Sanitaria Territoriale che riunisce in sé sia i servizi ospedalieri sia quelli territoriali. **La riforma ha dismesso le (15) ASL (Aziende Sanitarie Locali) e ha creato (8) ATS (Agenzie di Tutela della Salute) distribuite su tutto il territorio Lombardo.**



Le 8 Agenzie di Tutela della Salute, ciascuna competente su un'area vasta di circa un milione di abitanti, "**attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA**", mediante l'acquisizione dalle ex ASL delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo.

**Le ATS sono suddivise in (30) ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) che sostituiscono le vecchie Aziende Ospedaliere – AO. Le 30 Aziende Socio Sanitarie Territoriali**, con un bacino di circa 400.000 abitanti ciascuna coincidente con un distretto di nuova identificazione "concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA nella logica della presa in carico della persona". Le divisioni delle ASST sono state effettuate con criteri a nostro avviso poco comprensibili e poco razionali, causando forti squilibri fra un territorio e l'altro.

La trasformazione delle ASL in ATS/ASST non è stata organica cosicché alcuni compiti e ruoli delle ASL non è chiaro a chi sono stati trasferiti. Questo è uno dei motivi per cui certe attività e competenze, quali quelle di approvvigionamenti dei DPI, durante la pandemia non erano in capo ad una specifica responsabilità.

Purtroppo, a quasi cinque anni dall'approvazione di quella legge, ci tocca constatare che non solo quella auspicata integrazione e sinergia tra i due livelli - ospedale e territorio - non c'è stata, ma si è assistito in molte aree della Regione a significativi arretramenti dei servizi territoriali pubblici.

Infatti, a fronte dei principi enunciati circa la necessità di spostare l'attenzione dall'ospedale al territorio, la riforma non ha definito gli strumenti di governo "periferici".

**I distretti perdono la funzione di coordinamento della rete dei servizi e diventano molto grandi.**

Accanto alla evidente **crisi dei Medici di Medicina Generale (MMG, i medici di Famiglia)** e del settore infermieristico si assiste ad un arretramento dei **servizi pubblici per le tossicodipendenze**, dei Consultori e alle gravi difficoltà della **psichiatria** oltre all'assenza di una rete reale per il decadimento senile e di un investimento concreto sulle politiche di **prevenzione**; la **collaborazione con i Comuni e la valorizzazione delle comunità locali appare marginalizzata**; risulta fortemente penalizzato il **ruolo del Terzo Settore** come interlocutore delle politiche regionali.

*(fine prima parte)*

**NOTE:**

- (1) **La Fondazione GIMBE** nel rapporto del 7/19 spiega come dal 2010 al 2019 vi sia stato un de-finanziamento della spesa sanitaria pari a 37 MILIARDI (a fronte di aumentati bisogni dovuti all'invecchiamento della popolazione e al tasso di inflazione).