

# La crisi del SSN: quello che il "Manifesto degli scienziati" non dice

A cura del

## Gruppo di Studio per la Salute del Futuro

Maria Elisa Sartor Chiara Alfieri Davide Dibitonto Simona Grassi Giuseppe Graziano  
Jones Mannino Antonio Muscolino Laura Strohmenger

### **Abstract**

Su sollecitazione degli argomenti trattati nel documento *“Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico”*, nell’articolo vengono evidenziate alcune problematiche, insite nel testo, che meritano analisi e dibattito. La discussione verte: 1. sul che cosa si intende per crisi del SSN; 2. sulla non messa a fuoco delle criticità dovute alla configurazione organizzativa e gestionale dell’attuale modello (ospedale-centrico, con una assistenza territoriale pubblica debole o assente e misto pubblico-privato, sbilanciato fortemente verso il privato); 3. sulla non considerazione dei processi di aziendalizzazione e di privatizzazione, che hanno generato tale modello che si allontana di molto dai principi, dalla struttura e dal funzionamento del SSN delle origini – processi in buona parte indotti dal sistema accademico; 4. sul non aver messo in luce i principali pericoli dati dal contesto (l’ulteriore privatizzazione e la finanziarizzazione che ne segue).

L’articolo delinea la crisi dell’SSN: perdita della centralità della persona e della tutela della sua salute - come definite dalla Costituzione - in favore della centralità di soggetti portatori di interessi privati e particolaristici; descrive gli effetti sulla sanità italiana dei due processi trascurati, aziendalizzazione e privatizzazione; avverte sui pericoli dell’ulteriore avanzata dei processi descritti; identifica come da superare il modello attuale.

Nelle conclusioni, viene delineato un percorso di riforma complessiva del SSN.

### **Parole chiave**

Crisi del SSN, aziendalizzazione, privatizzazione, Costituzione, tutela della salute, universalismo, riforma.

### **Indice**

Introduzione

1. Le cause reali della crisi del SSN
2. Le contraddizioni del documento e le responsabilità del sistema universitario
3. Proposte per il SSN del futuro

Bibliografia

Autori

Note

## Introduzione

Il 2 aprile 2024 è stato pubblicato sulla rivista on-line *Scienza in rete* un documento di rilevanza significativa, intitolato *Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico*. Firmato da alcuni scienziati e da altre eminenti personalità del settore sanitario italiano, il documento ha suscitato ampio interesse poiché riflette l'intensa preoccupazione che attualmente pervade l'Italia intera: il Servizio Sanitario Nazionale a caratterizzazione pubblica, istituito dalla legge n°833 del 1978 e annoverato tra i migliori al mondo, si trova ora ad affrontare una crisi senza precedenti, con il rischio concreto che venga compromessa la sua stessa esistenza.

Condividiamo pienamente il sentimento espresso nel titolo di questo documento. Come operatori della sanità e anche studiosi ed esperti di sanità pubblica, che credono nel Servizio Sanitario Nazionale delle origini, sentiamo molto questa preoccupazione. Temiamo che il SSN a caratterizzazione pubblica, così come lo abbiamo conosciuto, possa scomparire del tutto, lasciando spazio a un sistema privato sempre più simile a quello statunitense (ma anche ad altri sistemi misti molto privatizzati), in cui l'assistenza sanitaria è a pagamento e il sistema si basa interamente o quasi sulle assicurazioni. Questa prospettiva ci spaventa profondamente.

Il documento degli scienziati risulta, tuttavia, secondo noi, carente nell'analisi delle cause che minacciano l'esistenza del SSN e dei suoi principi fondativi. Trascura, infatti, di considerare quali siano le radici profonde della crisi.

**Prima di porsi il problema del finanziamento, la domanda fondamentale per tutti noi dovrebbe essere: il modello attuale di sanità<sup>ii</sup> sta o meno tutelando la salute di chi abita il nostro Paese?**

Mentre per i firmatari del documento è essenzialmente una questione legata ai finanziamenti alla sanità, a noi sembra che la crisi del SSN consista innanzitutto nella **minor tutela della salute delle persone, causata dal modello scelto** e che si riflette sulla speranza e sulla qualità di vita<sup>iii iv</sup>.

L'origine della minor tutela è da cercare infatti sia **nei modelli organizzativi che nei processi da questi generati**, che hanno reso queste stesse persone sempre più abbandonate a sé stesse e più fragili, sbarrando loro di fatto l'accesso alle cure. E non risulta credibile che una soluzione al problema possa venire dal miglioramento di aspetti meno centrali, quali l'edilizia sanitaria (**punto 3**) o altri.

Non intendiamo infine esimerci, in una visione costruttiva, dall'esplicitare non solo le nostre critiche, ma anche cosa riteniamo andrebbe fatto per la difesa del SSN.

### 1. Le cause reali della crisi del SSN

I gravi problemi che affliggono la sanità italiana pensiamo derivino essenzialmente dalla **perdita della centralità della persona e della tutela della sua salute** – quindi dal progressivo non rispetto dei principi della Costituzione<sup>v</sup> – **in favore della centralità di soggetti portatori di interessi privati** che attualmente esercitano un'influenza dominante in sanità. In questo senso, quanto enunciato nel documento ci appare insufficiente e disorientante.

Le **reali cause** dei problemi del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero del modello di sanità misto pubblico-privato, con una crescente prevalenza del privato, ci paiono essere scambiate con gli elementi del contesto e con gli aspetti problematici generati dall'applicazione di tale modello.

Gli **elementi del contesto** richiamati che condizionano le politiche sanitarie, ma che potrebbero essere in parte gestiti con successo dai decisori, sono: i costi derivanti dall'evoluzione tecnologica, affrontabili con interventi di calmierazione; i mutamenti epidemiologici esogeni, come le pandemie, controllabili attraverso sistemi adeguati di prevenzione e sorveglianza - come dovrebbe essere previsto nei piani pandemici nazionali e regionali, da tenere aggiornati e pronti per essere applicati; i mutamenti demografici, gestibili con appropriate politiche di sostegno sociale; e le difficoltà della finanza pubblica, mitigabili attraverso una diversa riattribuzione delle risorse ai capitoli di spesa del Bilancio dello Stato e anche tramite un intervento normativo che ripristini l'equità sulla base della contribuzione fiscale progressiva per la definizione del Fondo Sanitario Nazionale.

Vanno invece considerati come **aspetti problematici generati da questo modello**, oggi evidenti in sanità, ma solo in parte identificati, quelli che portano all'arretramento di alcuni indicatori di tutela della salute: la difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura; l'aumento delle diseguaglianze regionali e sociali; e i mutamenti epidemiologici che derivano dalla mancata tutela, che non beneficiano certo delle scelte legate ai piani di rientro<sup>vi</sup>. Inoltre, il documento non tiene in considerazione l'evidente rapporto circolare causa-effetto, o perlomeno, non ne fa esplicito riferimento. Ad esempio, la mancata tutela sanitaria (causa) aumenta l'incidenza di malattie (effetto), gravando sul sistema (effetto che diventa causa) e determinando l'aumento nel tempo dei casi da gestire (effetto).

Ci soffermeremo quindi a considerare ciò che è stato trascurato e ci occuperemo di illustrare gli **effetti dei due processi avviati dalle scelte operate in Italia dai decisori istituzionali**. Ossia, dai governi nazionali e regionali con l'aiuto in genere delle istituzioni accademiche e delle società di consulenza internazionali. Questi soggetti sono – a nostro avviso - ancora allineati acriticamente con le linee di orientamento politico neoliberista, provenienti dal contesto internazionale (Banca Mondiale, FMI, WHO, Unione Europea, BCE<sup>vii</sup>). Inoltre, soggiacciono alle pressioni internazionali e nazionali della finanza, dei grandi player della sanità e, più in generale, dell'industria delle scienze della vita e del suo indotto, sempre più interessati ad entrare e a rafforzarsi nel settore sociosanitario italiano. Si veda, per esempio, in che cosa consiste il mega intervento pubblico-privato, come punta di diamante dell'orientamento mainstream di cui stiamo dicendo: *“Mind attracted international and local public-private investment”<sup>viii</sup>*.

Chi ha determinato le scelte politiche in sanità nel nostro Paese non ha avuto, o voluto avere, alcuna capacità di critica nei confronti degli **orientamenti provenienti dal contesto internazionale**, a partire da considerazioni basate sulla nostra Costituzione. Tanto meno, dal punto di vista del beneficiario del servizio, ha considerato la superiorità del modello istituito alla fine degli anni '70 sugli altri modelli di sanità possibili. Nel corso dei decenni, nessuno sforzo efficace è stato compiuto per pensare e attuare politiche sanitarie coerenti con il modello del 1978, portando a risultati rilevanti nella difesa del SSN. A posteriori, si può ragionevolmente affermare che il nostro SSN è stato messo in discussione al fine di essere smantellato pezzo per pezzo. Noi pensiamo, invece, che si sarebbe potuto fare di più per la salute di chi abita il nostro Paese, anche solo tenendo fermi i principi che ci eravamo dati nel 1978.

Le reali cause della crisi del nostro SSN, che poniamo all'attenzione, sono essenzialmente due: **aziendalizzazione e privatizzazione**. Due processi alla base del modello di sanità italiano, di cui non si ravvisa traccia nel documento degli scienziati.

### **Aziendalizzazione**

La trasformazione dei servizi e luoghi di cura pubblici in aziende ha causato la graduale erosione dei principi etici e dell'umanità associata al concetto di tutela della salute<sup>ix</sup>. Divenendo aziende, queste strutture hanno concentrato le loro preoccupazioni principalmente su obiettivi di fatturato e di pareggio di bilancio, piuttosto che sulla generazione di salute.

L'idea dell'aziendalizzazione nel settore sanitario ha preso forma nel nostro Paese alla fine degli anni '80 e si è concretizzata negli anni '90<sup>x</sup>, influenzata dalle teorie neolibériste. Queste, denigrando il servizio e il lavoro pubblico, esaltavano l'efficienza del privato e le logiche manageriali del New Public Management<sup>xi</sup>. Tutto questo con l'intento di ridurre il ruolo del soggetto pubblico.

Tuttavia, l'aziendalizzazione non ha prodotto risultati tangibili in termini di efficienza e ottimizzazione delle risorse del SSN. Al contrario, ha ridotto la tutela della salute soprattutto nelle regioni dotate di minori risorse, mediante piani di rientro regionali fallimentari, che non hanno certo migliorato l'assistenza alla popolazione. Tra l'altro, gli effetti delle scelte orientate in senso neoliberalista consistono nell'accesso non egualitario alle cure, fenomeno che investe tutte le regioni al loro interno e la cui espressione più evidente è l'abissale divario interregionale nei livelli di assistenza garantiti e nella aspettativa di vita<sup>xii</sup>.

In generale, **l'aziendalizzazione ha trasformato la salute in una merce (commodification)**, riducendo il servizio ad un semplice insieme di prestazioni monetizzabili: i Diagnosis Related Groups (DRG), provenienti dal mondo statunitense, costituiscono l'esempio più evidente della contabilità aziendalistica in sanità. Lo stesso vale per le tariffe che remunerano le prestazioni ambulatoriali e la diagnostica.

L'introduzione di una **retribuzione a prestazione nel SSN**, come si trattasse di una qualsiasi azienda di servizi, ha determinato la possibilità per il privato, proiettato ad entrare e a svilupparsi nel settore, di definire oculate strategie di posizionamento in specifiche aree di business, decidendo quali tipi di servizi sarebbe stato opportuno offrire per consentirsi i maggiori vantaggi economici (*cherry picking*). Questa logica ha inoltre alimentato l'inappropriatezza nelle pratiche sanitarie, poiché mira ad aumentare i volumi delle prestazioni, e conseguentemente le entrate delle strutture, sia pubbliche che private.

L'inappropriatezza può essere interpretata in due modi: uno riferito all'utente (appropriatezza "clinica") e l'altra all'organizzazione (appropriatezza "organizzativa")<sup>xiii</sup>. **Per tutelare la salute va principalmente considerata la prima accezione dell'appropriatezza, ovvero quella riferita all'utente.** Da un lato, il clinico mira a erogare la migliore e più efficace cura per i pazienti; dall'altro, l'ente impone un'interpretazione più legata a finalità economiche, che risulta ancora più stringente nei casi delle regioni sottoposte al "piano di rientro" dal deficit di bilancio.

L'inappropriatezza, quindi, diversamente da quanto affermato nel documento **(punto 8)**, si configura principalmente come una conseguenza delle logiche aziendali ed economicistiche. Una parte non irrilevante delle sovra prescrizioni è dovuta alla commercializzazione che ha creato il consumismo sanitario. Non è causata dall'impianto originario del Servizio Sanitario Nazionale o dai comportamenti colpevoli dei pazienti, richiamati velatamente nel documento.

Ed ora soffermiamoci sul tema della continuità assistenziale (ospedale – territorio – domicilio e viceversa) **(punto 5)**. Il documento per come si esprime sembra non considerare che in Italia si sono realizzate esperienze positive di continuità assistenziale. E che questo è dipeso dal modello implementato basato su un maggior equilibrio ospedale territorio attraverso il buon funzionamento dei distretti (ad esempio, vedi alcuni casi in Emilia Romagna e Toscana).

Ci siamo chiesti inoltre che cosa sottintendesse questo passaggio:

*“Quello cui assistiamo è il paradosso della medicina moderna: il miglioramento nel contrasto a molte malattie comporta un esponenziale incremento dei costi; quello che una volta non si poteva curare ora si cura (talora con grande impiego di risorse) e spesso trasforma una morte certa e in tempi brevi in una patologia cronica che determina costi continuativi per un lungo periodo”.*

Non vi è dubbio che la frase faccia riflettere. Al di là del fatto che venga annunciato come un paradosso - e quindi, in qualche modo, come qualcosa da criticare e osteggiare - per noi, a tutti gli effetti, questo passaggio del documento sembra voler escludere dalle cure e dal SSN una fetta di popolazione. La nostra interpretazione

trova conferma in altre prese di posizione dello stesso tenore e convergenti sui contenuti<sup>xiv</sup>, sempre più frequenti, soprattutto con riferimento all'ultima fase della vita. Quello che ci preoccupa è il costante riferimento al rapporto costi/benefici. Ma ci allarma anche il fatto che queste posizioni risultino di supporto alla recente normativa riguardante la non autosufficienza<sup>xv</sup> che discrimina le persone sul diritto alla tutela della salute<sup>xvi</sup>. Sembra inoltre una ulteriore apertura agli investitori privati (ad esempio, assicurazioni e strutture private per la Long Term Care (LTC)).<sup>xvii</sup>

**I medici e gli infermieri sono stati due volte vittime** della trasformazione aziendalistica. Si sono trovati, da un lato, a dover spiegare ai pazienti che non potevano più erogare le stesse prestazioni con le modalità previste precedentemente, rinunciando così a maggiori approfondimenti clinici. In alcuni casi, hanno dovuto anche affrontare difficoltà burocratiche per l'opposizione dei vertici delle strutture di appartenenza nei confronti di interventi ritenuti necessari dai medici per la tutela della salute dei pazienti ma non più erogabili. Il rischio per gli enti era di non venir rimborsati dal SSR, vista la trasformazione dei modelli di servizio disposta a livello nazionale e implementata a livello regionale (i cosiddetti "nuovi setting di servizio"). Dall'altro, gli operatori sanitari vengono essi stessi valutati annualmente sulla base di logiche aziendali. Ai medici, ad esempio, non viene richiesto di guarire quante più persone possibili, ma molto spesso solo di ridurre i tempi di degenza, di mantenere bassa la percentuale di ricoveri sul numero degli accessi in pronto soccorso, di visitare il maggior numero possibile di persone per ogni seduta di ambulatorio (quindi di contingentare i tempi di visita<sup>xviii</sup>). Inoltre, con riferimento agli ospedali, si sono create tra gli operatori categorie di serie A e di serie B: chi svolge attività più riccamente "rimborsabili" (per esempio, in alcune chirurgie), e chi segue pazienti pluri-patologici nella loro complessa quotidianità, negli ambienti clinici.

Correlato all'aziendalizzazione, in quanto rispondente a esigenze di economie di scala, **il progressivo gigantismo delle ASL** (Aziende Sanitarie Locali) si è tradotto in una sempre minore prossimità del servizio sanitario alle persone. Ci chiediamo dunque come sia possibile nel documento degli scienziati parlare dei problemi di continuità assistenziale ospedale-territorio-domicilio (**punto 5**) e di prevenzione primaria (**punto 9**) senza accennare al processo di aziendalizzazione che ha trasformato le USL (Unità Sanitarie Locali) in ASL (o diversamente nominate), riducendone il numero, passato dalle 695 unità nel 1978 alle appena 110 di oggi (fine 2023)<sup>xix</sup>. Il loro singolo bacino di utenza arriva, in un caso, nel Nord del Paese, a superare ampiamente i 3 milioni di abitanti, altrove, in qualche caso, il milione.

Inoltre, la difficoltà nel conoscere, soprattutto per le persone, l'articolazione organizzativa del SSN e dei SSR, così come nel conoscere e valutare i risultati dei loro sottosistemi, è anch'essa una diretta conseguenza dell'aziendalizzazione. In particolare, dell'autonomia dei dirigenti nell'effettuare scelte organizzative in una logica di austerità economica e in un quadro di regionalizzazione della gestione sanitaria. Si veda il caso di una ASST lombarda (Azienda Socio Sanitaria Territoriale, struttura pubblica di sola erogazione) che si è rifiutata espressamente di fornire i dati dei ricoveri in pandemia, richiesti da una organizzazione sindacale. Ha giustificato il suo comportamento con le esigenze aziendali di segretezza ai fini della concorrenza con altri erogatori sanitari (pubblici e privati)<sup>xx</sup>. L'articolazione aziendale e regionale del SSN genera anche difformità fra i sistemi informativi e modalità disomogenee di raccolta e di classificazione dei dati (**punto 6**).

Si devono inoltre attribuire ai processi di aziendalizzazione le seguenti realizzazioni, anch'esse non criticate o auspiccate o a volte promosse dalle istituzioni accademiche:

- **L'idea che la Regione sia una holding/capogruppo della componente pubblica del SSR.** Questo è un rilevante orientamento aziendalistico, tuttavia incompatibile, secondo noi, con la missione di un ente territoriale della Repubblica italiana. Serve a dare all'ente Regione una configurazione speculare a quella privatistica, che rispecchia le forme del governo dei gruppi economici del privato, in particolare di quelle assunte dai gruppi della sanità. L'introduzione di questo orientamento è correlata alla privatizzazione del SSN e alla concorrenza tipica di un sistema di quasi-mercato, misto pubblico- privato.

- **La promozione di una rappresentanza organizzata delle ASL e delle Aziende ospedaliere (pubbliche) in associazioni** (vedi il caso della FIASO<sup>xxi</sup>, Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere e di altre associazioni), come se ASL e Aziende ospedaliere pubbliche fossero esse stesse portatrici di interessi specifici e non organizzazioni strumentali del SSN/SSR. Lo stesso vale anche per i singoli sottosistemi delle ASL, come nel caso dei distretti (CARD, Confederazione associazioni regionali di Distretto, Società scientifica delle attività sociosanitarie territoriali) e per ogni altro segmento organizzativo del SSN che costituisca una propria “rappresentanza”.
- **La proliferazione di aziende di vario tipo**, che disarticolano e frammentano le funzioni del SSR, di istituzione dell’Ente regione, ma una volta costituite, autonome dal vertice della sanità regionale stessa, pur essendo spesso partecipate al 100% dall’ente pubblico (per esempio, Aria spa<sup>xxii</sup> in Lombardia, Laziocrea spa<sup>xxiii</sup> in Lazio). Queste aziende sembrano svolgere la funzione di scaricare di responsabilità dirette i vertici della sanità regionale.

In sintesi, ci appare fuorviante qualsiasi elenco delle ragioni della crisi del SSN che ometta di fare riferimento all’aziendalizzazione. Cioè alla madre di tutte le limitazioni alla tutela dei diritti delle persone in sanità. Sarebbe auspicabile, con un briciolo di perizia e di autocritica, almeno un bilancio degli effetti prodotti dalla sua introduzione, oltre trent’anni fa.

### Privatizzazione

Il passo successivo, intrinsecamente correlato all’aziendalizzazione, è stato quello di cedere via via direttamente alle aziende private le **funzioni** e le **attività precedentemente in mano pubblica**<sup>xxiv</sup>: erogazione, formazione del personale sanitario, ricerca, attività di regolazione (la programmazione diventa co-programmazione e la progettazione dei servizi diventa co-progettazione) e, talvolta, le funzioni di rappresentanza dell’SSR - prevalentemente in occasione di convegni o di uscite pubbliche.

Questo processo di privatizzazione si è sviluppato sull’assunto mistificatorio secondo cui il settore privato, per sua natura e per le sue pratiche, è **migliore del pubblico**. E questo, sebbene la sua efficienza non si traduca in benefici per le casse del Servizio Sanitario Nazionale, ma piuttosto nella connaturata finalità di accumulazione dei profitti. Per non parlare, poi, dei drammatici effetti negativi dovuti agli **sconfinamenti di ruolo dei privati accreditati e a contratto** (e, a maggior ragione, dei soli autorizzati all’esercizio). È il caso di chi, pur essendo a contratto con il SSR, con i propri comportamenti ne mina l’esistenza, sostituendosi pienamente al servizio pubblico con pratiche del tutto fuori luogo: i pronto soccorso impropri a pagamento<sup>xxv</sup> e i triage on line<sup>xxvi</sup>; i medici a pagamento dei gruppi privati del sociosanitario<sup>xxvii</sup>, che visitano a domicilio e si autodefiniscono medici di base; i gettonisti organizzati in cooperative<sup>xxviii</sup>. E che dire dei misfatti che finiscono per danneggiare gravemente il Servizio? Si vedano, per esempio, il ritardato intervento dei privati contrattualizzati durante la pandemia, anche laddove veniva sbandierato il concetto della parità/equivalenza del privato con il soggetto pubblico (caso della Lombardia)<sup>xxix</sup>; le resistenze dei privati nei riguardi della realizzazione del centro unico di prenotazione;<sup>xxx</sup> e le liste di attesa pilotate.<sup>xxxi</sup>

È importante notare che il principale obiettivo di un’istituzione sanitaria dovrebbe essere la generazione di salute, soprattutto attraverso la prevenzione primaria, e che, nel momento in cui la sanità diventa orientata al profitto, il risultato è un disastro per la salute stessa - come è ben documentato dalla vasta e autorevole letteratura internazionale.<sup>xxxii</sup> Tutti noi, come utenti del SSN, siamo transitati da una condizione di certezza — o quasi — di essere presi in carico da un soggetto pubblico orientato a preservare la nostra salute senza secondi fini, a quella di essere in balia di soggetti che si pongono soprattutto il problema di fatturare il più possibile, anche a scapito della nostra salute. Ci chiediamo allora come sia stato possibile omettere completamente nel documento il **fenomeno della progressiva e travolgente privatizzazione del SSN**. Quasi la metà delle strutture ospedaliere, circa il 60% di quelle ambulatoriali, oltre l’80% delle strutture residenziali

e semiresidenziali (incluse le riabilitative) destinate ai pazienti non acuti<sup>xxxiii</sup> e, praticamente, la totalità dei servizi di assistenza domiciliare sono in mano ai privati accreditati/contrattualizzati (in alcune regioni, ad esempio, il Lazio, per il 100%). Mentre la quota che rimane nominalmente a gestione diretta viene troppo spesso affidata con appalti di servizi ad altri soggetti privati con ancora minori garanzie e controlli sulle condizioni sia di lavoro che contrattuali applicate.

Il documento – è vero - fa riferimento ai servizi sanitari universalistici che “hanno ridimensionato grandemente il ruolo del pubblico in favore del privato” (**punto 1**). È sorprendente però che si colga **l'importanza dei processi di privatizzazione solo quando riguardano altri Paesi**. Vengono citati, per l'area mediterranea, i casi di Spagna, Grecia e Portogallo, come se in Italia non fosse avvenuto nulla di analogo<sup>xxxiv</sup>.

È mai possibile che coloro che chiedono più risorse per il “Servizio Sanitario Pubblico” non si accorgano che oramai una buona metà del finanziamento destinato sulla carta al SSN venga in realtà utilizzato per acquistare prestazioni e servizi sanitari dai privati<sup>xxxv</sup> (esternalizzazioni, contrattualizzazioni, medici convenzionati)?<sup>xxxvi</sup>

Il processo di privatizzazione, che si era dato come bandiera la “**libertà di scelta**”, sottintendendo la possibilità del passaggio dall'erogatore pubblico al privato, ha prodotto l'esito paradossale di rendere quasi impossibile ricevere cure tempestive in una struttura interamente a gestione pubblica. La "libertà di scelta" oggi concretamente offre solo due opzioni: attendere oltre i tempi previsti per ricevere assistenza sanitaria dal SSN oppure, per accelerare i tempi, pagare di tasca propria un erogatore privato.<sup>xxxvii</sup> Ma, come sopra descritto, alcuni ambiti assistenziali sono a quasi esclusiva gestione privata.

Già per un intero settore della sanità – l'**odontoiatria** - non si può di fatto accedere ad un servizio pubblico (con rare eccezioni che stanno scomparendo). In questo settore, dove la prevenzione è la chiave risolutiva, ci sono trattamenti basati esclusivamente sull'azione chirurgica. Anche nel nostro Paese, la privatizzazione ha comportato l'aumento delle catene di cliniche odontoiatriche a scopo di lucro, mentre bambini, disabili e famiglie a basso reddito, rimangono esclusi dall'accesso alle cure orali e quindi anche dalla prevenzione<sup>xxxviii</sup>.

La privatizzazione si è ulteriormente sviluppata attraverso operazioni di finanziamento quali i **project financing (PFI)**<sup>xxxix</sup> e in generale attraverso le **public-private partnership (PPP)** per la costruzione e la gestione di nuove strutture sanitarie. Con tali operazioni si è proceduto anche alle esternalizzazioni di numerose attività.

Per quanto riguarda il riferimento al **personale**, ecco il quadro delineato dal manifesto (**punto 4**): il disagio, lo stress e l'insoddisfazione del personale sanitario sono dovuti all'ambiente e alle condizioni di lavoro, e cioè a strutture obsolescenti, a condizioni retributive non soddisfacenti, alla pressione dei pazienti accompagnata da sempre più frequenti episodi di violenza. Tutti questi fattori portano – viene detto - alla fuga del personale dalle strutture pubbliche.

Mentre quindi si richiamano pienamente le attuali condizioni di lavoro problematiche, non viene evidenziato il fatto che la **carenza di personale**, innanzitutto, è dovuta alle regole restrittive imposte alla componente pubblica del SSN (ad esempio, il tetto di spesa per le assunzioni) e alla mancata programmazione (anche universitaria). Oltre che essere strettamente correlata a pratiche predatorie consentite al privato per il reclutamento del proprio personale nel bacino pubblico.

Va ricordato anche l'utilizzo sempre più frequente e stringente dei codici disciplinari per i dipendenti e i collaboratori delle aziende sanitarie pubbliche. Il fine è di evitare qualsiasi contestazione delle scelte operate, ma l'esito di queste pratiche consiste anche nel privarsi dei suggerimenti di miglioramento che se ne potrebbero ricavare. Tale impianto è evidentemente legato all'impostazione aziendalistica e soprattutto alla figura monocratica del direttore generale.

La carenza di personale nel pubblico si verifica in realtà per la non stabilizzazione del personale, che crea situazioni di volatilità che interrompono spesso il rapporto di lavoro; per la possibile doppia presenza negli

ambiti pubblico e privato; per l'abbandono definitivo del lavoro nel settore pubblico per consentirsi una fuga verso i privati; per il cambio di tipologia di lavoro o l'espatrio.

La mancanza di personale è un risultato sia dell'aziendalizzazione sia della privatizzazione. Entrando nel merito delle diverse posizioni lavorative, aziendalizzare le strutture pubbliche ha comportato - in risposta ai vincoli normativi, ma soprattutto per motivi di bilancio - lo sviluppo del reclutamento di **personale precario**, di per sé discontinuo, evitando così il più possibile prima le assunzioni e poi le stabilizzazioni. Sono state riprese in questo modo le pratiche di contenimento dei costi del lavoro tipiche del settore privato. Del resto, come si possono garantire la presa in carico, la continuità assistenziale o, più in generale, la qualità dell'assistenza e l'umanizzazione delle cure quando il lavoro è precario e i lavoratori sono costantemente costretti a muoversi da un soggetto erogatore all'altro? **(punto 5)**.

La privatizzazione sembra spiegare il seguente fenomeno. La gestione delle risorse umane nelle singole strutture pubbliche non viene praticata diffusamente e in parte è stata sostituita da regole che possono **consentire una doppia presenza degli operatori sanitari nel pubblico e nel privato**. Recentemente, infatti, è stata approvata una normativa nazionale che tende a cancellare il vincolo di esclusività nel rapporto pubblico<sup>xi</sup>. Qual è la ragione di tale apertura al lavoro nel privato? Va interpretata, crediamo, innanzitutto come misura per offrire una sorta di compensazione/bilanciamento delle condizioni di lavoro pregresse. Inoltre, serve per estendere il consenso dei medici e degli operatori sanitari al modello di sanità misto pubblico-privato, in quanto, tale apertura permette al tempo stesso al dipendente pubblico di integrare il reddito e di ricercare altrove le auspiccate, ma spesso illusorie, occasioni di sviluppo professionale<sup>xii</sup>. Ci chiediamo se tutto questo non spieghi le ragioni profonde della mancata o ritardata opposizione da parte del personale del SSN nei confronti di un modello organizzativo e gestionale misto, così problematico.

La soluzione, quindi, non può essere semplicemente la «valorizzazione, tutela e motivazione» del personale pubblico - come viene sostenuto nel manifesto - sebbene questi siano aspetti fondamentali. La soluzione proposta di una gestione oculata del personale è parziale e non risolutiva, in quanto non intacca le cause prime che sono alla base della situazione descritta.

Il modello organizzativo di sanità **ospedale-centrico** (con una assistenza territoriale pubblica debole o assente) e **misto pubblico-privato** (sbilanciato verso il privato) è alla base dei problemi descritti. Tale modello influisce anche sulle criticità legate alla violenza sugli operatori. In ipotesi, i SSR più attrezzati in termini di assistenza territoriale, e non afflitti da altri problemi endogeni, pensiamo siano i meno esposti alle criticità descritte dal documento. In presenza di una assistenza territoriale adeguata ai bisogni, la pressione e la violenza sugli operatori ragionevolmente si ridurrebbero.<sup>xiii</sup>

Vi è poi il tema dell'assoluta e **gravissima carenza di personale di specifiche professioni sanitarie**, in merito al quale il documento menziona solo il personale infermieristico, trascurando tutte le altre professioni. Un problema noto da decenni e mai affrontato con metodi adeguati dai vertici del SSN e del sistema universitario.

Ma in positivo, nella realtà, ciò che si registra è che nei contesti in cui il settore pubblico ha un'importanza rilevante, esso costituisce uno standard di riferimento generale per i diritti e le retribuzioni anche degli operatori della sanità privata. È un dato di fatto che già adesso nei contesti assistenziali in cui il settore pubblico è presente con percentuali rilevanti (Pronto soccorso, Ricoveri per Acuti), i contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) della sanità pubblica (dirigenza medica, professionale, e comparto) costituiscono uno standard di riferimento generale per i diritti e le retribuzioni nei CCNL dell'Ospedalità privata laica e cattolica. Al contrario, nei servizi e negli ambiti assistenziali in cui il settore pubblico ha ceduto del tutto o quasi il terreno ai soggetti privati (dalla postacuzie alla lungodegenza ospedaliera per arrivare a RSA, Hospice, strutture psichiatriche, per disabili, per tossicodipendenti, assistenza domiciliare integrata), troviamo oltre quaranta CCNL diversi (i cosiddetti contratti "pirata"), sottoscritti da organizzazioni datoriali e sindacali non rappresentative della maggioranza delle imprese e dei lavoratori.<sup>xiiii</sup> Laddove si applicano tali contratti, il lavoro

è sempre più precario, le retribuzioni sempre più basse, le condizioni e dotazioni di sicurezza non sono adeguatamente garantite e vigilate (come ha rivelato la pandemia), e le condizioni e i ritmi di lavoro sono sempre più degradanti. Troppe operatrici e operatori abbandonano o cercano lavoro in altri Paesi.<sup>xliiv</sup>

Infine, evidenziamo che non si può difendere il “servizio sanitario pubblico” se non si dice nulla su come il **processo di privatizzazione si stia già da qualche tempo trasformando in finanziarizzazione**<sup>xlv</sup>.

Abbiamo visto gli esiti della finanziarizzazione nella precarietà ed instabilità dei sistemi produttivi in generale e possiamo facilmente immaginare cosa possa capitare di ulteriormente minaccioso agli operatori del SSN e alla nostra salute.

*“...Il passo successivo alla privatizzazione della sanità è quello della finanziarizzazione. È sempre più forte la tendenza ad acquisire strutture e organizzazioni sanitarie da parte di fondi di investimento, fondi pensione, fondi speculativi (“hedge funds”), compagnie generali di assicurazioni, gestori di beni, fino a quelle misteriose entità note come “private equities”. Con maggiori costi per i pazienti, minore qualità delle cure, insufficiente quantità e qualità degli operatori sanitari.” (Cattaneo 2024)<sup>xlvi</sup>.*

## 2. Le contraddizioni del documento e le responsabilità del sistema universitario

Pur essendo convinti che alcuni dei firmatari siano sinceramente preoccupati per le sorti del SSN, ciò che più ci ha sconcertati sono alcune gravi contraddizioni tra i principi in difesa della sanità pubblica - cui si fa un implicito riferimento nel documento - e le posizioni, nella sostanza di tutt'altro tipo, sostenute nel tempo in ambito accademico da più di uno dei firmatari. Ci pare un **atteggiamento gattopardesco**: si auspica un cambiamento che sostenga il Servizio Sanitario Nazionale, ma con l'intenzione di continuare a ignorare i principi fondamentali del SSN originario, mantenendo il modello e le pratiche finora adottate.

**La contraddizione più evidente emerge dal fatto che le istituzioni accademiche abbiano promosso e sostenuto negli anni proprio i processi che hanno portato alla crisi del SSN.**<sup>xlvii</sup>

Non va dimenticato, a questo proposito, che alcune istituzioni, forti anche del loro ruolo egemonico sul sistema universitario italiano, hanno esercitato un'influenza determinante sui modelli di organizzazione e di management nel SSN italiano fin dai primi anni '90.

Dal 2000 ad oggi, poi, per un quarto di secolo, hanno intensificato il loro ruolo di “accompagnatori esperti” del processo di aziendalizzazione e di privatizzazione, anticipando e sostenendo di fatto la parificazione dei soggetti pubblici e privati in sanità. E questo, ancora prima che tale principio divenisse la base normativa di alcune politiche regionali - quelle delle regioni che loro stessi, elogiandole, considerano le *front-runner*. Hanno quindi contribuito decisamente, nelle vesti di osservatori del cambiamento in corso, di consulenti dei vertici del SSN e dei singoli SSR, e nel ruolo di formatori a tutto campo dei loro manager ad una **sanità deregolamentata, disarticolata e largamente privatizzata**. Hanno agito come diffusori delle pratiche privatizzatrici anche nei sistemi regionali a cultura pubblica, contribuendo a ridurre progressivamente nel soggetto pubblico le autonome capacità di programmazione, regolazione e controllo.

Risulta poi stonato, e per certi aspetti subdolo, **giocare sul termine “pubblico”**. La continua richiesta di maggiori finanziamenti per il “servizio nazionale pubblico” lascia intendere che essi siano naturalmente destinati a rafforzare la componente pubblica del SSN (**punto 2**). Proprio perché interpretata in questo senso, tale richiesta può ottenere ampi consensi.

**Anche noi sosteniamo l'incremento dei finanziamenti per il SSN, tuttavia siamo convinti che essi debbano essere destinati esclusivamente alla sua componente pubblica.**

Ma non basta. I finanziamenti dovrebbero essere accompagnati da quelle **misure di trasformazione del modello necessarie per ridare slancio al soggetto pubblico propriamente detto**. Questo ultimo, via via appesantito da vincoli e ristrettezze di risorse, non è oggi nelle condizioni di sviluppare le proprie attività. Quello che ragionevolmente ipotizziamo è che, nella situazione attuale, tale richiesta finirebbe invece per tradursi in un aumento dei finanziamenti soprattutto in favore del settore privato a contratto, almeno in alcuni contesti. Non a caso tra le più insistenti richieste di finanziamento figurano quelle delle associazioni datoriali dell'ospitalità privata, laica e religiosa<sup>xlviii</sup>.

Inoltre, nel sottolineare la limitatezza delle risorse, nel documento si accenna alla mancanza di un autentico **dibattito su «sostenibilità e diritto alla salute»<sup>xlix</sup>**. Ci pare stia avvenendo esattamente il contrario! Questa affermazione è particolarmente ricorrente nella narrazione neoliberista, la quale, laddove esiste un sistema universalistico, promuove il principio dell'"universalismo selettivo e ridotto"<sup>l</sup>. Secondo questo principio, non è possibile garantire a tutti lo stesso livello di cure, e questo orientamento viene giustificato facendo riferimento alle risorse limitate.

Seguendo l'indirizzo egemonico, all'interno di ciascuna azienda sociosanitaria, i manager intermedi pubblici dovrebbero praticare, sotto la loro responsabilità, le **scelte di razionamento dei servizi** durante la fase di definizione della strategia di posizionamento e della formulazione del budget aziendale. Ogni azienda pubblica del SSN, considerando le limitate risorse a disposizione, dovrebbe quindi decidere quali servizi offrire, a chi e in che modo. L'esatto contrario dei principi costituzionali a cui il nostro SSN dovrebbe ispirarsi. Diversamente, in pieno rispetto della Costituzione, consapevoli che il diritto alla salute è fondamentale, crediamo fermamente che, in quanto tale, non debba essere soggetto ad alcun vincolo di sostenibilità economica. La buona notizia è che un SSN davvero pubblico costerebbe, considerando complessivamente tutte le ricadute, comunque meno di un modello misto pubblico-privato (a prevalenza del privato)<sup>li</sup>, che peraltro non ci tutela.

Un'ulteriore mistificazione emerge dalla richiesta di un **maggiore protagonismo dei cittadini** in ambito sanitario, con l'obiettivo di «incrementare le loro conoscenze» e di renderli consapevoli della propria salute **(punto 10)**. Con quale finalità? Per trasformarli "in consumatori maggiormente informati"? Oppure, per reclutarli strumentalmente come sostenitori della richiesta di finanziamento? O, ancora, per colpevolizzarli di una "irresponsabilità personale" negli "stili di vita", indotti e legati spesso al contesto sociale?

A nostro avviso, le persone non solo dovrebbero essere informate e coscienti del proprio stato di salute e di come questo viene in concreto tutelato o non tutelato, ma soprattutto dovrebbero diventare protagoniste nel governo democratico delle istituzioni sanitarie. Non possiamo dimenticare che chi ha promosso e sostenuto il processo di aziendalizzazione della sanità ha favorito un tipo di *governance* dove di fatto non sono state incluse forme di partecipazione democratica delle persone.

### 3. Proposte per il SSN del futuro

Se quello che è stato fatto in passato è la causa dei problemi di oggi, cercheremo di indicare cosa si dovrebbe fare per **contenere l'insicurezza di vita dovuta alle condizioni di salute** e le **disuguaglianze nell'accesso ai servizi sociosanitari** in Italia. Due problemi che sono la cifra evidente della sanità italiana di questi ultimi decenni.

**La minaccia di una ulteriore privatizzazione e finanziarizzazione<sup>iii</sup> del sistema impone di impegnarsi a fondo affinché la situazione progressivamente non si aggravi.**

Non dobbiamo dimenticare che il nostro Paese può godere di una Costituzione che espressamente afferma che la **salute è l'unico diritto riconosciuto come fondamentale**. È da considerare quindi più importante di ogni altro diritto, in quanto tutela la vita e la salute degli individui e della collettività. Se rapportato al diritto alla libera iniziativa (art. 41, comma 1)<sup>iii</sup>, è più forte, e lo è tanto di più se la libera iniziativa in certi casi minaccia la salute e la vita. Andrebbe quindi conseguentemente ribadita la **preminenza in termini di rilevanza giuridica dell'articolo 32 sull'articolo 41** della Costituzione<sup>iv</sup>, tanto più alla luce delle recenti modificazioni dello stesso art. 41<sup>iv</sup>. Questo perché il modello di sanità vigente mette *pericolosamente* il privato, che opera nella sanità e in ambito socio assistenziale, nella condizione di definire da sé i propri comportamenti e qual è l'utilità sociale della propria iniziativa.

La parità sostanziale fra pubblico e privato, realizzata in Lombardia, ha di fatto ribaltato l'ordine di importanza fra i due articoli citati, e anticipato, rendendoli operativi, i suggerimenti del 2021 dell'**Autorità garante della concorrenza e del mercato (AGCM)**. In linea con la BCE, le proposte del Garante invitano alla maggiore apertura al privato in sanità anche alle aziende non convenzionate, e indipendentemente dalla programmazione, ovvero dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari. Questi suggerimenti hanno anche trovato un parziale esito nelle disposizioni normative nazionali<sup>vi</sup>. È quindi da verificare la possibilità di opporsi alle proposte di riforma concorrenziale formulate dal Garante<sup>vii</sup>: abbiamo la **necessità di contrastare, per quanto possibile, con argomentazioni giuridiche il processo di privatizzazione**.

Il diritto alla salute per diventare effettivo richiede però venga **garantita l'universalità**, senza se e senza ma. In altre parole, richiede che tutti siano portatori e fruitori di tale diritto. In definitiva, si ritorna quindi alla necessità di un contenimento dell'insicurezza dovuta alle condizioni di salute e al superamento delle disuguaglianze all'accesso ai servizi.

Si sono rotti gli argini e tali argini vanno ristabiliti. Ma purtroppo i firmatari del documento non sembrano considerare questo fatto come un problema. **La tutela delle persone deve andare dalla culla al termine della vita, per tutti**. In altre parole, gli anziani non autosufficienti, minacciati da riforme che intendono escluderli dal SSN<sup>viii</sup>, devono avere la possibilità di essere curati, non solo accompagnati alla morte con pratiche palliative, in assenza di cure.

Nella nostra visione **ridiamo centralità alla persona**. Il servizio intende essere appropriato allo stato di salute. L'appropriatezza, nella nostra accezione, riguarda i beneficiari del servizio e non le necessità di efficienza finanziaria delle strutture; non riguarda quindi la compatibilità con le risorse disponibili di una singola struttura di servizio o del SSR o del SSN.

Per garantire la sopravvivenza del nostro Servizio Sanitario Nazionale a caratterizzazione pubblica le **necessarie trasformazioni da rendere concrete** sono:

- **Fermare innanzitutto i processi di privatizzazione in corso**, in forza dell'articolo 32 della Costituzione, con la chiusura dei varchi di entrata del privato in sanità. Non vanno permessi né autorizzazioni di nuovi soggetti erogatori né nuovi accreditamenti o modificazioni di accreditamenti che comportino - in modi nascosti - una maggiore offerta di servizi da parte del privato. Si tratta di contenere la presenza del privato in una fase di passaggio verso l'implementazione del nuovo modello pubblico che proponiamo. E che si rifà a quello delle origini. **Ciò servirebbe anche a predisporre un primo argine alle iniziative di finanziarizzazione in sanità** - anche se tale processo è già in corso e per essere regolato richiederà lo sforzo di definire al più presto misure di contenimento *ad hoc*.

- **Ristabilire i fondamentali di una cultura della "cosa pubblica"**, che riassegni in sanità le funzioni pubbliche a strutture pubbliche per evitare che i cittadini subiscano il dominio di soggetti orientati da fini particolaristici. Vanno quindi **tenute e riottenute in ambito pubblico le funzioni** di finanziamento, programmazione (con piena titolarità), prevenzione, formazione accademica, orientamento della ricerca, inquadramento contrattuale del personale, e innovazione ed erogazione dei servizi. **Tale cultura richiede di garantire una vera partecipazione democratica** perché soltanto nell'organizzazione democratica si realizza il bene pubblico.

- **Rendere concretamente nazionale il SSN, riequilibrando i poteri fra regioni ed enti locali e contrastando ogni autonomia regionale**, anche nella considerazione delle sfide epidemiologiche che ci attendono. **Progettare e realizzare una struttura complessiva del SSN semplice e modulare, uniforme su tutto il Paese**, riconcepita considerando solamente le necessità di salute dei diretti beneficiari del SSN.

- **Incrementare il finanziamento del SSN ad esclusivo uso pubblico, fino a garantire la totale gratuità del diritto alla salute**. Abolire il ticket sanitario e i servizi pubblici "privatizzati" a pagamento, come quelli in intramoenia ed extramoenia. Rendere inutile il ricorso ad ogni forma di assicurazione sanitaria.

- **Abolire l'aziendalizzazione**. Contrastare la cultura e l'organizzazione aziendalistica ed aprire alla partecipazione democratica. **Trasformare le Aziende Sanitarie Locali in una nuova configurazione che si basi su organizzazioni locali e prossime all'utenza che non assumano la forma di azienda: Nuove Unità Sanitarie Locali** (al massimo una ogni 40.000 abitanti), al fine di ottenere una capillare diffusione territoriale e di prossimità dei servizi. Abolire la figura del Direttore Generale monocratico di nomina politica e **progettare un modello di governo democratico** delle strutture e dei servizi sanitari che comporti la partecipazione attiva del personale sanitario e dei cittadini.

- **Potenziare la medicina di base, facendola diventare il perno del SSN**, concependo il servizio di primo livello, nella forma della massima capillarità, al fine di garantire la prossimità e la totale gratuità di fruizione del servizio, aspetti che rendono **egualitarie ed eque le condizioni di accesso**. Potenziare le politiche di prevenzione, a partire da quella primaria (che non corrisponde solo a orientare gli stili di vita). Istituire la figura dell'infermiere di prossimità. Prevedere il passaggio al rapporto di dipendenza con il SSN dei medici di medicina generale, dei pediatri e degli specialisti ambulatoriali. **Dispiegare un medico di medicina generale ogni 700 abitanti e un infermiere di prossimità ogni 350**, potenziando così al massimo l'assistenza domiciliare, in particolare per gli anziani. **Il modello comporta l'eliminazione totale delle liste d'attesa grazie ad una reale presa in carico globale pubblica**, sollevando così le persone dalla preoccupazione di dover provvedere con fatica e da sole ai propri bisogni.

- **Predisporre un piano straordinario di assunzioni del personale del SSN**. Applicare il contratto unico in sanità. Re-internalizzare tutti i servizi attualmente esternalizzati e il relativo personale, stabilizzando tutti i contratti. Progettare un piano di riduzione dell'orario di lavoro settimanale sotto le 30 ore, a parità di retribuzione, migliorando in questo modo le condizioni di lavoro in sanità e di vita.

In estrema sintesi, per salvare il nostro Servizio Sanitario Nazionale pubblico e gli ideali della legge n° 833 del 1978, è necessario un **PIANO DI RIFORMA COMPLESSIVA DEL SSN**, ispirato ai principi fondamentali del modello Beveridge/Bevan/Anselmi: **pubblico, universalistico e solidale**.

FIRMATO:

*Gruppo di Studio per la Salute del futuro*

Maria Elisa Sartor Chiara Alfieri Davide Dibitonto Simona Grassi Giuseppe Graziano Jones Mannino  
Antonio Muscolino Laura Strohmenger

email: [gruppostudiosalutefuturo@gmail.com](mailto:gruppostudiosalutefuturo@gmail.com)

6 giugno 2024

## Bibliografia

- Alfieri C., Desclaux A., Egrot M., Sams K. (2020), "Mourning while fighting, the first months of the NOI DENUNCEREMO association, Bergamo, Italy", *Somatosphere* 2020; <https://somatosphere.com/2020/mourning-while-fighting-for-justice.html/>
- Alfieri C., Egrot M., Desclaux A., Sams K. (2022), "Recognising Italy's mistakes in the public health response to COVID-19", *The Lancet*, Vol 399, issue 10322, January 2022; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02805-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02805-1/fulltext)
- Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) (2000), *Rapporto OASI 2000, L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Egea, 2000
- Anessi Pessina E., Cicchetti A., Spandonaro F., Polistena B., D'angela D., Masella C., Costa G., Nuti S., Vola F., Vainieri M., Compagni A., Fattore G., Longo F., Bobini M., Meda F., Buongiorno Sottoriva C. (2021) "Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni", *Mecosan*, 2021, no. 119, pp.89-117
- Balassone, F. (1994), "Finanziamento e produzione di servizi pubblici: il sistema dei quasi-mercati", *Economia Pubblica*, n. 6
- Balduzzi R. (2018), "Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN", *Corti Supreme e salute*, 3, pp.465-474 ; <http://www.cortisupremeasalute.it/wp-content/uploads/2019/06/Corti-supreme-e-salute-3-2018-3.pdf>
- Bariletti, A. (1993a), "La riforma nel settore sanitario: alcune strategie a confronto", *Persone & Imprese*, n. 2. (Strategie delle varie regioni; una tendenza a privilegiare il problema del controllo della spesa rispetto a quello del controllo della qualità dei servizi)
- Bariletti, A. (1993b), "Il caso italiano: la riforma del sistema sanitario nazionale", *Persone & Imprese*, n. 2
- Bariletti, A., France, G. (1992), "Dispositivi pro-concorrenziali per il settore sanitario: un'analisi di economia dell'organizzazione", Relazione presentata alla IV Riunione Scientifica della Società Italiana di Economia Pubblica, Pavia, 16-17 ottobre 1992
- Benci L. (2015), "Privatizzare gli ospedali? La via del Project financing", *saluteinternazionale.info*, 28 aprile 2015; <https://www.saluteinternazionale.info/2015/04/privatizzare-gli-ospedali-la-via-del-project-financing/?pdf=10557>
- Buchicchio C. (2024), "Attenzione, ci sono interessi particolari che diffondono la narrazione di un SSN in declino", *TrendSanità*, 6 febbraio 2024; <https://trendsanita.it/renato-balduzzi-attenzione-interessi-particolari-diffondono-narrazione-declino-ssn/>
- Balassone F., Franco D. (1995), "La difficile riforma del welfare italiano: il settore della sanità", *Stato e mercato*, No. 43 (1) (APRILE 1995), pp. 95-126
- Banchieri G, Vannucci A. (2024), "Nhs e Ssn, due sistemi sanitari, universalistici e... 'anziani'", *QS*, 10 maggio 2024; [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=122047](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122047)
- Berloto S., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2020), "Se gli anziani diventano uno stimolo per un nuovo Welfare – Old Age As Stimulus For A New Form Of Welfare", *Economia & Management*, 2020, No. 3, Pp.59-62
- Bergamaschi M. (a cura di) (2000), *Organizzazione delle aziende sanitarie*, Mc Graw-Hill, 2000
- Brenna E. (2011), "Quasi-market and cost-containment in Beveridge systems: The Lombardy model of Italy", *Health Policy*, 103/2
- Campus G., Cocco F., Strohmeier L., Cagetti M. G (2020), "Caries severity and socioeconomic inequalities in a nationwide setting: data from the Italian National pathfinder in 12-years children", *Nature research*; [www.nature.com/scientificreports](http://www.nature.com/scientificreports)
- Carraro F. e Quezel M., (2018). *Salute S.P.A: Gli affari dei nuovi mercanti sulla pelle dei cittadini*. Chiarelettere, settembre 2018
- Cattaneo A. (2024) "La finanziarizzazione della sanità", *Salute internazionale.info*, 17 aprile 2024; <https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/la-finanziarizzazione-della-sanita/>
- Cavicchi I. (2022), "Sanità verso la privatizzazione: se tre indici fanno una prova", *QS*, 4 luglio 2022; [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=106030](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=106030)
- Cavicchi I (2023), *Sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità*, Castelvecchi, 2023
- Cavicchi I. (2023), "Rifinanziare la sanità senza riformarla non ci salverà dalla privatizzazione", *QS*, Lettere al Direttore, 15 novembre 2023; [https://www.quotidianosanita.it/m/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=118295](https://www.quotidianosanita.it/m/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118295)
- Cinelli G., Longo F. (2021) "Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti", *Mecosan*, 2021, no. 118, pp.155-173
- Coburn D. (2000). "Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: The Role of Neo-Liberalism", in *Social Science & Medicine*, 2000, 51, 1, pp. 135-46
- Cocco F., Campus G., Strohmeier L., Cortesi Ardizzone V., Cagetti M. G (2018), "The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes", *BMC Geriatrics* (2018) 18:76
- Colak C.D. (2019), "Why the New Public Management is obsolete: an Analysis in the context of the Post-New Public Management Trends", *HKJU\_CCPA*; 19 (4), 517-536 Administrative Theory, Croatian and comparative public administration
- Commissione Europea (2023), Briefing Paper "Achieving universal health coverage", European Observatory of Health Systems and Policies - European Commission; <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/achieving-universal-health-coverage>
- Cordelli C. (2022), *Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo stato democratico*, Mondadori
- Cordilha A.C. (2022), "Financialisation and Public Health Systems: a new concept to examine ongoing reforms", *Économie et institutions*, 30-31, 2022
- Data G., Mariani P. (2015), *Market Access nel settore Healthcare. Strategie, attori, attività e processi*, Franco Angeli, Milano
- Dentico N., Maciocco G. (2023), "Storia di una magnifica intuizione politica: il principio di universalismo in salute", *Politiche sociali*, Anno X, 3/2023 settembre – dicembre
- Dors (2024), "I determinanti commerciali della salute: come influiscono sulla salute e l'equità"; [I determinanti commerciali della salute: come influiscono sulla salute e l'equità - Dors](https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/la-finanziarizzazione-della-sanita/)
- Garattini S. (2023), *Prevenzione è rivoluzione*, Il Mulino
- Geddes da Filicaia M., Giorgi C. (2023), "L'espansione del privato in sanità: il caso italiano nel contesto globale", *Politiche sociali*, Anno X, 3/2023 settembre – dicembre
- Giarelli G. (2017), "1978-2018: quarant'anni dopo. Il Ssn tra defianziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione",



Prospettive sociali e sanitarie - Redazionale (1993), "Riforma dell'assistenza sanitaria: il testo definitivo del decreto legislativo", *Prospettive Sociali E Sanitarie*, documenti, Anno XXIII, n. 2, 1 febbraio 1993

Prospettive sociali e sanitarie - Redazionale (1993), "Riforma dell'assistenza sanitaria: le Regioni ricorrono alla Corte costituzionale", *Prospettive Sociali E Sanitarie*, Anno XXIII, n. 4, 1 marzo 1993

Remuzzi G. (2018), *La salute (non) è in vendita*, Laterza

Sartor M.E. (2017), Introduzione all'edizione italiana, Davis J, Tallis R. (a cura di), *SSN SOS dall'Inghilterra. Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo*, Jago Edizioni, Verona; Prefazione di Ken Loach

Sartor M.E. (2019), "La nebbia sulla sanità privata in Lombardia", *Salute internazionale.info*, 17 giugno 2019; <https://www.saluteinternazionale.info/2019/06/la-nebbia-sulla-sanita-privata-in-lombardia/>

Sartor M.E. (2020), "Niente è in grado di sostituire la sanità pubblica, nemmeno in Lombardia", *Centro studi Sereno Regis*, 6 marzo 2020; <https://serenoregis.org/2020/03/06/niente-e-in-grado-di-sostituire-la-sanita-pubblica-nemmeno-in-lombardia-maria-elisa-sartor/>

Sartor M.E. (2021), *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica*, Amazon, 2021

Sartor M.E., Alfieri C. (2024), "Storia della Pandemia in Lombardia: chi la riscrive?", *Quotidiano Sanità*, Lettere al Direttore, 2 febbraio, 2024; [https://www.quotidianosanita.it/lettere-aldirettore/articolo.php?articolo\\_id=119937&fb\\_comment\\_id=402926158767240](https://www.quotidianosanita.it/lettere-aldirettore/articolo.php?articolo_id=119937&fb_comment_id=402926158767240)

Sarr P. (1989), "The meaning of Privatisation", in Kamerman S., Kahn A. (1989), *Privatisation and the Welfare State*, Princeton University Press, pp. 15-48

Strohmeier L., Ferro R. (2003), *Odontoiatria di Comunità. Dalla prevenzione della carie alla promozione della salute orale*, Ed. Masson

Garista P., Strohmeier L. (2007), *Odontoiatria centrata sulla persona*. Ed. Società editrice Universo

Trianni G., Gazzetti A. (2023), "'Privatocrazia' e Sanità in Italia. Privatizzazione, Concentrazione di Capitali e Finanziarizzazione", *Lavoro e salute*, Anno 39, n. 6 Giugno 2023; [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=113960](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113960) <http://www.nograzie.eu/lacquisizione-di-servizi-sanitari-da-parte-di-capitali-di-rischio-danneggia-la-salute/>

Vicarelli, G. (1992), "Politica sanitaria e medicina privata in Italia", *Stato e mercato*, dicembre 1992

Vicarelli G. (2023), "L'universalismo in sanità a 45 anni dalla istituzione del SSN", *Politiche sociali*, Anno X, 3/2023 settembre – dicembre

Watt R. G. et al (2019), "Ending the global neglect of oral health: time for radical action", *The Lancet*, 2019, Jul 20; 394 (10194): 261-272; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31133-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31133-X/abstract)

World Bank (1987). *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reforms*. World Bank, Washington (DC), 1987

World Bank (1993). *Investing in health*. World Development Report 1993, World Bank, Washington (DC), 1993, <https://openknowledge.worldbank.org/home>

## Autori

**Chiara Alfieri** - Antropologa della sanità presso l'Università di Aix-Marseille, Francia. Ha lavorato in Africa Occidentale, principalmente, sui temi legati alla prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'AIDS; sui sistemi sanitari africani e sulle epidemie. Dal gennaio 2020, lavora in un progetto focalizzato sulle misure socio-sanitarie volte ad arginare il Covid-19 in tre Paesi: Francia, Italia e USA. A questo riguardo, ha svolto ricerche in Lombardia e in particolare nella provincia di Bergamo e nella Val Seriana. Le ultime principali pubblicazioni in merito: 2022, Alfieri C., Egrot M., Desclaux A., Sams K, "Recognising Italy's mistakes in the public health response to COVID-19", *The Lancet*, Vol 399, issue 10322, January 2022; 2020, Alfieri C., Desclaux A., Egrot M., Sams Kelley, "Mourning while fighting, the first months of the NOI DENUNCEREMO association, Bergamo, Italy", *Somatosphere* 2020.

**Davide Dibitonto** - Tecnico in Scienza dell'Amministrazione Pubblica, con una specifica expertise in pianificazione sanitaria; economista esperto in materia fiscale e disuguaglianze.

**Simona Grassi** - Medico ospedaliero, geriatra presso un grande ospedale pubblico del Sud

**Giuseppe Graziano** - Medico specialista in Sanità pubblica, già Direttore Sanitario Policlinico Universitario Umberto I di Roma, Dirigente presso il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio, Dirigente presso l'Istituto Superiore di Sanità, Dirigente presso il Ministero della Salute e rappresentante del Ministero della Salute presso il Ministero dell'Economia e Finanze. Esperto in pianificazione sanitaria.

**Jones Mannino** – Esperto tecnico informatico di sistemi informativi sanitari

**Antonio Muscolino** – Esperto di politiche sanitarie; dottore in Scienze politiche, ha conseguito il Master di secondo livello in Economia e gestione sanitaria; inizialmente infermiere e ora collaboratore amministrativo di una Azienda sanitaria lombarda.

**Maria Elisa Sartor** – Dottoressa in Scienze politiche. Studiosa di sociologia dell'organizzazione e di organizzazione sanitaria, già professore a contratto in *Programmazione, organizzazione e controllo nelle aziende sanitarie* presso l'Università di Milano; si occupa da qualche tempo in particolare dei processi di trasformazione dei sistemi sanitari con un focus specifico sul SSR della Lombardia; autrice del libro: *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica*, Amazon, 2021. Nel 2016 ha introdotto in Italia e tradotto il libro *NHS S.O.S. – How the NHS was betrayed and how we can save it*, Jacky Davis & Raymond Tallis (Eds), Oneworld, Foreword by Ken Loach, 2013.

**Laura Strohmenger** - Medico specializzato in Igiene e medicina preventiva, Professore ordinario di odontoiatria f.r., Docente di Odontoiatria di comunità e prevenzione presso l'Università degli Studi di Milano; ha diretto a lungo una clinica odontoiatrica universitaria pubblica a Milano. Già rappresentante italiana presso l'OMS per l'odontoiatria dal 1985 al 2019; è stata chiamata a partecipare al tavolo tecnico di Odontoiatria del Ministero della Salute dal 2014 al 2018. Fra le sue pubblicazioni internazionali: Cocco F., Campus G., Strohmenger L., Cortesi Ardizzone V., Cagetti M. G (2018), "The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes", *BMC Geriatrics* (2018) 18:76; Campus G., Cocco F., Strohmenger L., Cagetti M. G (2020), "Caries severity and socioeconomic inequalities in a nationwide setting: data from the Italian National pathfinder in 12-years children", *Nature research*, [www.nature.com/scientificreports](http://www.nature.com/scientificreports)

---

<sup>i</sup> <https://www.scienzairete.it/articolo/non-possiamo-fare-meno-del-servizio-sanitario-pubblico/ottavio-davini-enrico-alleva-luca-de>

<sup>ii</sup> Con la locuzione “modello attuale di sanità” o “modello scelto” ci riferiamo, nel testo, al risultato ad oggi dei diversi interventi legislativi di (contro) riforma iniziati con il Dlgs 502/92 a livello nazionale e che hanno trovato una ulteriore concretizzazione, ancora più radicale di quella ipotizzata nel 1992, con la LR 31/1997 della Regione Lombardia e con le successive disposizioni normative. Il modello lombardo sta, più o meno surrettiziamente, prendendo piede nel Paese.

<sup>iii</sup> Istat, BES 2023 – Salute. Con riferimento alla *Speranza di vita alla nascita* si passa dai 84,3 anni per il Trentino Alto-Adige ai 81,4 anni per la Campania; e per la *Speranza di vita in buona salute alla nascita* si passa dai 65,3 anni per il Trentino Alto-Adige ai 52,8 anni per la Basilicata) – Anno 2023, dati provvisori.

<sup>iv</sup> Osservasalute 2022 – “Amenable mortality” (“mortalità riconducibile ai servizi sanitari comprende i “decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure appropriate e tempestive”): I valori più bassi e più alti tra le regioni si registrano, rispettivamente, nella PA di Trento (46,42 per 100.000) e in Campania (81,41 per 100.000).”

<sup>v</sup> Art. 32 Cost.: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

<sup>vi</sup> <https://lavoce.info/archives/70485/pazienti-in-fuga-dalle-regioni-dei-piani-di-rientro/>. Secondo diversi documenti i piani di rientro hanno senza dubbio raggiunto l’obiettivo di riduzione del deficit, ma rimane sempre molto elevato l’indice di fuga dei pazienti soprattutto nelle regioni meridionali che sono state sottoposte a piani di rientro (Report Osservatorio GIMBE 2/2024, marzo 2024, “Tutte le Regioni del Centro-Sud (eccetto la Basilicata) rimangono da 13-17 anni in Piano di rientro con Calabria e Molise ancora commissariate: strumenti la cui efficacia si limita al risanamento economico-finanziario delle Regioni, ma che di fatto non hanno permesso di raggiungere l’obiettivo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi sanitari regionali, anche al fine di migliorare l’erogazione dei LEA.”

<sup>vii</sup> Vedi il testo della lettera della Bce al Governo italiano: <https://st.ilssole24ore.com/art/notizie/2011-09-29/testo-lettera-governo-italiano-091227.shtml?uuid=Aad8ZT8D>

<sup>viii</sup> Sito ufficiale di MIND Milano Innovation District: <https://www.mindmilano.it/>; per una visione della complessità dei settori e dei soggetti coinvolti: <https://www.businessinternational.it/BIMAG/DettaglioNews?newsid=751>; <https://www.milanotoday.it/attualita/prima-pietra-campus-mind-inaugurazione.html>

<sup>ix</sup> Maciocco G. <https://www.saluteinternazionale.info/2024/03/etica-medica-e-contesto-politico-e-sociale-in-una-prospettiva-storica/#comments>

<sup>x</sup> Si vedano sia la normativa (Decreti Legislativi 502/1992 e 517/1993; 229/1999) sia i contributi apparsi su un certo numero di riviste nei primi anni ’90, che trattano il tema della riforma sanitaria in senso aziendalistico del SSN: Politiche sociali e sanitarie, Azienda pubblica, Stato e Mercato, Persona e mercato, Mecosan

<sup>xi</sup> Sul significato, sulle criticità del NPM e sulle riforme che si sono ad esso ispirate anche in Italia, si vedano i riferimenti contenuti nella bibliografia: Pollit C. 2007, Ongaro e Valotti 2008, Kalimullah, Alam, Ashaduzzaman 2012, Colak 2019.

<sup>xii</sup> 6° Rapporto GIMBE: “[Griglia LEA] Tutte le analisi confermano una vera e propria “frattura strutturale” tra Nord e Sud: negli adempimenti cumulativi 2010-2019 nessuna Regione meridionale si posiziona tra le prime 10.”

<sup>xiii</sup> Progetto Mattoni - Misura dell’Appropriatezza.

<sup>xiv</sup> Ecco la citazione presa da un articolo di Banchieri G., Vannucci A., 2024 (vedi bibliografia): “È calcolato che la metà dell’intera spesa per curarsi avviene nell’ultimo anno di vita e questa è una condizione indipendente dall’aumentare della lunghezza della stessa. Cure appropriate, non futilmente rivolte a guarigioni impossibili, ma ad accompagnare le persone alla fine della vita in modo dignitoso ed attento al sollievo dei sintomi possono risultare di grande valore, proprio nei termini del rapporto costo/benefici.”

<sup>xv</sup> Legge delega 33/2023 e decreto legislativo 29/2024 (attuativo), contenente la riforma della “non autosufficienza”.

<sup>xvi</sup> Flick G.M., Presidente emerito della Corte Costituzionale: “Uscire dal terreno sicuro del sanitario e del socio-sanitario, come prospetta la legge 33/2023, equivale a una sottrazione di tutele per i malati cronici non autosufficienti, che invece vanno mantenuti nella dimensione di tutela sanitaria per tutte le loro esigenze” (Roma, 17 maggio 2023)

<sup>xvii</sup> Cinelli G., Longo F. (2021) “Un servizio nazionale per gli anziani non autosufficienti”, *Mecosan*, 2021, no. 118, pp.155-173

<sup>xviii</sup> Vedi, ad esempio, la DGR Lombardia n. XII / 2224, in particolare, all.3.

<sup>xix</sup> Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute.

<sup>xx</sup> <https://fpcgil.lombardia.it/2022/02/10/asst-ovest-bergamo-e-i-segreti-commerciali/>

<sup>xxi</sup> <https://www.fiaso.it/>

<sup>xxii</sup> <https://www.ariaspa.it/>

<sup>xxiii</sup> [www.laziocrea.it](http://www.laziocrea.it)

<sup>xxiv</sup> Per quanto riguarda la privatizzazione, si vedano i seguenti riferimenti bibliografici: Watt R. G. et al 2019, Sartor 2021, Cordelli 2022, Cavicchi 2022, Giarelli e Sacks 2023, Sartor e Alfieri 2024, Cavicchi 2024

<sup>xxv</sup> <https://www.ilfattoquotidiano.it/2023/08/11/saltare-la-fila-basta-pagare-si-moltiplicano-i-pronto-soccorso-privati-in-lombardia-dopo-brescia-e-milano-ecco-bergamo/7259213/>

<sup>xxvi</sup> <https://www.bresciamed.com/triage-on-line/>

<sup>xxvii</sup> <https://www.medicagroup.net/il-family-doc-arriva-a-mestrino/>

<sup>xxviii</sup> <https://ilmanifesto.it/il-medico-a-gettone-un-attacco-mortale-al-servizio-sanitario>

- xxix <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=9730> ; SANITÀ: la coda di paglia della Lombardia - ATTAC Italia ([attac-italia.org](http://attac-italia.org)); Sartor M.E., Alfieri C. (2024), "Storia della Pandemia in Lombardia: chi la riscrive?", *Quotidiano Sanità* Lettere al Direttore, 2 febbraio, 2024 [https://www.quotidianosanita.it/letterealdirettore/articolo.php?articolo\\_id=119937&fb\\_comment\\_id=402926158767240](https://www.quotidianosanita.it/letterealdirettore/articolo.php?articolo_id=119937&fb_comment_id=402926158767240)
- xxx Corica A., "Cup unico in Lombardia per prenotare esami e visite, gli ospedali privati frenano: Costa troppo, manteniamo i nostri", Repubblica Milano, 5 ottobre 2023 [Cup Unico in Lombardia per prenotare esami e visite, gli ospedali privati frenano: "Costa troppo, manteniamo i nostri" - la Repubblica](https://www.repubblica.it/la-repubblica/2023/10/05/cup-unico-in-lombardia-per-prenotare-esami-e-visite-gli-ospedali-privati-frenano-costa-troppo-manteniamo-i-nostri/)
- xxxi Nava F., Privatizzazione e liste di attesa; Privatizzazione occulta, Presa Diretta, Rai 3, 11 marzo 2024 <https://youtu.be/ew263vpnv-8?si=NI4tlmOTpVyDLT15>
- xxxii In bibliografia, si vedano tre recenti articoli apparsi su *The Lancet* sulle conseguenze negative sulla salute dovute alla privatizzazione dei modelli di sanità: Watt R. et al 2019, Goodair Reeves 2022, Goodair Reeves 2024
- xxxiii Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2022
- xxxiv Vedi il Rapporto Mediobanca 2023, in cui si studia la presenza dei maggiori operatori privati della sanità in Italia e in particolare la loro diffusione in termini di strutture su tutto il Paese, ricavandola dallo studio dei bilanci.
- xxxv Al netto della spesa per farmaci, sangue, dispositivi, ausili e protesi.
- xxxvi Nostra elaborazione su Ragioneria generale dello Stato rapporto sul monitoraggio della spesa sanitaria 2023 (dati 2022) <https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2023/IMDSS-RS2023.pdf>
- xxxvii La "libertà di scelta" viene garantita sia dalla legge n. 833/1978 (art. 19) che dalle riforme neoliberaliste degli anni '90, pur nei due casi normativi, attribuendo a tale libertà significati completamente diversi.
- xxxviii Vedi in bibliografia: Watt R.G. et al 2019; Strohmenger L., Ferro R. 2003; Garista P., Strohmenger L. 2007.
- xxxix <https://www.saluteinternazionale.info/2015/04/privatizzare-gli-ospedali-la-via-del-project-financing/>
- xl Vedi GU n. 76 del 30 marzo 2023, art. 13 - Decreto bollette; <https://www.veronaserait/attualita/fp-cgil-regione-veneto-vincolo-esclusivita-medici-infermieri.html#:~:text=il%20personale%20sanitario%20non%20dovr%C3%A0,ancora%20incalcolabile%2C%20al%20servizio%20pubblico>
- xli La possibilità di svolgere attività medica intramuraria ed extramuraria è prevista dalla legislazione introdotta già a partire dagli anni '90. Vedi <https://www.giuridicamente.com//medico-libera-professione-incompatibilita/>
- xlii Un ambito di ricerca potrebbe riguardare l'incidenza della violenza sugli operatori sanitari in rapporto al tipo di modello di sanità scelto.
- xliii Nostra Elaborazione sull'archivio dei CCNL dei settori privati <https://www.cnel.it/Archivio-Contratti>
- xliv La federazione dei sindacati europei dei servizi pubblici (EPSU) in un report di ottobre 2021 denuncia ad esempio che oltre 421.000 operatori delle strutture residenziali hanno lasciato il settore. "The EU Commission's report highlights workforce shortages due to low wages and a deterioration of already difficult working conditions. These factors meant that the care sector was facing a crisis of recruitment and retention long before the outbreak of COVID-19. As the pandemic continues to drag on, the remaining workforce is exhausted, and many have left the sector altogether. Between 2019 and 2020, there has been a loss of over 421,000 residential care workers across the EU-27. FORBA (2021), Research for FORESEE project: Impact of the Covid-19 pandemic on the social services sector and the role of social dialogue, Intermediate Report"
- xlv Vedi Trianni G. e Gazzetti A. 2023 [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=113960](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=113960)
- xlvi A. Cattaneo, La finanziarizzazione della sanità, [saluteinternazionale.info https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/la-finanziarizzazione-della-sanita/](https://www.saluteinternazionale.info/2024/04/la-finanziarizzazione-della-sanita/)
- xlvii Vedi in bibliografia Lethbridge J. (2015). Paper in cui si richiama anche il ruolo attivo del sistema universitario nei processi di privatizzazione del settore sanitario e delle public utilities (v. pp. 23-24) [2015 March - Jane Lethbridge - Health Care Reforms and the Rise of Global Multinational Health Care Companies.pdf - Google Drive](https://www.giuridicamente.com//medico-libera-professione-incompatibilita/)
- xlviii <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/impres-e-mercato/2023-10-03/cittadini-aiop-ssn-rischio-senza-risorse-e-programmazione-sostenibile-144531.php?uuiid=AFvUaW5>; <https://mondosanita.it/nuove-risorse-per-la-sanita-accreditata-le-componenti-del-ssn-pubblica-e-privata-non-sono-in-contrapposizione/>
- xlix Di recente, i convegni, i seminari, i numeri monografici delle riviste di settore, oltre che le conferenze delle forze politiche sono tutti incentrati sul tema della "sostenibilità in rapporto al diritto alla salute", spesso finendo per indicare l'inevitabilità di un universalismo selettivo e ridotto.
- <sup>1</sup> Una buona parte dei ricercatori e dei docenti di management sanitario e i politologi/sociologi che si occupano di sanità - appartenenti alle principali università lombarde oltreché italiane, statali e private, di orientamento laico e religioso - promuovono l'universalismo selettivo e ridotto in sanità.
- <sup>2</sup> Non si è fatta ricerca sui costi complessivi dei diversi modelli di sanità. Gli economisti sanitari non orientano ancora le loro domande di ricerca in questa direzione. Di recente, tuttavia, nei convegni di settore si fa cenno talvolta al minor costo incidente sulla finanza pubblica nel caso venisse realizzato un servizio sanitario nazionale prevalentemente pubblico.
- <sup>3</sup> L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato ha riproposto il tema della concorrenza in sanità. Ha richiesto al Presidente del Consiglio (Mario Draghi) «... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate [eliminando] il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari".
- <sup>4</sup> Art.41 comma 1: "L'iniziativa economica privata è libera". Fin dalla sua entrata in vigore l'art. 41 comma 1 non è da considerarsi prevalente sull'art. 32. Con la modificazione determinata dalla legge costituzionale 1 del 2022 la tutela della salute viene maggiormente sottolineata nei successivi commi dello stesso articolo.
- <sup>5</sup> Pallante F., Il diritto alla salute. Soprattutto. Salute internazionale, 23 settembre 2023 <https://www.saluteinternazionale.info/2023/09/il-diritto-alla-salute-sopra-tutto/>

---

<sup>lv</sup> Ecco il testo dei commi modificati 2 e 3 dell'art.41 sulla libera iniziativa economica: “Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali e ambientali.”

<sup>lvi</sup> Legge concorrenza 2021 (Legge 118/2022) [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=107062](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=107062)

<sup>lvii</sup> Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM). Segnalazione ai sensi degli artt. 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287 in merito a: Proposte di riforma concorrenziale, ai fini della Legge Annuale per il Mercato e la Concorrenza, anno 2021, inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri.