

# CRONACA DELLO SMANTELLAMENTO DELLA SANITÀ IN EMILIA-ROMAGNA



# Sommario

<b>1.</b>	<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Il Servizio Sanitario Nazionale, dal principio universalistico della L. 833 al welfare dei miserabili</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Le mani sulla sanità in Emilia-Romagna</b>	<b>4</b>
3.1.	Aziendalizzazione e metamorfosi della sanità	4
3.2.	La Spending Review, tagli di classe	6
3.3.	Il “nuovo” sistema sanitario regionale tra riconversione e privatizzazione	6
3.4.	Mappatura regionale di un fallimento	9
<b>4.</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>Fonti</b>	<b>15</b>

# 1. Introduzione

Risulta oggi ancora più urgente rispetto a pochi mesi fa parlare dello stato della Sanità dell'Emilia-Romagna. Nella triste classifica delle regioni più colpite, l'Emilia Romagna si situa al secondo posto per numero di decessi e al terzo per numero di contagi, nonostante il sistema non sia crollato del tutto grazie a conquiste ottenute in anni ormai lontani. Lo stato della Sanità nella Regione Emilia-Romagna, che pure grazie alle conquiste ormai lontane è riuscita a non soccombere del tutto all'epidemia pur risultando comunque la seconda regione italiana per contagi, oggi risulta molto più evidente rispetto a soli pochi mesi fa. Di fronte al terribile impatto dell'epidemia del Coronavirus, abbiamo uno scenario estremamente chiaro: lo stress enorme al quale è stato sottoposto il sistema ospedaliero, l'inadeguatezza dei posti letto, la carenza di controlli tempestivi e la strage silenziosa di anziani nelle case di riposo, testimoniate anche dalla nascita di comitati delle vittime, hanno messo definitivamente in luce tutte le criticità di un sistema che continua a definirsi all'avanguardia ma che, alla prova dei fatti, si dimostra sempre più indebolito, inefficace e appannaggio di pochi.

L'Emilia-Romagna non è la sola Regione ad essere vittima di questo processo e non è nemmeno quella a più avanzato stadio di trasformazione nel panorama italiano ormai spezzettato in venti sistemi regionali diversi. Un primato comunque poco consolante, perché se le tempistiche si stanno dimostrando differenti, il punto di arrivo invece è chiaramente lo stesso: da un sistema basato sui principi di universalità, di uguaglianza e globalità a uno votato esclusivamente al profitto.

Lo dimostra la gestione della crisi del Coronavirus e lo dimostrano gli ultimi venticinque anni abbondanti di politiche sanitarie regionali all'insegna dei tagli e della cessione delle strutture e dei servizi al privato che analizziamo in questo documento. Il nostro non può certo dirsi un lavoro esaustivo e nemmeno ha la presunzione di esserlo, ma siamo sicuri che sfogliando le pagine di questo dossier, tra la cronaca di un ospedale chiuso dopo decenni di attività e di posti letto regalati ai privati, ogni cittadino di questa Regione troverà un esempio a lui vicino che gli permetterà di inquadrare meglio il processo in corso.

Parliamo della "rossa" Emilia-Romagna, quella in cui il governatore regionale ha basato la sua campagna elettorale sul carattere pubblico della sanità mentre siglava accordi coi privati, la terra delle cooperative rosse che allungano la propria mano sul business della diagnostica e delle cure, la regione di quei sindacati complici che vedono nel welfare aziendale la nuova frontiera dell'assistenza alla persona, nonché quel territorio in cui tutti i soggetti appena citati prosperano in un intreccio di interessi ed affari che sembra non avere fine.

Il virus ha messo a nudo un'altra verità, che esprimiamo sotto forma di metafora: impegnativo ma nella maggior parte dei casi non letale in un organismo sano, se contratto da un corpo già sofferente il Covid-19 mette a serio rischio la sopravvivenza del paziente. In medicina come in politica, non ci si può dunque sottrarre alla domanda che logicamente ne consegue: la morte è imputabile al virus o alle gravi condizioni pregresse che esso ha incontrato sulla sua strada?

## 2. Il Servizio Sanitario Nazionale, dal principio universalistico della L. 833 al welfare dei miserabili

Per comprendere il disegno in cui si inquadrano le politiche sanitarie regionali degli ultimi decenni è necessario allargare il quadro e fare alcuni passi indietro: in Italia, infatti, la spesa sanitaria storicamente tendeva ad aumentare nonostante le leggi di riforma ed i tentativi di applicarle. Il sistema Paese, ci era stato detto, non riusciva più a soddisfare le necessità assistenziali della popolazione e di conseguenza la sanità, come molti altri settori pubblici, si è dovuta piegare a una pesante razionalizzazione dei costi. Sono gli anni '90, quelli del debito pubblico che va controllato per rientrare nei parametri di Maastricht e nell'esclusivo club dell'Unione Monetaria, quelli in cui il sistema sanitario, non più considerato efficiente e sostenibile, è conseguentemente

andato incontro alle più profonde trasformazioni. Quindi via a tagli, riconversioni, accorpamenti, aziendalizzazioni ma anche alla svolta più importante, la soluzione che, col tempo, avrebbe risolto il problema della sanità italiana troppo cara: **ci aiuta il privato**.

Questa non è una novità recente nell'ambito sanitario del nostro Paese: dopotutto veniamo dalle casse mutue di epoca fascista e oggi navighiamo sempre di più verso un sistema fatto di fondi integrativi e assicurazioni, con l'opportunismo di chi ha capito che la salute è un mercato in pieno sviluppo dove la domanda non solo non diminuisce, bensì aumenta con le crisi finanziarie. Nella sanità del terzo millennio si indebolisce la cultura di riferimento basata sul modello sociale di salute che considera la promozione della stessa come il risultato di politiche integrate sanitarie e non sanitarie, mentre si sviluppa il modello biomedico che rimuove la necessità di agire sui determinanti della salute, non affrontando il nesso tra produzione, tutela della salute e promozione dell'uguaglianza. La risposta del sistema Paese non si è quindi indirizzata al mantenimento dei principi solidaristici e all'attuazione di serie politiche indirizzate alle necessità sociali, ma alla creazione di un impianto incentrato su politiche di tagli del welfare che vanno a colpire gli strati più disagiati della popolazione.

È ormai sempre più lontana l'epoca della Legge 833 del 1978, con la quale si sanciva la nascita del SSN- Sistema Sanitario Nazionale e il completo smantellamento del sistema mutualistico. La riforma era figlia di quelle politiche che, spinte dalle lotte degli operai, dei braccianti e degli studenti, in quegli anni traducevano in legge la necessità di tutela dei diritti e avrebbe dovuto garantire una delle strade principali del benessere sociale, ovvero la salute. Gli **elementi di esperienza quotidiana** da cui emergeva oggettivamente la necessità di una scelta riformatrice erano diversi: la crescita delle prestazioni sanitarie di più bassa qualifica, l'alto tasso di ospedalizzazione, la lunga durata della degenza media ospedaliera, la lunghezza eccessiva dei tempi di diagnosi, le gestanti costrette a partorire in corridoio, l'elevata l'incidenza degli infortuni sul lavoro e di mortalità infantile fra i più alti dell'Europa occidentale, la diffusione delle malattie degenerative e croniche, l'elevata incidenza dell'epatite virale. Il pensiero politico di quella fase sorreggeva la Riforma e aveva favorito anche la nascita di leggi come la L.180 sulla psichiatria e la L.194 sull'interruzione volontaria di gravidanza.

L'indebolimento di quel pensiero politico, prodotto da una fase storica che ha visto lo spostamento dei rapporti di forza a sfavore delle classi più deboli, ha minato dall'interno la spinta al cambiamento e la completa attuazione della 833 e, al contrario, ha virato la direzione di un welfare inteso come universalizzazione dei diritti verso una messa a produzione di pezzi di pubblico. La realizzazione del Sistema Sanitario Nazionale nei fatti non è mai stata portata a compimento, ma si è persa in una lenta gestione transitoria in cui le singole regioni hanno adottato sperimentazioni diverse che non hanno consentito il pieno assorbimento su tutto il territorio nazionale dei principi della riforma.

## 3. Le mani sulla sanità in Emilia-Romagna

### 3.1. Aziendalizzazione e metamorfosi della sanità

Come dicevamo, il processo di riorganizzazione e privatizzazione sostanziale della sanità pubblica a livello nazionale risale ai primi anni '90: è qui che possiamo rintracciare la volontà di ricondurre tutta la programmazione dei servizi sociosanitari a una pianificazione unitaria, volta a ridimensionare la tendenza all'ospedalizzazione. Il risultato sarà un sistema inadeguato a gestire l'assistenza a lungo termine come un vero servizio alla comunità.

Il processo prende il via dal **D. Lgs. 502/1992**, sotto il primo governo Amato, dal **D.Lgs. 517/1993** e dalla **L. 537/1993** (finanziaria per il 1994), sotto il governo Ciampi. In particolare il D. Lgs. 502/92 ha stabilito l'**aziendalizzazione** delle Unità Sanitarie Locali (che da U.S.L. sono infatti diventate A.U.S.L.) e ha sancito il cambio di funzione della sanità privata, mettendola di fatto sullo stesso piano di quella pubblica e ponendo le basi di quella gestione regionale che si affermerà definitivamente negli anni successivi. Con la legge finanziaria per il 1994 (L. 537/93) è stato introdotto un aggiornamento degli standard quantitativi che prevedeva una dotazione media di **posti letto** non superiore ai 5,5 per mille abitanti rispetto ai 6,5 per mille abitanti previsti dalla L. 595/1985.

Un altro passaggio cruciale è nel 1995, con il passaggio dalla forma di finanziamento degli ospedali per fattori produttivi a quella per prestazioni effettivamente erogate: è l'arrivo del sistema basato sui famigerati **DRG** (Diagnosis Related Group), i "raggruppamenti omogenei di diagnosi" o ROD creati all'università di Yale negli anni '80 dal professor Robert B. Fetter. Semplificando al massimo, gli interventi vengono retribuiti non più in base alle giornate di degenza ma a prestazione effettivamente svolta: ad ogni intervento, dal più semplice al più complesso, è associata una tariffa che varia anche in base a diverse caratteristiche del paziente ed è calcolata da un software al momento delle dimissioni. Più l'intervento è complesso, maggiore sarà il DRG, in un modello perverso che spinge gli ospedali a indirizzarsi sulle prestazioni più costose e quindi più remunerative in termini di rimborsi alla struttura.

È in questi anni, insomma, che possiamo rintracciare la volontà politica di ricondurre tutta la programmazione dei servizi sociosanitari a una pianificazione unitaria, volta a ridimensionare la tendenza all'ospedalizzazione. Il risultato è un sistema che è inadeguato a gestire l'assistenza a lungo termine come un vero servizio alla comunità.

Sulla scorta di tali provvedimenti nazionali, a partire dalla fine degli anni '90 anche il servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna ha subito una profonda metamorfosi ad opera delle giunte di centro-sinistra da sempre alla guida della regione. Il provvedimento che ha dato avvio alla riorganizzazione della rete ospedaliera, aggiornando i parametri previsti dal piano sanitario regionale del 1990 (Legge regionale 15/90) e recependo i principi del D.lgs. 502/92, è la **delibera di giunta regionale n. 86/96**, atto che costituisce la base concettuale dell'assetto odierno della sanità emiliano-romagnola. I suoi principi ispiratori possono essere ricondotti a una serie di provvedimenti che il legislatore regionale ha recepito dall'esperienza nella gestione della sanità a livello nazionale e da altri paesi europei:

- tendenza alla riduzione dei posti letto ospedalieri adottando il criterio nazionale dei 5,5 posti letto per mille abitanti;
- dotazione di posti letto privati tra l'8 e il 10% del totale dei posti letto della rete ospedaliera regionale;
- potenziamento delle forme di ricovero diurno con riconversione tra il 5 e il 10% di posti letto ordinari in posti di day hospital;
- passaggio dalla forma di finanziamento per fattori produttivi a quella per tariffa di raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG - Diagnosis Related Group) come forma di valutazione economico-gestionale delle prestazioni sanitarie;
- riduzione della durata media della degenza presso le strutture ospedaliere sotto gli undici giorni previsti dalla L. 595/1985;
- separazione del trattamento dei pazienti acuti da quello dei pazienti post-acuti, cronici e non autosufficienti con la realizzazione di strutture di carattere socio-assistenziale come le RSA;
- individuazione di spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria ("intramoenia") con attribuzione di una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento.

		<b>dopo delibera del 1996</b>	
		p.l. per acuti 4%	15.691,00
		p.l. per lungodegenti (1%)	3.923,00
		p.l. tot. 5%	19.614,00
		p.l. privati accreditati (10%)	1.961,40
		<b>p.l. pubblici totali</b>	<b>17.653</b>
<b>fino al 1995</b>		p.l. pubblici extra-regione	2.195
p.l. pubblici	20.999	p.l. paganti (prestazioni privati intramoenia, 5-10% del totale)	1.275
p.l. paganti	233		
	<b>21.232</b>	<b>totale posti letto rete ospedaliera regionale</b>	<b>21.123</b>

Mentre la Regione si adegua prontamente ai cambiamenti in atto a livello nazionale, la politica mette la parola fine all'unitarietà del Sistema Sanitario portando a compimento la **regionalizzazione**: la riforma del titolo V della Costituzione varata nel 2001 sotto il secondo governo Amato affida alle regioni la competenza esclusiva in campo sanitario e segna l'origine delle differenze, destinate a diventare sempre più profonde negli anni successivi, tra gli ormai venti sistemi sanitari differenti presenti sul territorio italiano.

### 3.2. La Spending Review, tagli di classe

I primi dieci anni del nuovo millennio vedono la messa in pratica da parte della Regione Emilia-Romagna dei principi contenuti nelle nuove normative nazionali e regionali: assistiamo quindi alle prime chiusure di strutture ospedaliere "minori", ai primi accorpamenti di reparti e al progressivo coinvolgimento del soggetto privato nella nuova sanità regionalizzata e "razionalizzata". Il mutamento inesorabile ma tutto sommato non repentino del sistema riceve però un aiuto inaspettato da eventi di portata globale: a chiudere il decennio arriva infatti da oltreoceano la Grande Recessione, una "provvidenziale" crisi che, come da manuale, permette un'accelerazione e una radicalizzazione di quei processi già in corso nella sanità italiana e, conseguentemente, regionale. Gli anni '10 si aprono quindi con il colpo di grazia alla sanità pubblica, assestato dal **D.L. 135/2012** (c.d. *Spending Review*) che fissa in 3,7 per mille abitanti la dotazione media di posti letto delle strutture ospedaliere e porta tale parametro ad essere uno tra i più bassi d'Europa.

Contestualmente il fondo sanitario viene ridotto di tre miliardi, si procede spediti con la chiusura dei piccoli ospedali e viene previsto un taglio del 5% per l'acquisto di beni e servizi da parte della sanità pubblica. Ai rappresentanti di Regioni, Province e Comuni si spiega che non si tratta di una manovra di finanza pubblica aggiuntiva bensì di un'operazione strutturale, una manovra sfacciatamente di classe che colpisce il settore pubblico e i ceti popolari di questo Paese attraverso lo smantellamento di diritti fondamentali come l'istruzione e la salute, nonché dei servizi erogati ai cittadini. L'impatto è devastante: con i provvedimenti della giunta Errani in applicazione della spending review è stato decretato un ridimensionamento ospedaliero: dal 2010 al 2013 il calo dei posti letto negli ospedali pubblici è stato di 1.499 unità. Erano 15.941 nel 2010 (19.606 con i letti privati accreditati), sono arrivati a 14.442 (19.016) al 31 dicembre 2013. Il taglio più consistente è avvenuto negli ospedali delle aziende sanitarie che hanno perso 1.062 letti in quattro anni, mentre tra policlinici e Istituto Rizzoli il calo è stato di 437 letti. Il personale dipendente complessivo è calato di 960 unità in tre anni, da 62.527 a 61.567.



### 3.3. Il "nuovo" sistema sanitario regionale tra riconversione e privatizzazione

Il ridimensionamento imposto a livello normativo non poteva certo risparmiare il numero delle strutture ospedaliere. Già ridotti notevolmente dalle politiche degli anni precedenti, gli ospedali continuano tuttavia a essere troppi per i bilanci sempre più ristretti delle Regioni. Se alcune strutture risultano di difficile disattivazione,

probabilmente anche per l'impatto mediatico e sulla popolazione di riferimento che da generazioni si affidava a quegli ospedali, la soluzione è quella di procedere a un ridisegno delle loro funzioni. È questo il caso di quelle strutture "dal service-mix poco complesso e scarsa casistica certamente ospedaliera", come si legge in un documento regionale sui principi di ridisegno ospedaliero di quegli anni. Questi ospedali andranno quindi riconvertiti, integrandosi in quella che viene chiamata "assistenza territoriale": "in esse verrà assicurata una costante assistenza INFERMIERISTICA, mentre quella MEDICA sarà affidata ai titolari dell'assistenza medica di base", ovvero i medici di medicina generale. È la teorizzazione degli "Ospedali di comunità", un nuovo tipo di struttura sanitaria che rappresenta secondo i piani della regione il destino di 25 dei 61 ospedali presenti sul territorio, a cui va ad aggiungersi la riconversione di tutti quei presidi ospedalieri con meno di 120 posti letto.

**L'Ospedale di Comunità**, od OS.CO., è un grave esempio di taglio della spesa sanitaria che nasce dall'idea di separare la fase acuta da quella di riabilitazione, con la funzione di dimezzare i tempi della prestazione all'interno dell'ospedale tradizionale che ha standard sanitari e tecnologie più "costose", e portare la prestazione al di fuori di esso. Gli OS. CO. sono strutture para-ospedaliere in cui, come abbiamo visto, il ruolo dell'infermiere si afferma su quello del medico. Gli OS.CO non vedono infatti la presenza dei medici di reparto bensì dei soli medici di medicina generale, presenti a rotazione oppure chiamati all'occorrenza dal personale infermieristico.

In termini generali, il numero dei posti letto effettivi che andava ridotto in base al mandato della *spending review* era attorno ai 2570 posti letto, di cui 1700 sono stati conteggiati dalla riconversione degli ospedali a minor complessità in Ospedali di Comunità. Di 1394 posti letto di day hospital medico per acuti, se ne contavano 237 di oncologia e 128 di riabilitazione e radioterapia: risparmiati questi, i restanti 1029 posti letto possono essere chiusi senza prospettare alcuna riconversione. La riduzione complessiva, alla luce di questi calcoli, ammontava dunque a circa 2700 letti in tutta la Regione.

Accelerando su chiusure e riconversioni, la conseguenza prevedibile è stata una concentrazione delle prestazioni in pochi cento specializzati. È esattamente quello che è avvenuto con la diagnostica di laboratorio, ora concentrata con base minima di livello provinciale se non addirittura di area vasta, visto che appariva ormai obsoleto prevedere una distribuzione dei laboratori mappata sulla dislocazione degli ospedali. La stessa sorte è toccata ad altre funzioni diagnostiche come ematologia, anatomia patologia e alla radiologia. Dopo il taglio di quegli anni, di strutture ospedaliere la regione ne conta 32, di cui 13 sono ospedali di base (bacino di utenza: tra 80.000 e 150.000 abitanti, dotati di Pronto Soccorso e un numero di limitato di specialità), 11 ospedali di I livello (bacino di utenza: tra 150.000 e 300.000 abitanti, di livello intermedio) e 8 ospedali di II livello (bacino di utenza: tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, di strutture istituzionalmente riferibili alle ASL o Aziende ospedaliere-universitarie).

A livello territoriale si è assistito alla riorganizzazione della medicina di base con la medicina di gruppo, alla fine dell'esperienza dei poliambulatori e all'istituzione dell'altro grande pilastro, insieme agli OS.CO, del sistema sanitario emiliano-romagnolo: le **Case della Salute**. Queste strutture sono un presidio dei Nuclei di cure primarie, ovvero un'articolazione territoriale dei Dipartimenti delle Cure Primarie che dipendono direttamente dalle AUSL. Ci viene detto che questo modello dovrebbe favorire la presa in carico dei pazienti, con la motivazione che è proprio grazie a queste strutture che si realizza meglio l'integrazione dei professionisti coinvolti: Medici di medicina generale, Medici di continuità assistenziali, Pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, assistenti sociali. Il Partito Democratico, non potendo negare tagli, chiusure e riconversioni, ha cercato di rifarsi un volto nei territori proprio grazie al modello della Casa della Salute, presentata come "sanità che si avvicina alla salute", come "punti visibili che garantiscono la facilità di accesso ai servizi". In realtà stiamo parlando dell'ennesimo strumento per garantire un contenimento dei ricoveri ad alto costo per i pazienti cronici e per insinuare ulteriormente il soggetto privato tra le maglie della sanità regionale. Dentro la struttura convivono infatti liberi professionisti, che assumono infermieri e segretari pagati dai medici, insieme a specialisti dipendenti dell'AUSL e a specialisti privati. Inoltre il medico della Casa della Salute, pur essendo libero professionista, non opera più come soggetto autonomo nel proprio ambulatorio ma lavora con una serie di regole che di fatto stringono il cerchio e lo obbligano ad una pratica medica di diverso tipo, molto più simile a quella del dirigente amministrativo. Le Case della Salute sono, nei fatti, strutture miste pubblico privato, sono un sistema integrato votato al risparmio del pubblico e agli affari del privato. È bene ricordare sempre che, in un contesto come quello emiliano-romagnolo, parlare di privato vuol spesso dire riferirsi a quel sistema

cooperativo che negli anni si è fatto sempre più sistema di “impresa” e ha abbandonato ormai del tutto le nobili vocazioni originarie.

Questi anni hanno poi visto affermarsi anche un altro fenomeno di tipo sanitario e demografico: l'aumento dei pazienti con patologie croniche e di età più avanzata. Le due categorie tendono inoltre a sovrapporsi assai di frequente: le persone anziane sono in genere portatrici di più patologie e ciò determina diverse conseguenze sul versante biologico, psicologico e sociale. Per loro è indispensabile un'assistenza multidimensionale specifica e adeguata, che contrasti le approssimazioni assistenziali di mera custodia. La risposta del sistema sanitario a queste due tipologie di pazienti è da individuarsi rispettivamente nelle **RSA** (Residenza Sanitaria Assistita) e nelle **CRA** (Case Residenza Anziani). Le prime sono strutture sanitarie in cui un tempo si gestivano le malattie di lungo corso, nate come strutture pubbliche dai costi inferiori agli ospedali e dalla dotazione più limitata di prestazioni mediche e infermieristiche rispetto ad essi. Con le seconde invece ci riferiamo a quelle strutture comunemente dette “case di riposo”: in origine “enti morali” sostenute dal lascito di fondi privati, nel tempo si sono trasformate in IPAB - istituto pubblico di assistenza e beneficenza. La gestione della CRA fino agli anni '90 era comunale ma, in seguito agli accorpamenti degli IPAB a livello distrettuale in ASP - Azienda di Servizi alla Persona, ora si sono trasformate in strutture sociosanitarie solo in parte pagate dai Comuni: il resto viene finanziato attraverso una quota sanitaria erogata dall'AUSL sulla base della gravità della patologia, a una retta in carico al paziente e per finire al contributo del FRNA - Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. Le CRA sono gestite da un coordinatore che ha sotto di lui i RAA - responsabili dell'assistenza anziani, gli infermieri e gli OSS. Come nel caso degli OS.CO, anche nelle CRA il personale medico non è presente stabilmente in struttura e viene chiamato solo all'occorrenza.

Per completare il quadro del nuovo sistema sanitario è infine necessario citare la questione delle **farmacie**. Un tempo presidio sanitario pubblico al pari degli ospedali, oggi la rete di farmacie comunali dell'Emilia-Romagna è preda di grandi catene transnazionali come ADMENTA Italia S.p.A., holding italiana della società statunitense McKesson che è “leader a livello globale nella catena di fornitura di servizi sanitari, gestione di farmacie, oncologia per la comunità e fornitura di soluzioni tecnologiche per la salute” e che ad esempio gestisce, dopo la loro svendita, le ex farmacie comunali di Bologna, Modena e Parma sotto il marchio Lloyds Farmacia. La privatizzazione si ripercuote ovviamente anche sulle condizioni lavorative dei farmacisti, un cospicuo organico di turnisti assunti con contratti aziendali a perdere che niente hanno a che vedere con i vecchi contratti pubblici delle farmacie comunali: una massa di giovani precari, molto spesso assunti tramite selezioni di colloqui organizzate direttamente nelle regioni del sud, chiaramente ricattabili e quindi utili per coprire buchi, ferie e malattie da una parte all'altra delle città e delle province. L'organico fisso nei punti vendita è ridotto all'osso, è costretto a lavorare in condizioni indegne e a subire pressioni da parte dell'area manager rispetto a obiettivi e budget da raggiungere, fino ad essere costretto in alcuni casi anche alla mobilità. Questo sistema privatizzato ha tolto ai Comuni un patrimonio professionale oltre che economico e ha determinato una vera e propria alienazione della categoria. Il lavoratore è prestante nel momento in cui risponde in maniera massimizzata alla grande macchina del marketing e agli obiettivi di profitto dell'azienda, trovandosi nella condizione materiale di vedersi privato di quel rapporto sociale e umano verso le persone che vengono in farmacia. È superfluo dire che, in un contesto come quello descritto, le singole regioni più o meno “virtuose” avranno non poche difficoltà a fronteggiare le politiche dei prezzi e dei rifornimenti di farmaci e vaccini di Big Pharma, oppure a contrastare le potenziali esosità e la discrezionalità finalizzata al profitto nelle decisioni sulle tipologie di prodotto da rendere disponibili agli utenti delle grandi catene di distribuzione dei farmaci.

Tra ospedali riformati, nuove strutture e farmacie privatizzate, il lavoro in campo sanitario diventa ancora più frustrante e difficile perché viene meno quella rete territoriale di supporto che dovrebbe lavorare in maniera sinergica, a partire dai poliambulatori, dai medici di base, infermieri e farmacisti. Alle soglie degli anni '20, il sistema sanitario disgregato e privatizzato non sembra quindi più in grado di dare risposte efficaci ai problemi reali di una società sempre più sofferente. Sulla carta più vicina che mai al cittadino, la sanità in realtà si è impoverita per qualità delle prestazioni ai pazienti e del lavoro dei suoi sempre meno numerosi professionisti. Fra strutture ospedaliere sempre più lontane dai centri minori e liste d'attesa che si allungano inesorabilmente, ai cittadini non rimane che affidarsi a quel privato che ormai ha pervaso ogni angolo del nostro sistema pubblico.

### 3.4. Mappatura regionale di un fallimento

Abbiamo visto come la strategia principale della regione Emilia-Romagna sia stata quella della chiusura dei piccoli ospedali, situati in aree a bassa densità abitativa e spesso anche in zone disagiate perché montane o periferiche di campagna. Uno dei casi più eclatanti è stato nel 2013 la chiusura dell'ospedale di **Fiorenzuola D'Arda nel piacentino**, punto di riferimento per tutta la Valdarda dotato di pronto soccorso e reparti di radiologia, ortopedia, ostetricia e pediatria, chirurgie e otorino. Accanto ad essa è stato costruito un nuovo padiglione ma la struttura principale è stata completamente demolita, con la conseguente eliminazione della maggior parte dei reparti ora disponibili solo all'ospedale di Piacenza. I cittadini della comunità montane hanno così perso una risorsa impagabile e da anni sono ormai costretti a rivolgersi al capoluogo di provincia, a Fidenza, oppure direttamente a Cremona, con distanze minime da percorrere di 25km. A Fiorenzuola è rimasta solo un'area medica, un pronto soccorso e una radiologia molto ridimensionata, frutti dello sperpero di denaro pubblico per la costruzione della nuova struttura edilizia. Nella stessa area un simile trattamento è stato riservato agli ospedali di Castel San Giovanni e di Villanova, soggetti ad un importante depotenziamento dei servizi e a una riqualificazione edilizia degli immobili.



Basta proseguire parallelamente alla via Emilia, a Sud lungo la linea degli Appennini e a Nord attraverso la Bassa, per imbattersi in ulteriori episodi di chiusura o ridimensionamento: se infatti i cittadini di **San Secondo Parmense**, nonostante le mobilitazioni di cittadini e istituzioni locali nel 1997, hanno dovuto dire addio al loro ospedale ormai quasi vent'anni fa, gli abitanti di **Borgo Val di Taro** stanno assistendo al lento spegnimento della storica struttura ospedaliera che serve un ampio bacino di pazienti tra l'Appennino ligure e la Lunigiana. Quest'ultimo caso è particolarmente interessante perché quasi da manuale: si è partiti con la chiusura del punto nascita nel 2017 e si è proseguito con il ridimensionamento dei reparti di Ginecologia e Ostetricia, nonché con la classica riduzione dei posti letto. Oggi l'ospedale di Borgo Val di Taro ha davanti a sé un futuro assai incerto, con la possibilità concreta di essere convertito in Casa della Salute o Ospedale di Comunità nei prossimi anni.

I ridimensionamenti caratterizzano anche la provincia **reggiana**, con i casi della chiusura del punto nascita di Castelnuovo ne' Monti e quelli di Correggio, Scandiano e Montecchio, che hanno visto le proprie strutture sanitarie oggetto di razionalizzazione e riduzione delle prestazioni.

Nel **modenese**, dopo la chiusura dei vicini ospedali di Concordia sulla Secchia, San Felice sul Panaro e Finale Emilia, si è pensato di concentrare a **Mirandola** le specialità delle strutture soppresse, realizzando un nuovo padiglione a disposizione dei circa 76.000 abitanti della bassa modenese. Per ridurre i costi è stata ridotta la ricettività ospedaliera, passata dai 589 posti letto del 1982 ai 447 del 1990 e fino ai 332 del 1993. Circa 10 anni dopo, nel 2011, a Mirandola il Piano Attuativo Locale (PAL) approvato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS) ha declassato l'ospedale Santa Maria Bianca da ospedale d'area a ospedale di prossimità, assicurando attività di area medica e chirurgica a media-bassa complessità ma comportando una globale diminuzione dell'offerta di servizi e una ulteriore riduzione di posti letto e reparti. Il terremoto del 2012 ha infine portato allo sgombero dell'ospedale di Mirandola, oggetto di nuovi tagli e dell'eliminazione dei reparti specialistici non appena tornato attivo: i reparti di Cardiologia e Pneumologia vengono infatti unificati a Medicina,

Chirurgia a Ortopedia. Si impongono dall'alto due "Aree Omogenee", una medica ed una chirurgica, senza aver preparato e formato preventivamente il personale che ci deve lavorare. A Mirandola resta quindi un ospedale quasi dimezzato nei posti letto, con meno servizi, meno personale, primari condivisi con Carpi e un malessere diffuso fra gli operatori. Si presenta uno scenario comune a quello dei tanti territori con strutture fortemente ridimensionate, in cui la popolazione deve fare i conti anche con la carenza diffusa di medici, ormai attratti da altre strutture più grandi e prestigiose. Anche a, nel modenese, si è partiti dalla chiusura punto nascite per arrivare allo smantellamento del servizio di urgenza, lasciando sguarnito l'intero territorio montano. Dall'alto Frignano, anche nelle migliori condizioni, ci vogliono 40 minuti per raggiungere Pavullo e da qui altri 40 per raggiungere quello che è ora il centro di riferimento di **Sassuolo**. L'ospedale di Pavullo è l'unico a coprire l'intera area montana a sud della provincia, che corrisponde a circa la metà della superficie del sistema modenese, e la sua uscita dal sistema di emergenza ostetrica e urgenza ha provocato uno forte squilibrio per quelle aree. Si ripresenta quindi la stessa dinamica che abbiamo osservato a Castelnovo né Monti nel reggiano, a Borgo Val di Taro nel parmense e che accomuna anche il caso di Porretta Terme.

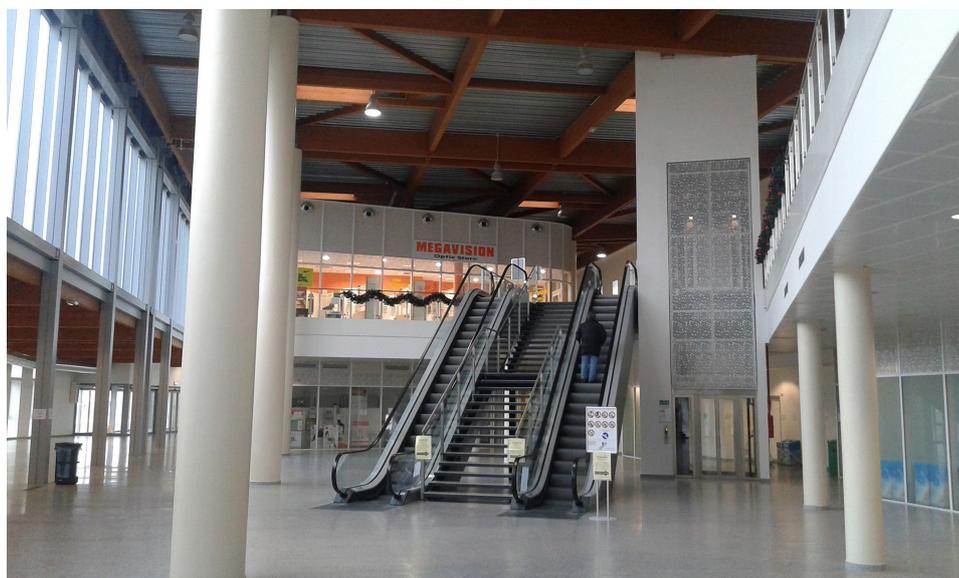
Nel **bolognese**, infatti, l'Ospedale Costa di Alto Reno Terme di **Porretta** è stato soggetto a ingenti tagli a pochi anni di distanza dall'inaugurazione del 2010: oltre al punto nascite è stato tolto l'avanzato reparto di endoscopia, seguito dal *day hospital* e dall'oncologia, il che costringe i pazienti oncologici a percorrere decine di chilometri e a rivolgersi a Vergato se non addirittura a Bologna. Ma oggi l'Ospedale di **Vergato**, così come quello di **Loiano**, sono stati declassati a Ospedali di Comunità e saranno sottoposti ad una progressiva riorganizzazione nel corso dei prossimi tre anni. Oltre alla gestione infermieristica tipica di questa tipologia di struttura, lo stesso pronto soccorso sarà gestito dal personale specializzato del 118 senza l'ausilio di personale medico. A Bologna in zona **Barca**, quartiere popolare della città dove si trova la più alta concentrazione di case popolari, nel 2014 gli abitanti del quartiere hanno riscontrato una progressiva riduzione dei servizi sanitari erogati dal Poliambulatorio pubblico Colombi, accompagnato dall'imbarazzante silenzio delle istituzioni. Si è quindi costituito un comitato contro la chiusura del Poliambulatorio Colombi "Cccp - Colombi" che attraverso numerosi banchetti di quartiere ha raccolto tantissime testimonianze dirette di persone, fra cui molti anziani, preoccupati per la qualità della sanità pubblica.

Il **ferrarese** ha subito la trasformazione dei Presidi ospedalieri di Bondeno, Copparo e Comacchio in Case della salute, con il taglio di oltre 200 posti letto ospedalieri e un drammatico impoverimento dell'offerta sanitaria territoriale. Anche in questo caso, i cittadini sono costretti ad emigrare verso altre strutture sanitarie, presumibilmente fuori regione. A **Comacchio** nel 2014 è stato chiuso il pronto soccorso dell'ospedale San Camillo, struttura con un blocco operatorio oggi in grado di esercitare una sola seduta di chirurgia ambulatoriale



(7-8 interventi) alla settimana nonostante la presenza di tre sale operatorie nuove di zecca. A **Cona** c'è stata una delle più grandi truffe di edilizia sanitaria a livello nazionale, con il progetto degli ospedali Cona 1 e Cona 2 e l'utilizzo del **Project Financing** che ha legato mani e piedi dell'azienda ospedaliera di Ferrara per 30 anni grazie a un oneroso contratto di gestione dei servizi non sanitari (pulizie, ristorazione, lavanderia etc.). Questo strumento di finanziamento è stato ampiamente utilizzato negli ultimi venti anni, e non solamente in campo sanitario, dalla gran parte degli enti locali: il concetto è costruire ospedali di eccellenza con soldi pubblici attraverso un gestore privato che in cambio percepisce per contratti trentennali una pura rendita parassitaria da parte delle AUSL. Un altro esempio di questa è l'ospedale di **Sassuolo**, anzi l'"ospedale di Sassuolo s.p.a.", per il 51% di proprietà dell'Azienda Sanitaria e per il 49% di proprietà di banche, privati e consorzi vari.

Osservando la fotografia dell'atrio dell'ospedale di Cona si può notare la peculiarità dell'ambiente, molto più simile a quello di un centro commerciale che a un ospedale tradizionale. La caratteristica comune a tutti gli ospedali costruiti in *Project Financing* è infatti l'utilizzo di grandissimi spazi comuni, spesso non necessari, per dare eventualmente spazio ai servizi non sanitari gestiti dal privato.



In **Romagna** a novembre del 2013 si è assistito invece a una delle più importanti operazioni di accorpamento a livello sanitario: la riorganizzazione del territorio è stata gestita attraverso l'unificazione delle AUSL romagnole attraverso la fusione delle ex AUSL di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini. Si è instaurato un modello di "ospedali a rete", tale per cui si possono rimuovere dei "pezzi" da una parte e trasferirli agilmente presso altri presidi ospedalieri.

L'ospedale Franchini di Sant'Arcangelo nel riminese è stato ad esempio ridotto a una mera articolazione di quello di Forlì, tagliando i posti letto da 25 a 9, cancellando l'autonomia della Chirurgia Senologica e portando con ogni probabilità al depotenziamento e alla smobilitazione dell'intero reparto di Senologia, se verranno confermate le linee d'indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera da parte della Ausl Romagna e la riconversione a Ospedale di Comunità. Donne che hanno oltre 60 anni d'età, colpite da carcinoma mammario e che potrebbero beneficiare della terapia in uso a Santarcangelo, la radioterapia intraoperatoria, in futuro rischieranno di doversi recare fuori provincia per essere curate efficacemente. Numerose sono state negli anni le raccolte firme con l'obiettivo della tutela dei diritti di tutte le donne a poter accedere alla miglior cura contro il cancro, motivo per cui la Senologia Chirurgica andrebbe difesa da ogni tentativo irresponsabile di comprometterne la qualità raggiunta. Anche nell'Alta Valmarecchia un importante presidio dell'ospedale "Sacra Famiglia" di **Novafeltria** è stato preso di mira e ha portato alla nascita di un comitato di salvaguardia della struttura. I pazienti locali sono infatti spesso trasferiti al pronto soccorso dell'ospedale Infermi di Rimini per colpa delle carenze di organico e di strumenti diagnostici. A distanza di ormai 5 anni dal riconoscimento ufficiale del "Sacra Famiglia" come ospedale in area disagiata, il comitato ha registrato che non solo non è stato fatto un solo passo in avanti nel consolidamento della configurazione citata ma si è anzi continuato con il sistematico e progressivo impoverimento delle prestazioni offerte. I lavori per 380.000 euro che avrebbero dovuto aumentare i posti

letto di Chirurgia sono stati sospesi, e con essi la speranza di un maggior numero di interventi chirurgici e la conseguente riduzione delle liste di attesa. Il reparto di anesthesiologia soffre di carenza cronica di medici anestesisti, cui si cerca di sopperire con personale medico del 118. Cardiologia registra addirittura le dimissioni del professionista cardiologo, il che comporta la totale assenza delle prestazioni anche più basiche. Situazioni simili si possono riscontrare in tutti gli altri reparti, accompagnati dai disagi, dai continui spostamenti, dai costi sociali e lavorativi per la popolazione montana dell'Alta Valmarecchia.

A **Cattolica** la riorganizzazione della rete ospedaliera dell'Ausl della Romagna prevede lo spostamento del reparto di fisiopatologia della riproduzione, al quale conseguirebbe anche la perdita del servizio di ginecologia che attualmente è di riferimento per tutta la zona della Valconca sino a Rimini. Il ridimensionamento della struttura ospedaliera interverrebbe anche sul day hospital oncologico, dove i tre posti letto sarebbero trasformati in altrettanti posti day service, e sul servizio di supporto psicologico ai malati oncologici, garantito solo dall'intervento benefico di privati. All'ospedale Cervesi di Cattolica dal 2018 ha preso il via una nuova attività chirurgica dell'Unità operativa di Chirurgia e Terapie Oncologiche Avanzate dell'ospedale "Morgagni - Pierantoni" di Forlì, che prevede l'utilizzo delle sale operatorie dell'ospedale di Cattolica per interventi chirurgici a bassa complessità. Il percorso evidenzia l'effetto del modello a rete romagnolo, che si dice trasversale all'insegna della "caduta" dei confini territoriali e dell'utilizzo di ogni spazio e risorsa possibile al fine di "massimizzare le sinergie e le opportunità di cura e di terapia per la popolazione.

A **Forlimpopoli**, nella provincia di Forlì Cesena, il decurtamento dei posti letto ospedalieri causato dalla riduzione dei reparti, dall'unificazione delle specialità e addirittura dalla chiusura di interi presidi ha fatto sì che le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità si siano trasformati di fatto in strutture di "lungodegenza". Nelle case della salute di Forlimpopoli e Bertinoro, per esempio, non sono i medici di medicina generale ad occuparsi dei degenti ma colleghi ex ospedalieri lì trapiantati. La struttura non ospita infatti la popolazione residente perché l'80% dei pazienti proviene dal Pronto soccorso dell'ospedale più vicino. Anche in questo caso, le zone periferiche sono state oggetto di un sistematico ridimensionamento degli ospedali, come è accaduto al Nefetti di **Santa Sofia**, trasformato in OS. CO, oppure alle strutture di Modigliana e di Premilcuore. A **Cesenatico** l'Ospedale Marconi vantava un servizio di pronto intervento molto efficace e idoneo a rispondere alle esigenze di una città che durante il periodo estivo triplica il numero di residenti. Già nel 2011 si è attuata una riconversione dei reparti in favore di un ospedale a vocazione riabilitativa e di lungodegenza, finché nel 2014 l'unificazione delle AUSL della Romagna ha comportato un declassamento del Marconi a OS.CO. per garantire un'assistenza intermedia con presenza di personale infermieristico e l'ausilio dei medici di base: una dimensione assolutamente incompatibile con le esigenze di una città turistica come Cesenatico. Dell'ospedale è rimasto un poliambulatorio con annesso un punto di primo intervento che dirotta immediatamente anche i casi più semplici di richiesta di assistenza al pronto soccorso del Bufalini di Cesena, conseguentemente sovraccaricato nelle accettazioni con tempi di attesa interminabili. Nella valle del Savio a **Bagno di Romagna** l'ospedale Angioloni ha perso nel 2018 ben 4 dei suoi 9 posti letto, ha visto dimezzarsi la Medicina Generale ma crescere di contro la lungodegenza, siglando una diversa caratterizzazione dell'ospedale della Valle Savio. A **Cesena** l'ospedale Bufalini, dopo l'unificazione delle AUSL romagnole, è stato soggetto all'applicazione del decreto Balduzzi, che determina la riduzione dei posti letto e la disponibilità di 3,7 unità ogni 1000 abitanti. I posti sono quindi passati dai 549 del 2011 ai 456 del 2017, in una spirale discendente che non accenna a fermarsi e si accompagna alle consuete eliminazioni di reparti, ai loro accorpamenti nonché alla scomparsa di molte degenze.

A **Faenza**, nel **ravennate**, il reparto Ortopedia e Traumatologia godeva di un livello qualitativo elevato e comprovato da rilevanti numeri di prestazioni erogate (20.660 prestazioni di cui 1.460 operazioni solo nel 2017), con punte di eccellenza per le patologie del gomito. Di recente questo primato è stato notevolmente compromesso a causa delle carenze di personale che non consentono di mantenere i livelli di eccellenza in termini sia di qualità che di quantità dei servizi erogati. A **Lugo** la diminuzione del personale e degli investimenti ha determinato una grave situazione di sofferenza dei servizi e dei reparti per la struttura ospedaliera dell'Umberto I, esacerbando i già citati problemi di spostamento obbligato verso le differenti strutture romagnole specializzate, spesso non opportunamente supportate anche da sistemi di trasporti pubblici funzionali a un'erogazione di qualità dei servizi. Nel 2019 a Lugo si è notato un drastico calo delle nascite, diretta conse-

guenza dei progressivi tentativi di ridimensionamento e causa della fuga delle partorienti verso il più attrezzato, ma anche assai più distante, ospedale di Ravenna.

## 4. Conclusioni

A maggio 2020 la Corte dei Conti ha pubblicato l'annuale rapporto annuale sul coordinamento della finanza pubblica. In un capitolo dedicato alla Sanità, si può leggere che *"...a partire dalla crisi finanziaria di inizio decennio [si assiste a]: la graduale riduzione della spesa pubblica per la sanità e il crescente ruolo di quella a carico dei cittadini; la contrazione del personale a tempo indeterminato e il crescente ricorso a contratti a tempo determinato o a consulenze; la riduzione delle strutture di ricovero ospedaliere e l'assistenza territoriale; il rallentamento degli investimenti."*

Sono considerazioni che non giungono certo nuove ed erano d'altronde facilmente formulabili anche in passato. L'emergenza sanitaria di questi mesi ha trovato di fronte a sé un sistema indebolito da decenni di politiche perseguite alla luce del sole, in cui il completo stravolgimento degli ideali alla base del Sistema Sanitario Nazionale fondato nel 1978 veniva messo nero su bianco in leggi dello Stato e nei piani sociali e sanitari delle Regioni. La Fondazione Gimbe ha calcolato che solo negli ultimi dieci anni il finanziamento pubblico destinato alla sanità è stato decurtato di oltre 37 miliardi, il tutto mentre l'Unione Europea chiedeva per ben 63 volte agli Stati membri di tagliare le spese sulla sanità e di proseguire sulla strada delle privatizzazioni.

Grazie all'alibi del debito si sono potuti giustificare i tagli alla spesa, e grazie all'alibi dei tagli alla spesa i privati hanno potuto allungare sempre più la propria ombra sulla sanità anche in un Regione in cui il ruolo del pubblico si va inesorabilmente a ridurre ma continua a reggere, per quantità e qualità, se confrontato con altri sistemi limitrofi. Non è però il caso di abbandonarsi a facili consolazioni: se questo viaggio negli ultimi trent'anni nel nostro sistema sanitario regionale ci ha insegnato qualcosa, è che lo smantellamento procede lento ma inesorabile. Per comprendere l'ineluttabilità di questo processo, deve essere chiaro che il privato non può sopravvivere se non attraverso la progressiva riduzione del pubblico. Con una sanità pubblica funzionante e con le caratteristiche di universalità, uguaglianza e globalità proprie del Servizio Sanitario Nazionale come concepito nel 1978 non c'è spazio per il mercato, le possibilità di fare profitto con la cura della persona vengono meno o sono confinate ad ambiti residuali. Al contrario, se il pubblico offrirà un'assistenza parziale, frammentata e inefficiente, il capitale potrà prosperare e accedere a un volume di affari garantito dalla necessità dei cittadini di curarsi, dall'esigenza primaria di sopravvivere.

È a partire da queste considerazioni banali ma mai abbastanza rimarcate che si può smascherare il virtuoso modello emiliano e la sua spinta alla diffusione della medicina territoriale. Avvicinare infatti i presidi sanitari al cittadino è auspicabile, ma non compatibile all'interno di un processo di depauperamento qualitativo e quantitativo del sistema. Le Case della Salute e gli Ospedali di Comunità non potranno mai rimpiazzare la completezza diagnostica, di intervento e riabilitativa dei tanti ospedali tradizionali che costellavano il nostro territorio dai grandi centri urbani alle aree montane. La prossimità della medicina sarà inutile se accompagnata da tagli dei posti letto, dalla riduzione del personale medico, dalla gestione degli ospedali secondo criteri aziendali che riducono il paziente e la sua terapia a un coefficiente calcolato da un software per ottenere i rimborsi. La medicina territoriale inoltre deve essere pianificata attraverso programmi strutturati di intervento e di prevenzione, applicati da un numero sempre maggiore di medici che conoscono il territorio, le sue trasformazioni, il tessuto sociale che lo caratterizza. Il lavoro di questi medici deve essere inoltre svolto sinergicamente con le altre professioni sanitarie, al fine di curare e seguire i soggetti più deboli in tutte le fasi della vita. Non vogliamo una medicina territoriale fatta di case della salute svuotate delle funzioni ospedaliere, basata su budget da rispettare per diminuire la spesa pubblica e mancante di una pianificazione sanitaria che sappia agire nella vita dei cittadini. All'interno di questa cornice, la prevenzione di cui si dovrebbe far carico la medicina territoriale diventa quindi una parola vuota, uno strumento che non deve assolvere correttamente il suo compito per far sì che il sistema continui a funzionare come previsto.

È qui che ha la possibilità di inserirsi il privato: le lungaggini e l'inefficienza della sanità pubblica gli permettono di tenere viva la domanda per i propri servizi e sostituirla sul mercato. Ma la dinamica è ben più complessa

di così e il capitale d'altronde non è ancora giunto al punto di voler rimpiazzare il pubblico. Ben più profittevole è in questa fase e in un contesto come quello emiliano-romagnolo lo sfruttamento del sistema pubblico, insinuandosi come abbiamo visto organicamente negli ospedali o nelle "nuove" strutture pubbliche, oppure attraverso pratiche ancora più subdole come quella dell'accreditamento. Mentre gli ospedali, i reparti e i laboratori chiudono, il numero di persone che devono accedere alle cure aumenta e il privato viene "in soccorso" del soggetto pubblico offrendo le proprie strutture, i propri macchinari e il proprio personale. Il cittadino non noterà quasi per niente le conseguenze sul proprio portafogli e sarà anche soddisfatto delle prestazioni tempestive e di qualità, ma nel frattempo la Regione utilizzerà i propri fondi per finanziare soggetti privati invece di investire in strutture e personale veramente pubblico, cioè di tutti. Quello del "privato convenzionato" è un fenomeno che fa ben meno clamore di un ospedale di Paese che chiude i battenti ma è ormai diffusissimo nella nostra regione.

I diversi percorsi della privatizzazione procedono paralleli e, come sempre, trovano nelle crisi l'occasione per compiere importanti accelerazioni. Dopo mesi in cui siamo stati nutriti con la retorica dei medici e infermieri del SSN come eroi mentre la sanità privata si muoveva tardivamente e con interventi di facciata nel vano tentativo di rendere meno evidente la propria inutilità, la Direttrice dell'Ausl di Bologna Chiara Gibertoni il 25 maggio 2020 dichiara a mezzo stampa il prossimo accordo tra Regione e AIOP -Associazione Italiana Ospedalità Privata per "l'affitto" nei prossimi 4-5 anni di 380 posti letto presso ospedali privati accreditati. Di nuovo, la notizia non può sorprendere chi ha osservato il percorso svolto dal sistema sanitario regionale in questi anni e di cui questo non è che uno dei logici passi successivi.

Chiunque ha compreso questi processi non potrà però anche sottrarsi dalla richiesta a gran voce di una netta inversione di marcia. Un sistema sanitario veramente pubblico, gratuito e universale non può esistere se fa affari col privato, se si piega a una logica di austerità, se non rimette al centro la persona e il dovere di prevenire le patologie prima ancora di curarle. La prevenzione, l'educazione e l'informazione alla salute, se non seguono programmi strutturati e che mettono al centro la persona ma sono sempre più ad appannaggio della sanità privata o rivolti al profitto di alcuni mercati, determinano la scomparsa di quella capacità capillare della scienza medica di interessarsi delle persone per tutta la vita, con passaggi gradualmente che producono progressi duraturi. Tutto questo è incompatibile con l'attuale sistema sanitario, che rinnega la legge 883 del 1978 sul SSN ma ancora prima tradisce quella tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività sancita dall'articolo 32 della nostra Costituzione. Per realizzare quei principi la strada da percorrere è lunga e impervia quanto profondamente necessaria, e passa per la rottura con la logica del profitto e dello sfruttamento della persona.

Il caso ha voluto che questo documento venisse scritto proprio nei giorni in cui i medici cubani della brigata Henry Reeves hanno lasciato l'Italia, dopo mesi di impegno incessante per aiutare il nostro sistema sanitario in profonda difficoltà nella lotta al Coronavirus. È difficile concepire un'immagine più potente e significativa di quella che vede una quarantina di medici provenienti da un Paese del terzo mondo, martoriato da uno spietato blocco economico lungo 60 anni, aiutare tramite solidarietà, cooperazione, senso dell'interesse collettivo una delle più importanti potenze economiche. Il comandante della brigata ha detto: *"Per noi è stato un privilegio vivere questa esperienza medica, ma che è stato anche un incontro tra i popoli che va a ridefinire la percezione che abbiano l'un l'altro, molto più in là dei meri interessi economici."* Ed è proprio in queste ultime parole che si può trovare il nocciolo del discorso: finché non abbandoneremo quegli interessi economici che governano il nostro sistema capitalista e che entrano in conflitto anche con la nostra Costituzione, non solo non potrà mai esserci una brigata italiana che compie in maniera disinteressata un gesto come quello dei medici cubani, ma non potremo nemmeno pensare di cominciare a costruire un sistema sanitario universale, gratuito e quindi degno di chiamarsi pubblico.

## 5. Fonti

Legge 23 dicembre 1978, n. 833: Istituzione del servizio sanitario nazionale

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria

Legge 24 dicembre 1993, n. 537: interventi correttivi di finanza pubblica

Legge 7 agosto 2012, n. 135: conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini

Linee guida per la rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna - 1996

Regione Emilia-Romagna: piano sociale e sanitario 2017-2019

Regione Emilia-Romagna: principi di ridisegno ospedaliero

Piani Attuativi Locali delle Aziende Sanitarie Della Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Sanità della Regione ER

Che ne è stato dello Stato, Rivista Proteo numero 6/2017 a cura del Centro Studi Trasformazioni Economico-Sociali (CESTES) e dell'Unione Sindacale di Base (USB)

Il neoliberalismo europeo trasforma il diritto alla salute in precarietà del vivere, Sabino Venezia, Rivista Proteo 2006-3 e 2007-1

Contro il welfare dei miserabili, Luciano Vasapollo, Rivista Proteo 1999-3

Sanità, ecco il modello del duemila; speciale Dire Agenzia - 1997

Linee guida per la rimodulazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna - 1996

<https://contropiano.org/news/politica-news/2020/04/16/il-disinvestimento-nella-sanita-degli-ultimi-10-anni-0126847>

<https://contropiano.org/news/politica-news/2014/02/26/dovete-morire-prima-ma-lo-saprete-dopo-022451>

<https://contropiano.org/regionali/emilia-romagna/2020/05/26/bologna-riprende-il-processo-di-smantellamento-della-sanita-pubblica-0128377>

<https://contropiano.org/news/politica-news/2017/06/21/93154-093154>

<https://www.settesere.it/it/notizie-emilia-romagna-coronavirus-la-denuncia-dell-usb-emilia-romagna-nelle-case-di-riposo-sta-avvenendo-un-ecatombe-n23573.php>

<https://www.gimbe.org/pagine/1229/it/report-72019-il-definanziamento-20102019-del-ssn>

<https://www.corteconti.it/Download?id=9e8923ba-4ef4-480e-90f0-ef307c3fa756>

<https://emmaclancy.files.wordpress.com/2020/02/discipline-and-punish-eu-stability-and-growth-pact.pdf>

<https://glindifferenti.it/dieci-anni-tagli-alla-sanita/4035/>

<https://www.sinistrainrete.info/articoli-brevi/17060-thomas-fazi-coronavirus-e-autonomia-regionale.html>

<https://valori.it/emergenza-coronavirus-i-tagli-alla-sanita-che-non-bisognava-fare/>

<https://www.ilsussidiario.net/news/ue-a-italia-piu-investimenti-in-sanita-ma-finora-chiedeva-tagli-agli-stati-membri/2026282/>

[https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_rs\\_bdsrg&lang=en](https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bdsrg&lang=en)

[https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-07-03/spending-review-sara-anche-120252\\_PRN.shtml](https://st.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-07-03/spending-review-sara-anche-120252_PRN.shtml)

[https://www.repubblica.it/salute/2020/03/05/news/coronavirus\\_lo\\_studio\\_in\\_10\\_anni\\_-37\\_miliardi\\_alla\\_sanita\\_italiana-250314358/](https://www.repubblica.it/salute/2020/03/05/news/coronavirus_lo_studio_in_10_anni_-37_miliardi_alla_sanita_italiana-250314358/)

<https://contropiano.org/regionali/emilia-romagna/2020/05/26/bologna-riprende-il-processo-di-smantellamento-della-sanita-pubblica-0128377>

Piani Attuativi Locali delle Aziende Sanitarie Della Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Sanità della Regione ER

