volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Il Servizio sanitario non c'è più: è possibile ripristinarlo?

Una mattina dell'ottobre-novembre 1990, a Palazzo Chigi, il ministro del Tesoro Giuliano Amato, presiedendo la conferenza delle Regioni spiegò che se non avessimo fatto immediatamente una riforma della sanità in grado di ridurne la spesa, il Fondo Monetario Internazionale non ci avrebbe prestato i 15.000 miliardi indispensabili per pagare almeno gli stipendi pubblici. Cosa era accaduto? Era accaduto che, nei dieci anni precedenti, il nuovo SSN universalistico e gratuito non era stato supportato da stanziamenti finanziari adeguati. Avevamo fatto il SSN, ma non ci avevamo messo i sodi sufficienti per sostenerlo. Per cui i disavanzi si erano accumulati e i ripiani per evitare il blocco dei servizi erano stati fatti a debito, aggiungendosi al debito del sistema pensionistico (c'erano ancora le pensioni baby) e della macchina pubblica in generale. C'erano margini per recuperi di sprechi e inefficienze? Sì, ma non c'era tempo. Quindi **l'alternativa posta da Amato fu secca: o la riforma subito per avere il prestito o il default dello Stato.** Messa così, i Presidenti, non poterono che dare parere favorevole. Subito dopo, venne emanato il decreto-legge 1° dicembre 1990 n. 335 che impose il Commissariamento di tutte le Unità Sanitarie Locali, con mandato ai commissari straordinari di ricondurre la spesa entro gli stanziamenti prefissati. Quindi tagli lineari su tutto il sistema, sulla base di standard fissati dallo Stato per dotazioni di posti letto, di personale ecc. e perciò chiusura dei piccoli ospedali e reparti con indici di occupazione sotto standard, riduzioni dei presidi territoriali, accorpamenti di Unità Sanitarie su base provinciale, razionalizzazioni, ma soprattutto blocco delle assunzioni. Da lì in avanti vennero approvati la legge quadro n. 421 del 1992 e i decreti delegati n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 con l'aziendalizzazione del sistema, in un quadro ordinamentale che, pur dopo il superamento dell'emergenza, non è più stato sostanzialmente modificato, nonostante la cosuddetta riforma Bindi del 1999, che in realtà non ha modificato nulla di quell'impianto. Quindi possiamo fissare un punto fermo: **la *riforma* del 1992-94 non aveva nulla a che fare con la tutela della salute degli italiani. Aveva un unico e dichiarato obiettivo: impedire che la spesa sanitaria potesse superare gli stanziamenti e creare problemi di ripiano a carico dello Stato**. A prescindere dalla valutazione se gli stanziamenti fossero o non fossero adeguati alla tutela della salute come diritto costituzionalmente protetto e obbligo dello Stato.

L'obiettivo venne raggiunto? Si, in quattro mosse. ***Primo***: **espulsione dei Comuni non solo dalla gestione, ma anche dal governo della sanità e trasferimento definitivo dal bilancio dello Stato al bilancio delle Regioni degli eventuali disavanzi** affinché questi non fossero conteggiati nei calcoli del debito. ***Seconda mossa***: **accentramento sulle Regioni stesse di tutte le competenze di gestione delle nuove aziende sanitarie** – così chiamate per far meglio capire di cosa si stesse parlando – per il tramite di funzionari regionali a contratto, quindi licenziabili in ogni momento, se inadempienti rispetto agli obiettivi assegnati dalla Regione, il primo dei quali era ed è, l'equilibrio di bilancio; con, per contro, incentivi economici, in caso di pareggio. ***Terza mossa***: **in caso comunque di**

disavanzi regionali, commissariamento delle Regioni da parte dello Stato, con mandato ai commissari governativi di ulteriori tagli lineari, quindi tagli del personale in primis, che è strutturalmente circa il 50% della spesa. ***Quarta mossa***: **il lancio dei Fondi sanitari, prima integrativi e poi sostitutivi dei LEA, e delle polizze assicurative**. Il tutto defiscalizzato a carico dello Stato, in modo da favorire l'organizzazione della gran parte della domanda inevasa verso i privati, a loro volta destinatari di politiche di accreditamento per garantire loro la base economica certa su cui sviluppare l'offerta a pagamento diretto e indiretto. La conseguenza fu una proliferazione di convenzioni fra assicurazioni o fondi da una parte e strutture private dall'altra, in crescita esponenziale, fino ad arrivare al c.d. welfare aziendale sanitario, che oggi copre circa 15 milioni di italiani. Fa piacere per loro: basta sapere che **così abbiamo ricostituito le mutue**, con buona pace dell'universalismo e dell'uguaglianza di accesso alle cure.

Conclusione: per rendere sostenibile socialmente il definanziamento del SSN, con le conseguenze che sappiamo, si sono **spostati oltre 40 miliardi di spesa dal bilancio dello Stato ai bilanci delle famiglie; e i 5-6 milioni di persone che non possono permettersi polizze e non possono pagare, si arrangino**. Tanto sono pochi, senza voce e senza rappresentanza. Un paradosso: 5-6 milioni è circa lo stesso numero dei non tutelati prima della riforma del '78. Sotto questo aspetto, dopo 46 anni, siamo ritornati lì.

L'amara osservazione è confermata dall'analisi dei soggetti privati in campo e dalla loro rilevanza. Il gruppo S. Donato è quotato in borsa e gli azionisti vanno comunque remunerati. Penta Investiment è un fondo che ha già la più grande catena di ospedali e ambulatori dell'Est Europa e ha acquistato 3000 farmacie in Italia. La Exor di Agnelli ha investito 4 miliardi nel settore salute. La Kos, controllata da CIR (De Benedetti), che ha già 24 RSA, sta ulteriormente investendo. Previmedical mette a disposizione una rete medicale convenzionata in Italia con decine di strutture, in accordo con la recente costituzione per fusione del gruppo assicurativo "Intesa San Paolo RBM salute" con 606 milioni in premi. E sono dati di qualche anno fa. Uni Salute (Unipol), leader nel settore, ha 9800 centri convenzionati e, nei soli primi nove mesi del 2025, ha cresciuto la raccolta premi del 12,7%. Per non parlare del gruppo Garofalo e del gruppo Angelucci, quest'ultimo ben rappresentato in Parlamento e nel Governo. Ed è solo la punta dell'iceberg. Attenzione: non si tratta più di singoli imprenditori, ma di finanza nazionale e internazionale. Per i Fondi pensione, Empam compresa, investire in sanità privata in Italia è un business considerato altamente remunerativo. I fondi comprano perfino i *project financing* sciaguratamente ancora utilizzati, anche da noi, per costruire ospedali pubblici. E le Assicurazioni ovviamente non coprono gli over 75. Il tutto alimentato dai contratti di fornitura stipulati con i privati accreditati che in questo modo hanno la base economica garantita, per poi sviluppare le attività a pagamento diretto e indiretto, tramite le assicurazioni; e il tutto favorito da una legislazione che consente al privato di investire nei settori a maggior remunerazione e basso rischio, ovviamente lasciando alla rete pubblica il resto.

Come siamo arrivati a questo disastro? **È accaduto che lo strumento "aziendalizzazione", frutto di una cultura politica ben precisa, rendendo socialmente sostenibile il definanziamento praticato fin dal 1981, ha stravolto il sistema che, da universalistico e pubblico, è diventato misto**. Quindi l'attuale situazione non è frutto del caso o del destino, ma di scelte ben ponderate, con responsabili ben noti. Ne valeva la pena? Non direi: **in 30 anni abbiamo in parte smantellato il SSN e portato la spesa sanitaria pubblica sotto la media UE, ma abbiamo comunque un deficit oltre il 3% e il debito forse più alto d'Europa**.

La domanda successiva è: **è possibile rimettere il dentifricio nel tubetto o almeno evitare che ne fuoriesca ancora?** Per una risposta positiva vedo due ordini di difficoltà: oggettive e soggettive. Partiamo da quelle oggettive. Fino a qualche tempo fa mi sarei limitato a dire che occorre una grande riforma organica che superi l'assetto ordinamentale dell'aziendalizzazione, senza rifare alcuni errori della legge n. 833 del 1978. **Oggi, una riforma organica della sanità non basta più**. È vero che un sistema sanitario pubblico, universalistico ed equo, è sostenibile finanziariamente nella misura in cui un popolo decide che lo sia, ma **il problema delle risorse è reale**. Allora, occorre innanzitutto riformare il fisco in senso progressivo intervenendo sui patrimoni e sulle rendite e non solo sui redditi da lavoro, per non parlare dell'evasione, al fine di liberare risorse, ma non basta. Per redistribuire ricchezza occorre crearla, ma per crearla occorrono politiche economiche e industriali coerenti, e una volta creata ricchezza occorrono politiche di bilancio che diano priorità al welfare, piuttosto che ad altro. Quest'ultima cosa, dati i tempi, mi sembra la più difficile. Quindi, **per riportare la sanità italiana all'universalismo, occorre un intero programma di governo, alternativo non solo a quello attuale, ma in gran parte anche a quello dei governi precedenti**. Vasto programma, appunto, direbbe De Gaulle; considerazione che non induce all'ottimismo.

Vedo poi una difficoltà soggettiva. Va apprezzato lo sforzo quotidiano di molti bravi amministratori regionali e locali per tenere a galla la barca. Ma non sono ancora convinto – e qui sta la criticità soggettiva – che, soprattutto a Roma ci sia davvero, anche a sinistra, consapevolezza di cosa veramente significhi ed implichi, voler salvare il SSN universalistico ed equo: nonostante Mattarella, nonostante gli allarmi per il rischio di "crollo" del sistema lanciati dal Presidente della Regione Emilia-Romagna e nonostante la proposta di legge di iniziativa popolare della CGIL, forse memore del fatto che fu la prima, nel 1959-60, a presentare un progetto di legge istitutivo del SSN, subito poi seguita dal PCI. Temo che **l'assenza, nei programmi e negli allarmi della sinistra, di proposte concrete di superamento della cultura politica sottesa all'attuale assetto**, nella *governance* tutta regionale e tecnocratica, nel rapporto con il c.d. secondo o terzo pilastro (assicurazioni e privato) **non sia una dimenticanza, ma una scelta**. E in effetti, al punto in cui siamo arrivati, destrutturare il sistema che si è creato, sia nell'assetto della *governance* pubblica (la riforma dovrebbe essere verso un rinnovato *empowerment* delle autonomie locali, non certo dello Stato) che di presenza arrembante del privato sostitutivo, con le sue migliaia di operatori e i suoi interessi e collegamenti trasversali, non

appare una cosa agevole.

Ma non è un tema eludibile, pena il rassegnarsi alla deriva attuale, malgrado le parole e gli appelli. La legge n. 833 era semplicemente all'insegna del "ciascuno secondo le sue possibilità, a ciascuno secondo i suoi bisogni". Diciamola tutta: era un pezzo di socialismo nel sistema economico-istituzionale italiano. Forse per questo non poteva resistere all'egemonia neoliberista degli anni'80 e '90. Ciascuno ne tragga le conclusioni che ritiene.

*** È l'intervento svolto nel convegno "Difendere il SSN universale equo uguale" (Parma, 8 maggio 2026)**