



DOCUMENTO SULLA SANITÀ.

- Settembre 2023 -

La crisi pandemica ha messo a nudo una serie di debolezze del nostro Servizio Sanitario Nazionale che questo documento intende indagare indicandone quelle che sono le cause prime, da ricercare non in presunte "manchevolezze" di questo o quel settore di una cittadinanza riottosa a sottoporsi a un trattamento sanitario surrettiziamente obbligatorio, ma in un preciso progetto politico di smantellamento della sanità pubblica, un fiore all'occhiello del welfare italiano, che dura oramai da più di trent'anni.

Le radici del Servizio Sanitario Nazionale

L'attuale Servizio Sanitario Nazionale nasce con la promulgazione della legge 833 del 1978 che aveva alla base due filoni di pensiero ben distinti ma convergenti. Il primo era quello relativo alla necessità di un'impostazione universalista della Sanità Pubblica come tassello importante nel perseguimento degli obiettivi costituzionali fissati, in modo specifico per questo settore, dall'art. 32 che definisce la tutela della salute come "fondamentale" diritto dell'individuo e interesse della collettività e per questo obbliga le istituzioni repubblicane a fornire una tutela sanitaria di eccellenza a tutti i cittadini italiani indipendentemente da condizioni economiche e sociali, superando così il precedente modello mutualistico che lasciava inevitabilmente scoperte o coperte solo parzialmente alcune fasce di popolazione. Il secondo filone era quello che vedeva nel superamento dell'equazione "medicina = cura della malattia acuta" la premessa per la realizzazione di un sistema sanitario a tutto tondo che contemplasse anche a) la prevenzione degli stati patologici, intesa anche e forse soprattutto come qualche cosa che riguarda la società nel suo complesso e non soltanto i singoli comportamenti a rischio da scoraggiare o vietare - il SSN doveva quindi farsi carico di aspetti che oggi consideriamo inerenti più alla tutela dell'ambiente che alla salute pubblica; e b) la riabilitazione necessaria al reinserimento di quelle persone che a causa di postumi di traumi (non solo fisici) o malattie non riescono a recuperare pienamente alcune funzioni necessarie per "l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese" (art. 3 Costituzione).

Il fulcro su cui si basava il SSN partorito dalla 833 erano le USL, o Unità Sanitarie Locali, amministrate da un Comitato di Gestione eletto dall'Assemblea Generale, organo espressione del/dei Comune/i afferente/i al territorio di competenza dell'USL stessa. Si trattava quindi di organismi di nomina politica molto vicini alle esigenze dei territori sui quali operavano.

La controriforma del 1992: aziendalizzazione e accentramento

Tale struttura organizzativa del SSN rimase inalterata solo fino al 1992, anno in cui con il D.L. 502 si abbandona de facto il modello di sanità pubblica diffusa e partecipata per sposare un modello aziendalista orientato più all'equilibrio finanziario che alla presa in carico dei bisogni della popolazione. Le USL vengono trasformate in Aziende, non più gestite da comitati di nomina comunale ma da un direttore generale che risponde direttamente al Presidente della Regione. Si ebbe quindi la sostituzione di un organo collegiale con un organo monocratico che si presumeva garantisse una maggiore efficienza gestionale, sul modello delle aziende private.

Questo stravolgimento del modo di concepire la sanità pubblica si verificò in un momento storico in cui era prioritaria la necessità di riportare il nostro paese nel Sistema Monetario Europeo¹, il predecessore della moneta unica. Tale obiettivo richiedeva come condizione

¹ Per rendere il clima di apprensione per il "rischio" di non essere ammessi al club dei paesi UE riportiamo qui l'incipit di un [articolo](#) comparso su Repubblica del 3 giugno 1992: *Siamo "in emergenza", torna ad avvertire Guido Carli. Bisogna colpire pensioni e salari, ma occorre anche puntare alla "crescita zero" del numero dei dipendenti*

imprescindibile la necessità di ridurre la spesa pubblica. I Comitati di Gestione controllati dai partiti erano visti – in parte a ragione - come organismi occupati da una classe politica decadente e corrotta. Trasformare le USL in aziende costringendole ad “entrare nel mercato” le avrebbe senz’altro “redente” dai peccati della lottizzazione, del clientelismo e della corruzione.

Dovrebbe essere palese però che in un organismo come il Comitato di Gestione, nel quale sono presenti rappresentanti di diverse forze politiche legate al territorio, esiste un sistema di pesi e contrappesi che di per sé è una garanzia contro il verificarsi di sprechi e corrotte. Al contrario un Direttore Generale di nomina regionale sarà sempre portato a tenere in alta considerazione qualsiasi input gli arrivi dagli ambienti che gli hanno affidato l’incarico e, nel caso fossero in contrasto con gli interessi delle comunità nelle quali opera, a prevaricare questi ultimi.

A questa sottrazione di potere dai territori periferici verso il centro del potere politico fece seguito un progressivo accentramento e rarefazione dei servizi sanitari:

- a cominciare dalle ASL il cui numero venne progressivamente ridotto (oggi sono una ogni 600mila abitanti², contro gli 87mila post legge 833³);
- all’interno delle ASL poi si assistette a una progressiva riduzione dei distretti, le unità di gestione dei servizi sanitari territoriali che inizialmente avevano un bacino di utenza ridotto rispetto a quella della USL (in Veneto, per es., era compreso tra i 10 e i 30mila abitanti⁴) mentre oggi coincide spesso con il bacino di utenza dell’intera ASL. Un caso emblematico in questo senso è Regione Lombardia che ha addirittura abolito i distretti⁵ aprendo enormi possibilità di profitto a privati che offrono “servizi” sanitari territoriali. Come è andata a finire lo abbiamo visto con il COVID.
- Anche il numero di presidi ospedalieri venne progressivamente ridotto e con essi il numero dei posti letto che passarono dai 410mila del 1990 ai 189mila del 2018⁶, equivalente ad un taglio di oltre il 50%. Anche se tale trend era già in atto dal 1975 giova ricordare che probabilmente le motivazioni alla base del suo mantenimento mutarono radicalmente con la stipula del trattato di Maastricht e l’aggancio della lira allo Sme, il precursore della moneta unica: se la riduzione dei posti letto verificatasi prima degli anni novanta era più da addebitare ad una riorganizzazione dei presidi ospedalieri ereditati dall’impostazione mutualistica del precedente sistema, quella che si registra dal 1992 in avanti aveva alla sua base quanto meno anche la necessità di rispettare i vincoli di bilancio connaturati alla nostra adesione all’Unione Europea.
- Allo scopo non dichiarato di recuperare in parte i finanziamenti che tale impostazione negava venne istituita, inizialmente solo per i medici ma poi progressivamente estesa a tutto il personale sanitario, la possibilità di esercitare la libera professione “intra moenia”. Questo istituto permise di occultare per molto tempo – in un periodo in cui il risparmio diffuso e i redditi erano ancora a livelli più che dignitosi – lo smantellamento delle caratteristiche di universalità e gratuità del SSN.

In pratica dalla controriforma del 1992 emerse un sistema sanitario il cui controllo venne sottratto ai comuni e consegnato nelle mani di un’articolazione della pubblica amministrazione, la Regione, che anche grazie alle riforme elettorali del 1995 e del 1999 che introdussero il premio di maggioranza e l’elezione diretta del presidente è di fatto retta da un organo monocratico che può saltare a piè pari qualsiasi processo di confronto con i territori da lui governati: le Conferenze dei Sindaci istituite dal DL 502/1992 che dovrebbero rappresentare i territori presso la Regione sono solo organi consultivi il cui potere di influire sulle scelte regionali dipende unicamente dal buon cuore del Presidente della Regione, un sultano che talvolta si degnava di ascoltare i propri sudditi. Tale abnorme concentrazione di potere prese ancora più abbrivio dalla riforma costituzionale del 2001 che spalancò le porte alla disgregazione dello stato unitario per consegnare di fatto alle regioni la programmazione

pubblici. E privatizzare. E sfruttare la "disponibilità a pagare" di una parte degli utenti nei delicatissimi settori della sanità e dell'istruzione.

2 https://it.wikipedia.org/wiki/Azienda_sanitaria_locale

3 [https://www.treccani.it/enciclopedia/sanita-e-regioni-in-un-servizio-sanitario-nazionale-salute_\(L'Italia-e-le-sue-Regioni\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/sanita-e-regioni-in-un-servizio-sanitario-nazionale-salute_(L'Italia-e-le-sue-Regioni)/)

4 http://www.aitasam.it/public/leggi/lr_veneto_1980-03-07_13.pdf

5 <http://www.sossanita.org/archives/10832>

6 <https://www.truenumbers.it/posti-letto-italia/>

politica in molti settori strategici tra i quali anche e soprattutto la sanità che assorbe il 70% del budget di una Regione.

Tale obiettivo venne perseguito tramite la retorica sulla spesa pubblica, improduttiva per antonomasia, che ancora oggi ammorba a livello più o meno conscio la narrazione politica del nostro paese. In realtà, come già detto, la decisione di estromettere i livelli periferici della pubblica amministrazione dalla gestione sanitaria derivava anche e forse soprattutto dalla necessità di tenere sotto controllo la spesa pubblica per poter rientrare nello SME, il sistema di cambi fissi precursore dell'euro, da cui l'Italia era stata estromessa proprio nel 1992. Tale necessità rimase per lungo tempo occultata grazie all'eredità culturale di tangentopoli per cui spesso i tagli ai servizi pubblici trovavano ampio favore presso un'opinione pubblica del tutto inconsapevole del portato della nostra adesione al trattato di Maastricht e chi operava i tagli aveva ed ha tuttora buon gioco a presentarli come un "superamento delle inefficienze" del sistema pubblico.

La salute prodotto industriale

Nel 2002, con l'irrompere sulla scena della moneta unica, entra in vigore il patto di stabilità che impone alle amministrazioni locali una rigida disciplina contabile volta a raggiungere il pareggio o addirittura l'attivo di bilancio. In sanità il patto di stabilità fece vedere quasi immediatamente i suoi devastanti effetti con la legge 311/2004 che all'art. 1, comma 169 prevede "allo scopo di garantire l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni" la fissazione di "standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi"⁷. In altre parole si stabilivano così dei tetti al numero di posti letto, alla durata media delle degenze, ai tassi di ospedalizzazione, al tasso di occupazione dei posti letto⁸.

La foglia di fico ideologica alla base dell'adozione di una strategia così smaccatamente aziendalista era la millantata preoccupazione che l'equilibrio economico finanziario delle regioni fosse "conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute". In realtà la continua rivisitazione al ribasso di tali parametri (per es. il numero di posti letto era inizialmente fissato a 4.5 per mille abitanti per scendere gradualmente a 3.7) in corrispondenza di un invecchiamento della popolazione è sintomatico delle reali motivazioni del legislatore.

È da notare inoltre che anche da un punto di vista meramente aziendalista teso alla massima riduzione dei costi e al massimo ottenimento di "profitti" (in questo caso risultati in termini di miglioramenti clinici) un tasso di occupazione dei posti letto pari al 90% come prescritto dai regolamenti attuativi della L. 311/2004 è assolutamente controproducente: nessuna azienda manifatturiera terrebbe costantemente impegnate le proprie linee di produzione a quei ritmi; è evidente che al primo picco di domanda o al primo anche leggero imprevisto si rischia di non soddisfare la propria clientela e quindi di perderla. Con il Covid, come vedremo, è successo esattamente questo.

In realtà quello che ci ha insegnato il Covid (o, meglio, che è stato bellamente ignorato fino alla comparsa del Coronavirus) è che i servizi sanitari, come molti altri servizi pubblici relativi alla salute e alla sicurezza della popolazione, non possono venire erogati seguendo una logica di massimizzazione dell'efficienza della "risorse produttive". A nessuno verrebbe in mente di prevedere poliziotti a gettone da pagare solo in caso di rapina in corso d'opera. Nella sanità pubblica questa è ormai la norma in molti reparti di pronto soccorso che "funzionano" solo grazie alla presenza di professionisti sanitari a chiamata. Gli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi" potrebbero andare bene se invece di essere provvisti di "tetti" fossero provvisti di "pavimenti": numero minimo di posti letto invece di numero massimo, tasso di vacanza invece che tasso di occupazione dei posti letto etc. Solo in questo modo si può pensare di gestire un'epidemia con modalità il più possibile rispettose delle libertà fondamentali della cittadinanza.

7 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2004/12/31/004G0342/sg>

8 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>

La finanza di progetto

A differenza degli standard la finanza di progetto non è necessariamente figlia della nostra adesione all'unione europea ma è sicuramente coerente con il quadro generale d'insieme delineato dai trattati: i vincoli di bilancio impongono di non effettuare spese che facciano lievitare lo stock del debito. In questa situazione chi non riesce a finanziare la spesa pubblica con le esportazioni e intende effettuare un investimento di lungo termine non può rivolgersi direttamente al credito bancario contraendo un mutuo – ovviamente la via dell'emissione diretta di titoli di stato o della monetizzazione del debito è preclusa a priori dall'adesione all'unione europea. In questi casi il coniglio dal cilindro offerto dal liberoscambismo mercatista ispiratore dei trattati europei ad amministratori ansiosi di inaugurare opere pubbliche è la finanza di progetto: si tratta di una forma di partnership pubblico – privato nella quale il privato contribuisce al finanziamento del progetto per la percentuale di cui il settore pubblico non può disporre (di solito il 50% circa) in cambio di "congrui" canoni di locazione da versare per un certo numero di anni (generalmente tra i 20 e i 30); il privato può anche avere accesso ad altri benefit come la gestione di alcuni servizi necessari al funzionamento della struttura. Per es. nel caso della costruzione di un'ospedale succede che il privato che è intervenuto per finanziare l'opera incassi poi, oltre ai canoni di locazione, anche altri introiti per la fornitura dei servizi di mensa, lavanderia e pulizie, per la gestione del parcheggio e la locazione di esercizi commerciali interni all'ospedale medesimo (caso tipico il bar o l'edicola).

In questo modo la cifra sborsata dal privato non viene contabilizzata come debito pubblico, ma l'ente erogatore del servizio dovrà ogni anno versare un canone per riscattare l'opera che spesso è molto alto (mai meno del 10% del capitale investito per arrivare anche al 70%, anche se spesso non è chiaro quale sia la quota da addebitare alla locazione e quale quella corrisposta per la gestione dei servizi essendo generalmente tali contratti secretati al pari di documenti relativi alla sicurezza nazionale) e si protrae per diversi decenni. Spesso poi tali canoni sono indicizzati e quindi in periodi di alta inflazione come quello attuale subiscono degli aumenti considerevoli che gli enti pubblici devono compensare con tagli alla spesa in altri settori (come per es. il personale). Di solito alla fine il concessionario privato incassa cifre pari a 3,4,5 fino 10/15 volte tanto il capitale investito inizialmente.

Oggi la stagione d'oro (per i partner privati, non certo per noi) della finanza di progetto è passata, ma i canoni mostruosi che gli enti pubblici si trovano a dover pagare sono ancora lì e rappresentano una voragine che si mangia ogni anno risorse che potrebbero essere impiegate con modalità molto più adeguate all'interesse collettivo. Non è da escludere che, soprattutto dopo la fiammata inflattiva conseguente al nostro coinvolgimento nel conflitto russo-ucraino, possano presentare dei profili di incostituzionalità. In ambito sanitario tali profili andrebbero ricercati in relazione al dettato dell'art. 32.

Il Covid come pietra tombale sui principi ispiratori della 833

Il Covid19 trovò il sistema sanitario totalmente impreparato a gestire un'epidemia. Chiunque abbia una formazione anche minima in materia sa che la gestione di un'epidemia è faccenda complessa che implica considerazioni che vanno al di là di quelle puramente mediche. Ma senza un servizio sanitario adeguato ad affrontare questo genere di sfide (servizi di medicina territoriale ai minimi termini, ospedali già sovraffollati non per mancanza di programmazione ma proprio per una programmazione che lo impone) non fu possibile adottare strategie in grado di trovare un giusto equilibrio tra due esigenze contrapposte quali la tutela della nuda vita e la tenuta del tessuto economico e sociale: l'Italia è nelle ultime posizioni delle classifiche mondiali sia per quanto riguarda i tassi di mortalità⁹ che per quanto riguarda la caduta del PIL¹⁰. Quei paesi che sul fronte sanitario hanno ottenuto risultati peggiori o simili a quello italiano in termini di mortalità da Covid in rapporto alla popolazione hanno generalmente fatto registrare cali del PIL molto più contenuti: in Europa solo Grecia, Croazia e Montenegro hanno

9 <https://ig.ft.com/coronavirus-chart/?areas=ita&areas=dnk&areas=nld&areas=che&areas=aut&areas=fra&areasRegional=usny&areasRegional=usca&areasRegional=usfl&areasRegional=ustx&cumulative=1&logScale=1&per100K=1&startDate=2020-09-01&values=deaths>

10 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2023/April/select-country-group>

fatto peggio di noi su entrambi i fronti senza peraltro imporre misure di distanziamento sociale drastiche come le nostre¹¹ (caratteristica, questa, comune anche a tutti gli altri paesi, essendo l'Italia stata indubbiamente un'eccellenza in termini di limitazione delle libertà dei propri cittadini).

A inizio 2020 il nostro ceto politico era ben consapevole dell'inadeguatezza del nostro SSN di fronte a quello che si stava profilando all'orizzonte: uno Stato realmente sovrano in una situazione del genere avrebbe fatto incetta di personale medico e infermieristico, magari reclutandolo anche tra i non ancora laureati, per gettarlo nella mischia e tenere il più possibile il virus al di fuori degli ospedali attraverso un tracciamento capillare dei contagi e la loro immediata presa in carico domiciliare. Per coloro i quali non fosse stato possibile evitare il ricovero avrebbe approntato strutture apposite separate dai normali nosocomi, magari riciclando molti dei "vecchi" ospedali, abbandonati per poter dare sfogo alle voglie rapinose di privati in cerca di partenariati con gli enti pubblici.

Ma niente di tutto questo è realizzabile in un paese che è di fatto una colonia di poteri transnazionali che tutto hanno a cuore fuorchè il benessere degli italiani. In una situazione del genere è quasi automatica la ricerca di un capro espiatorio che distolga l'attenzione dalle vere cause del problema. Si fece della prevenzione del contagio unicamente una questione di responsabilità individuali, dimenticando il concetto di prevenzione insito nella 833 e imponendo comportamenti che spesso attenevano ad un ambito più magico e rituale che razionale. Chi non li osservava scrupolosamente era oggetto di stigma sociale e di gogna mediatica, un monatto 2.0. A fine 2020 con la messa in commercio dei "vaccini" a mRNA questo atteggiamento raggiunse dei parossismi paragonabili, nella recente storia del nostro paese, solo a quelli generati dalle leggi razziali del 1938: il farmaco venne presentato come un siero miracoloso che avrebbe garantito – caso unico nella storia della lotta a virus a rna – l'immunità di gregge a patto di sottoporre TUTTA la cittadinanza all'inoculazione, comprese quelle fasce di popolazione per le quali i rischi a cui venivano esposte in caso di contagio fossero paragonabili a quelli di un comune raffreddore, in barba a principi sia medici (chi presenta un rischio bassissimo o nullo di contrarre una forma grave della malattia è meglio che se la prenda per sviluppare un'immunità naturale che sarà di aiuto a se stesso e alla comunità molto più di una traballante immunità vaccinale) che costituzionali (art. 32, comma 2: *"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."*). Il principio di precauzione venne totalmente ignorato, al punto che chi solo pronunciava la parola "sperimentale" veniva immediatamente ostracizzato da tutti i media nazionali e popolari. Il "primum non nocere", il concetto base della deontologia medica, venne completamente disatteso su indicazioni delle multinazionali del farmaco e la complicità vergognosa degli ordini professionali.

Nel giro di pochi mesi i fondamentali della lotta ad un'epidemia vennero completamente stravolti: si affermava tranquillamente che l'immunità garantita dal vaccino fosse migliore di quella ottenuta contraendo il virus; si sosteneva che le cure precoci non servissero a niente e i pochi professionisti che provavano ad attuarle venivano presentati come dei ciarlatani; in caso di sospetto contagio la cittadinanza era invitata a recarsi al più vicino pronto soccorso per effettuare il tampone aumentando così il rischio di esposizione al virus della popolazione più fragile; chi si sottoponeva al trattamento "vaccinale" veniva premiato con la totale libertà di accesso alla società ben oltre il periodo di pur parziale efficacia dei farmaci sperimentali a mRNA, al punto che è doveroso porre la domanda se tale impostazione non abbia facilitato piuttosto che frenato la diffusione del virus; chi invece rifiutava di sottoporsi alla vaccinazione subiva pesantissime discriminazioni che arrivarono anche alla sospensione dal lavoro. Ancora oggi esiste tra i media un atteggiamento negazionista riguardante sia gli effetti avversi causati dai farmaci sperimentali a mRNA (preoccupazione più che legittima che veniva ridicolizzata in prima serata sulle reti nazionali¹²) che l'aumento di mortalità generale che si è registrato in molti paesi, tra i quali il nostro, a epidemia ormai conclusa e che alcuni studi correlano alla "vaccinazione" di massa¹³.

11 <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/covid-19-government-response-tracker>

12 <https://www.youtube.com/watch?v=H11XnTB07Ho>

Si può dire che il Covid ha reso evidente un processo che era già in fieri da molti anni e che potrebbe essere condensato nel termine di **farmacocrazia**, ovvero una commistione di interessi privati delle aziende farmaceutiche unita ad una classe politica asservita ai poteri economici dominanti che ha imposto con autoritarismo il loro volere. Questo approccio non può che generare forti resistenze da parte della popolazione. Infatti a causa dell'impostazione autoritaria della gestione pandemica molte persone sono state spinte dalla situazione ad associarsi per gestire la propria salute a prescindere dal Servizio Sanitario Nazionale creando gruppi di mutuo aiuto finalizzati spesso a sfruttare competenze specialistiche afferenti al settore della medicina di base. Stiamo quindi assistendo per la prima volta dal varo della 833 a una spinta alla privatizzazione (o quanto meno al ritorno di forme mutualistiche di assistenza sanitaria) che arriva dal basso e che va a sommarsi a quella da sempre promossa dai poteri finanziari.

Il Covid è stato lo strumento che ha permesso di far prendere piede ad un concetto di "prevenzione" che non ha più niente a che vedere con quello che era alla base della riforma del 1978: non più creazione di condizioni sociali e ambientali che facilitano l'adozione di abitudini di vita salutari, ma semplice assunzione di sostanze. Se la prima accezione implica l'esistenza di un'organizzazione sociale nella quale l'intervento pubblico riveste un ruolo fondamentale, la seconda richiede semplicemente la presenza di una efficace rete di distribuzione di prodotti farmaceutici. Se la prima prevede un'assunzione collettiva di responsabilità sul tema della salute pubblica, la seconda consegna la vita di intere popolazioni nelle mani dei nuovi sacerdoti in camice bianco detentori di ogni conoscenza e potere in merito. Se la prima si fonda su una visione olistica della persona la seconda si basa su di un riduzionismo meccanicista proprio di una società ottocentesca.

La storia della psichiatria come paradigma dell'involuzione riduzionista della medicina

La storia della psichiatria, la disciplina più classista all'interno della medicina, può essere considerata paradigmatica dell'involuzione riduzionista che sta investendo la medicina nel suo complesso¹⁴: da sempre rappresenta quella specializzazione che più può permettersi di ignorare le richieste e le rivendicazioni dei propri pazienti per cui alcuni processi, ancora in divenire in altri ambiti, nel caso della psichiatria si possono dichiarare ormai portati a compimento. Dalla sua nascita avvenuta durante la Rivoluzione Francese la psichiatria si è sempre sentita la cenerentola dell'arte medica: per 150 anni non ha avuto nemmeno un farmaco a disposizione per combattere la "malattia" psichica. Negli anni trenta del secolo scorso ci si accorse che alcuni farmaci neurolettici avevano anche un effetto antipsicotico e nel giro di pochi anni la farmacia degli psichiatri si arricchì di sostanze indicate a combattere, oltre alle psicosi, anche la depressione, il disturbo bipolare, l'ansia etc. Alla base di questa evoluzione c'era la convinzione che il disturbo psichiatrico fosse dovuto a qualche squilibrio nel funzionamento cerebrale. Tale squilibrio però non è mai stato rintracciato. Sta di fatto che a quel tempo gli effetti nel breve periodo sensazionali di tali sostanze sui disturbi psichiatrici aprirono molte speranze sulla possibilità di curare anche i "matti" con una terapia farmacologica. Il risultato fu che dopo tre decenni di trattamenti farmacologici il disagio psichiatrico aveva assunto forme molto diverse, in molti casi cronicizzandosi. Alcuni ambienti di psichiatri eterodossi misero in correlazione tale fenomeno con la somministrazione dei farmaci e cominciarono, negli anni sessanta, a sperimentare modalità di cura più basate sulla relazione e meno sulla terapia farmacologica, la cui somministrazione era da prescrivere solo in casi di estrema urgenza e gravità e da scalare fino al completo azzeramento non appena possibile. Fu in questo contesto che in Italia venne messa in incubazione quella che qualche anno dopo venne definita la "riforma Basaglia". Ma tale impostazione trovò degli avversari formidabili sia nell'industria farmaceutica che nelle corporazioni degli psichiatri, che rischiavano di vedersi sfilare dalle mani quello status di medico "vero" che la scoperta degli effetti antipsicotici dei neurolettici aveva loro regalato. L'alleanza tra corporazioni mediche ed industria farmaceutica fu l'artefice di una controffensiva culturale ad ampio raggio che partendo dagli USA investì un po' tutto il mondo e riportò in auge il trattamento farmacologico per quelli che sono i disturbi

13 https://www.researchgate.net/publication/369204376_Is_There_a_Link_between_the_2021_COVID-19_Vaccination_Uptake_in_Europe_and_2022_Excess_All-Cause_Mortality

14 Per un approfondimento del tema: [Piero Cipriano, Il manicomio chimico](#). Eleuthera

dell'anima, vista solo come una rete neuronale mal funzionante completamente avulsa da valori, significati e linguaggi, la sfera entro la quale va probabilmente ricercata la vera origine del male di vivere.

In proposito la psichiatria è stata poi la precorritrice dell'allargamento su base burocratica del concetto di malattia. Il DSM, il manuale di riferimento per qualunque diagnosi in ambito psichiatrico prodotto da quell'American Psychiatric Association (APA) che ha rappresentato il braccio armato dell'industria farmaceutica nella restaurazione della psichiatria farmacologica, ha costantemente allargato il concetto di "disagio psichico" a situazioni sempre meno chiare e che spesso rischiano di essere relative solo alle capacità di performance pubbliche degli individui. In questo modo si allarga moltissimo il mercato di prodotti farmaceutici che inducono una grande dipendenza e alla lunga producono effetti ben peggiori di quelli dei "sintomi" che pretendono di curare.

È utile ricordare che tale involuzione della psichiatria avvenne in un momento storico durante il quale andava riducendosi il perimetro di azione delle istituzioni pubbliche sotto la spinta del neoliberismo. La psichiatria farmacologica fu la copertura che permise di occultare la riduzione della spesa sanitaria psichiatrica, composta in grandissima parte da spesa corrente per il personale e quindi "improduttiva" secondo i canoni neoliberisti, così ben sistematizzati nei trattati europei.

È possibile ravvisare in tale processo dei parallelismi con la metamorfosi dell'arte medica in generale che la vicenda del Covid ha accelerato:

- una disciplina che fin dai tempi di Ippocrate ha messo al centro il rapporto tra curante e curato oggi lo sostituisce con prodotti farmaceutici di dubbia efficacia relegando il momento della cura a un ruolo al più secondario o negandolo del tutto; questo approccio rinuncia in partenza a tutta quella sfera di competenze di ogni professionista sanitario che non attingono all'ambito strettamente "scientifico" - e quindi non sintetizzabili in protocolli a cui attenersi per evitare grane legali - ma hanno a che fare con la storia personale del paziente, con il suo carattere e con il suo stile di vita, tutti elementi imprescindibili per un sano rapporto di cura.
- l'allargamento dei confini del territorio degli stati patologici attuato in psichiatria grazie al DSM trova un corrispondente nelle altre discipline nell'abbassamento dei livelli soglia dei parametri biochimici, ma ancor più nella campagna vaccinale di massa grazie alla quale un sano è stato considerato semplicemente un potenziale malato da "curare" con uno specifico prodotto farmaceutico a prescindere da quanto la "cura" possa essere peggiore del male. La medicalizzazione dell'intera società è da sempre il sogno bagnato dell'industria farmaceutica: come sono molteplici gli aspetti del carattere di una persona che possono rivelarsi di ostacolo alle sue performance sociali, esistono miliardi di virus per i quali può essere messo a punto un vaccino, indipendentemente dal loro reale grado di pericolosità che - si è visto durante l'epidemia di Covid - può essere opportunamente enfatizzato dai medi.
- come in psichiatria l'ansia - un fenomeno che tutti sperimentiamo in alcune occasioni - è ormai considerata un sintomo da prevenire il più possibile con un intervento farmacologico e non una condizione normale dell'esistenza potenzialmente in grado di aiutare la crescita personale, così la medicina post-covid rischia di porsi il prometeico obiettivo di prevenire qualunque contagio con vaccinazioni ad hoc per evitare ogni contatto con agenti potenzialmente patogeni. C'è qui uno stravolgimento del concetto di prevenzione che non ha più niente a che fare con quello della 833 ma più con una visione del mondo e delle relazioni sociali come fonte di problemi da evitare grazie alla farmacologia che ci mette in una condizione paragonabile a quella del sotto vuoto; ma nel vuoto non esiste vita. Al contrario una adeguata prevenzione degli stati patologici dovrebbe partire proprio da un innalzamento del livello di fiducia reciproca all'interno di una comunità e quindi della "densità" delle relazioni tra individui.
- In psichiatria il processo di involuzione riduzionista non avrebbe potuto avere luogo senza la complicità di interessi corporativi rappresentati dagli ordini professionali dei medici (APA). Nel caso della lotta al Covid la negazione dell'utilità delle cure precoci, del tracciamento e di tutto quell'armamentario "ad alta intensità di manodopera" che si rivela utilissimo nel conciliare esigenze di tutela della nuda vita con la necessità di

tenuta del tessuto sociale non sarebbe stata possibile senza la vergognosa complicità degli ordini delle professioni sanitarie.

- In entrambi i casi l'OMS ha avuto un ruolo determinante nel legittimare la visione riduzionista. Tale ruolo è stato sicuramente facilitato dal generale andazzo culturale presente in tutte le società occidentali che toglie terreno sotto i piedi di qualunque tipo di intervento pubblico, compreso quello in campo sanitario. In un contesto siffatto qualunque politico è ben lieto di cogliere al balzo ogni parere "tecnico" fornito da specialisti del settore che, proponendo una soluzione che permette di evitare eccessivi rialzi di spesa, è in grado di togliergli le castagne dal fuoco. In realtà dietro le indicazioni "tecniche" di OMS, APA e ordini professionali ci sono interessi tutt'altro che tecnici che spaziano dalla spinta al profitto alla necessità di blindarsi rispetto alle possibili conseguenze legali del proprio operato. Ma la narrazione dominante che addebita alla sfera politica, intrallazzona per definizione, la causa di tutti i mali della nostra società e presenta invece ogni problema sociale come risolvibile applicando semplicemente delle soluzioni specialistiche di competenza di un ristretto ambito di professionisti impedisce ai più di cogliere le contraddizioni insite in questo approccio riduzionista.
- La psichiatria farmacologica rappresenta plasticamente il parossismo del furore riduzionista che ha investito l'arte medica degli ultimi 40 anni. Nonostante non siano mai state trovate quelle supposte alterazioni del funzionamento del Sistema Nervoso Centrale che sarebbero alla base dei vari disturbi psichici catalogati dal DSM – se non in soggetti sottoposti a terapia farmacologica per lunghi periodi – la psichiatria resta ferocemente attaccata al feticcio del farmaco come cura delle sofferenze dell'anima. Allo stesso modo nel campo più allargato della medicina sta prendendo piede il malcostume di trascurare i contesti nei quali applicare prescrizioni che tendono ad essere sempre più solo il risultato di studi di laboratorio e sempre meno suscettibili di modifiche in base alle condizioni che si trovano sul campo. Più in generale l'odierna medicina farmacocratica ignora le possibilità offerte da interventi che esulano da quelli specificamente farmacologici per cui la stessa idea di prevenzione primaria (cioè la messa in essere di condizioni ambientali e sociali che prevengano l'insorgere di stati patologici – strategia per definizione non di competenza diretta dell'arte medica) è stata totalmente accantonata. L'ideologia che ha preso definitivamente piede con il Covid è quella che vede la medicina come una scienza al pari della biologia o della chimica e non come un'arte dove considerazioni extrascientifiche possono avere lo stesso o maggior peso di quelle derivate dalla ricerca in laboratorio. Questa postura, fatti salvi gli innegabili vantaggi in termini di responsabilità legale per gli operatori sanitari, non può che portare a un peggioramento delle condizioni di vita di tutta la popolazione.

Il Covid come prova generale di una società del controllo diffuso

Il lascito più velenoso della gestione dell'epidemia e del Green Pass riguarda però aspetti non specificamente sanitari, bensì squisitamente politici. Il modello pesantemente discriminatorio che sanziona i cittadini sulla base della loro non aderenza a standard comportamentali che il potere reputa desiderabili rischia di essere riproposto in futuro anche in ambiti molto diversi da quello sanitario. La "lotta tra poveri" a cui abbiamo assistito durante la pandemia che ha visto la popolazione spaccata in due su una questione che dovrebbe unire invece che dividere rischia di riproporsi anche in altri ambiti ed utilizzata per scatenare conflitti orizzontali laddove la causa del problema è verticale. Tale causa è spesso identificabile nella ritirata dell'intervento pubblico dalla gestione di aspetti centrali della vita delle persone e attinenti alla sfera dei diritti sociali fondamentali che vengono negati con il pretesto della non aderenza a determinati standard arbitrariamente stabiliti.

Già alcune amministrazioni locali hanno predisposto dei regolamenti di gestione dell'edilizia popolare che prevedono una "carta dell'inquilino" a punti da decurtare o aumentare in base a comportamenti più o meno virtuosi. All'azzeramento dei punti corrisponde la decadenza del diritto all'alloggio. Emblematici in questo senso i casi di Fidenza¹⁵ e Regione Umbria¹⁶. In tali regolamenti viene totalmente ignorato, oltre che il diritto alla casa, anche il ruolo che ha tale

15 https://www.pro-memoria.info/wp/wp-content/uploads/Carta-punti_Regolamento-Edilizia-residenziale-pubblica-ERP-17-02-2022-Fidenza.pdf art. 35

diritto nella cosiddetta prevenzione primaria, quindi nel diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Ma se per i ceti più popolari si può utilizzare fin da subito il pugno di ferro per imporre il modello sociale panottico di Foucault, per i ceti medi è necessario ricorrere al guanto di velluto, come si usa dire oggi, alla tecnica della rana bollita. Invece di imporre meccanismi sanzionatori si ricorre alla premialità, come nel caso del Comune di Bologna che ha istituito il "portafoglio digitale del cittadino"¹⁷ che grazie anche alle IT permette a chi si "comporta bene" di ricevere delle facilitazioni all'accesso di alcuni servizi. Nell'ambito di questo processo di digitalizzazione è da notare anche la creazione di sportelli digitali che allontaneranno ulteriormente la cittadinanza dalle istituzioni, come è già stata allontanata dai fornitori di molti servizi pubblici essenziali.

Lo stesso modello sanitario che emerge dalla distribuzione dei fondi "elargiti" dal PNRR (che sarebbe meglio ribattezzare Piano Nazionale di Rieducazione Renitenti) va in questa direzione: della "montagna di miliardi" di cui verrebbe "sommersa" l'Italia nei 3 anni lungo i quali si sviluppa l'intervento UE poco o niente va a finanziare il VERO problema della sanità italiana, denunciato da centinaia di comitati formati lungo tutto lo stivale: la cronica carenza di personale. I circa venti miliardi destinati alla sanità dovranno essere investiti in costruzione di nuove strutture ospedaliere e ambulatoriali che resteranno pressoché vuote - dando un'ulteriore spinta al processo di privatizzazione della sanità pubblica - e in telemedicina¹⁸, cioè a Bruxelles e probabilmente anche di là dall'oceano (il PNRR è stato scritto con il contributo fondamentale di McKinsey, multinazionale di consulenza americana)¹⁹ pensano di sostituire il rapporto di cura - elemento essenziale nel processo di guarigione da una malattia - con algoritmi per il controllo a distanza. Insomma chi potrà permetterselo potrà disporre ancora del medico di medicina generale, chi non lo potrà verrà monitorato da un software potenzialmente in grado di imporgli le abitudini di vita "migliori" per il suo stato di salute e sanzionarlo se non dovesse seguirle. Così la medicina recupererà quell'impostazione classista che aveva fino alla fine del XIX secolo: per i ricchi medici e personale sanitario a disposizione; per i poveri farmaci, controllo a distanza e sanzioni sia sociali (perdita o limitazione di accesso ai diritti fondamentali) che fisiche (contenzioni, mai totalmente abbandonate, sia in ambito psichiatrico che in altri contesti).

D'altronde il trend di svuotamento di professionalità del SSN era cosa già in atto prima del COVID a causa dell'imbuto formativo che si riscontrava per entrare nelle scuole di specializzazione post laurea in medicina. E anche se tale imbuto è stato sostanzialmente eliminato sull'onda dell'emergenza pandemica, nel 2023 le candidature sono state inferiori ai posti messi a disposizione²⁰. A tale fenomeno probabilmente concorrono più cause: tra queste segnaliamo: a) il ricorso a medici a gettone, spesso non specializzati, nei pronto soccorso che vengono pagati immensamente di più dei loro colleghi in pianta organica; b) i ritmi poco prevedibili in anticipo di alcune specializzazioni che le rendono quindi incompatibili con un'attività privata intramoenia; c) i bassi stipendi dei sanitari ospedalieri in generale e in particolare degli assistenti medici che spesso trovano una migliore collocazione lavorativa all'estero.

In altre parole stiamo verificando sulla nostra pelle come un servizio sanitario pubblico diffuso capillarmente sul territorio e fornito di competenze adeguate per qualità e quantità sia un presidio imprescindibile di democrazia. Se tali caratteristiche vengono a mancare può

16 https://leggi.alumbria.it/mostra_atto.php?id=12259&v=FI,SA,TE,IS,VE,RA,MM&m=5&datafine=20211209®olamento=0 art. 39 bis

17 https://corrieredibologna.corriere.it/bologna/politica/22_marzo_29/bologna-patente-digitale-cittadini-virtuosi-punti-premi-un-app-tutti-servizi-5a861258-af3a-11ec-9372-638361423a51.shtml

18 https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf pag. 225

19 <https://www.repubblica.it/economia/2021/03/06/news/>

[il tesoro conferma la consulenza a mckinsey sul pnrr ma la governance resta alle amministrazioni pubbliche -290649702/](https://www.repubblica.it/economia/2021/03/06/news/il-tesoro-conferma-la-consulenza-a-mckinsey-sul-pnrr-ma-la-governance-resta-alle-amministrazioni-pubbliche-290649702/)

20 <https://www.varesenews.it/2023/08/fuga-dalle-scuole-di-specialita-di-medicina-per-la-prima-volta-le-borse-sono-piu-dei-candidati/1684790/>

trasformarsi invece nell'avamposto di un mondo distopico che rischia di concretizzarsi sotto ai nostri occhi negli anni a venire.

Che fare

Davanti a questo quadro a tinte molto fosche dove a fronte di un feroce processo di restaurazione classista dell'organizzazione sociale chi vi si oppone non è in grado di andare oltre la riproposizione di concetti mutuati da quella stessa ideologia neoliberista che lo ha ispirato, verrebbe voglia di alzare le mani e arrendersi. Ma una forza politica, per quanto piccola, non può esimersi dal dovere di proporre una via d'uscita a prescindere dalla proporzione delle forze in campo. Si cercherà qui di delineare per sommi capi gli aspetti potenzialmente aggredibili di una questione estremamente complessa senza il timore di rischiare di apparire presuntuosi ma al contempo consapevoli del valore che può avere un'elaborazione teorica a tutto tondo che denunci davvero le reali responsabilità passate, presenti e verosimilmente future di questa situazione.

Fermo restando che obiettivo di una forza sovranista non può essere che quello di recuperare il portato della 833 del 1978 e quindi di ripristinare un servizio sanitario pubblico i cui indirizzi di fondo vengono stabiliti a livello centrale e non regionale ma che al contempo lasci ai livelli più periferici della pubblica amministrazione la più ampia autonomia gestionale, resta da capire cosa fare nel breve/medio periodo per quanto meno cercare di arginare l'onda neoliberale che sta privatizzando la sanità e non solo.

I. Scelta dei compagni di viaggio

- Negli ambienti che si dichiarano a favore della sanità pubblica si aggirano figure che in realtà operano in modo piuttosto ambiguo, dichiarandosi ufficialmente apolitiche e apolitiche ma che poi portano semplicemente acqua al mulino della sinistra neoliberale (PD e cespugli affini) che ha avuto un ruolo fondamentale nell'affossare il Servizio Sanitario Nazionale presentandosi agli occhi dell'opinione pubblica come sua paladina. È molto facile imbattersi in questo genere di persone in molti comitati civici attivi sui territori in difesa di servizi sanitari ed ospedali. È nostro dovere, all'interno di questi comitati, fare emergere queste contraddizioni senza commettere l'errore di porsi in antitesi al comitato in toto accusandolo di fare il doppio gioco; la maggior parte delle persone che animano queste realtà è spinta da motivazioni sincere e così facendo si rischia di inimicarsi dei potenziali alleati.
- D'altra parte la vicenda del Covid ha spinto ad interessarsi di sanità molte persone che fino a prima dell'epidemia consideravano il SSN come una conquista data per scontata e che si sono viste improvvisamente mancare da sotto i piedi tutta una serie di diritti civili e sociali che reputavano intoccabili. Da questo magma indistinto hanno preso forma una serie di realtà che propongono un'organizzazione mutualistica – quando non privata tout-court – dell'assistenza sanitaria di base. Qui siamo in una terra di mezzo dove, a fianco dell'attivista consapevole dell'importanza di un Servizio Sanitario davvero pubblico e universalista che collabora a queste iniziative conscio che si tratta di una battaglia di retroguardia, troviamo anche il/la liberista sfegatato/a per il/la quale bisogna "smettere di pagare le tasse" per risolvere le cose. Anche qui si tratta di potenziali interlocutori con cui dialogare per cercare di portarli sulle nostre posizioni, ovviamente valorizzando quello che di buono c'è in queste iniziative – che data l'attuale congiuntura non è di sicuro poco.
- Gli interlocutori che presentano caratteristiche a noi più affini e al contempo non sono infiltrati (o quanto meno lo sono in misura molto minore) da ingerenze privatizzatrici più o meno manifeste provengono dal sindacalismo di base: qui troviamo molte persone che condividono il nostro linguaggio e la nostra impostazione. Tra queste realtà spicca senz'altro la CUB. Ma anche altre organizzazioni – sebbene più refrattarie a riconoscere le responsabilità unioniste nello sfacelo del SSN – sono ben disposte al confronto e all'ascolto.

II. Obiettivi "prosaici"

- *Proporre di riallocare i fondi PNRR per la chiusura dei contratti in finanza di progetto:* i fondi così munificamente elargiti dall'unione europea sono al momento finalizzati ad accelerare il processo di privatizzazione e di riduzione della sanità pubblica a strumento di controllo sociale pervasivo. Una opposizione che si rispetti dovrebbe contestare alla base questa destinazione d'uso (oltre a ricordare il prezzo che pagheremo in termini di ulteriore riduzione di sovranità nazionale e con essa di perimetro dell'intervento pubblico) per chiederne l'utilizzo per rimborsare in anticipo i concessionari privati che stanno lucrando sulla sanità pubblica.
- *Per quei contratti in FP che non si riusciranno a chiudere* a causa o dell'opacità dei contratti stessi e di clausole capestro o semplicemente perché l'unione europea non concede i fondi a questo scopo tentare la carta dell'incostituzionalità in quanto lesivi del diritto alla salute come sancito dall'art. 32.
- *Promuovere il ricorso all'intramoenia gratuita in caso di sfornamento dei tempi di attesa massimi:* è una possibilità poco conosciuta ma è possibile, qualora l'ASL non fosse in grado di erogare una prestazione / visita entro i tempi previsti dalla tipologia di prescrizione, ricorrere all'intramoenia chiedendo che il costo venga addebitato, al netto del pagamento dell'eventuale ticket dovuto, all'ASL medesima.

III. Obiettivi "nobili"

- *Denunciare la deriva tecnicista delle politiche sanitarie* che porta inevitabilmente ad una gestione delle epidemie irrispettosa dei più elementari principi socio – sanitari nonché del dettato Costituzionale. In caso di una eventuale futura epidemia (già peraltro preannunciata dall'OMS) bisogna farsi paladini di una visione più articolata e complessa della lotta al contagio, forti anche dei dati oggi disponibili su quella che è stata la lotta al Covid, dai quali emerge chiaramente la mancanza di correlazione tra intensità delle misure liberticide e risultati raggiunti in termini di mortalità generale e letalità del virus. In realtà la radice della necessità di basare solo sui farmaci a mRNA e sul distanziamento sociale la strategia di contrasto a un'epidemia va ricercata più in inconfessabili interessi politici, economici e corporativi che in principi "scientifici", qualunque accezione possa avere questo termine. In tal senso l'OMS è quella organizzazione internazionale che, abbondantemente finanziata dall'industria farmaceutica, negli ultimi anni più si è adoperata per indirizzare in senso farmacocratico le politiche sanitarie di tutto il mondo. La fuoriuscita del nostro paese da tale organismo è senz'altro un obiettivo imprescindibile per una forza sovranista.
- Nella stessa ottica va istituito un *settore pubblico dedicato alla ricerca medica e farmacologica* completamente indipendente da interessi privati e va rivisto il ruolo degli ordini professionali sanitari, quasi sempre legati a doppio filo agli interessi delle multinazionali del farmaco.
- *Opporsi alla cd autonomia differenziata* che metterebbe la pietra tombale sull'universalismo del nostro SSN già minato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, anch'esso da ripristinare nella sua forma originale.
- *Chiedere l'abolizione del principio del pareggio di bilancio* e con esso di tutti gli impedimenti all'intervento pubblico in sanità da esso discendenti (su tutti il patto di stabilità interno e la definizione degli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi" come da legge 311/2004). Solo così si potrà remunerare adeguatamente il personale sanitario ed evitare fughe nel privato o all'estero di molti professionisti.

- *Chiedere l'istituzione di strutture territoriali locali di nomina comunale in grado di dare parere vincolante sulle politiche sanitarie per quanto meno limitare il potere di vita e di morte che attualmente hanno i presidenti di regione sulla sanità pubblica.*
- *Chiedere l'abolizione dell'istituto dell'intramoenia per tutte le professioni sanitarie: tale pratica, oltre a creare un evidente conflitto di interesse diffuso a tutte le professioni sanitarie, è profondamente lesiva della dignità delle persone rendendo manifesti, persino in una corsia ospedaliera, quelli che sono i privilegi di classe di chi può permettersi di avere a disposizione infermieri, tecnici di laboratorio, medici, fisioterapisti etc oltre il loro normale orario di lavoro.*

Su tali obiettivi bisogna cercare di volta in volta convergenze con i possibili interlocutori riportati al punto I che non sono sempre possibili. In particolare emerge spesso – quando si parla di contestare il vincolo esterno derivante dalla nostra adesione all'UE – una sorta di benaltrismo secondo il quale le risorse per finanziare una sanità totalmente pubblica sarebbero disponibili anche all'interno dell'asfittico perimetro nel quale ci troviamo cacciati in seguito alla nostra adesione all'UE e alla riforma Costituzionale del 2012 imposta dalla BCE. Tali risorse andrebbero cercate nel finanziamento alla sanità privata oppure nello storno di fondi da altri capitoli della spesa pubblica (es. invio di armi all'Ucraina).

A tale tipo di obiezione bisogna rispondere che il budget per la sanità privata arriva insieme, appunto, alle strutture private che oggi campano non solo grazie alle convenzioni con il pubblico ma anche grazie alla spesa diretta dei loro clienti che in caso di totale ritorno al pubblico di tali strutture andrebbe sostituita con la spesa pubblica; le forme contrattuali utilizzate nel settore privato (spesso presente anche all'interno delle strutture pubbliche con cooperative che gestiscono i servizi più disparati) sono spesso, per gli operatori sanitari, più svantaggiose di quelle adottate dagli istituti sanitari di diritto pubblico (i medici a gettone che guadagnano una follia per le chiamate presso il pronto soccorso sono una goccia in un oceano); se si vuole ridurre o eliminare il ruolo dell'intramoenia bisogna reperire dai bilanci pubblici i finanziamenti adatti a compensare l'eliminazione del contributo privato del paziente / cliente; infine c'è tutto il capitolo della medicina di base oggi praticamente azzerata per la quale bisognerà trovare finanziamenti ingenti. Se poi si allarga lo sguardo oltre il SSN e si pensa alla prevenzione nel suo concetto originario che contemplava anche la prevenzione primaria ci si presenta una molteplicità di aspetti correlati al perseguimento di un buon stato di salute della collettività che andrebbero finanziati in modo adeguato, primi fra tutti il diritto alla casa e al lavoro.

Per quanto riguarda lo storno di fondi da altri capitoli di spesa tale impostazione sembra totalmente cieca rispetto al conflitto che si crea con altri interessi – non sempre deprecabili come nel caso del finanziamento bellico – che tenderanno ad opporsi alla riduzione del finanziamento delle proprie attività. Inoltre essendo attualmente la gestione sanitaria totalmente in mano alle regioni per le quali rappresenta circa il 70% del budget annuale, diventa difficilissimo aumentare la spesa sanitaria in modo significativo attingendo al restante 30%.

In generale chi sui territori è coinvolto nella difesa di qualche presidio sanitario messo in pericolo da qualche solerte amministratore deve essere in grado di proporre analisi e soluzioni che vadano oltre la semplice lamentela dell'utente che chiede un migliore servizio, atteggiamento paragonabile a quello della plebe medievale che si appella al buon cuore del signorotto locale, e di individuare i risvolti tecnico-operativi della vicenda che più rimandano alle radici del problema. C'è da combattere un atteggiamento remissivo promosso soprattutto da chi proviene dall'area della sinistra parlamentare che denuncia minuziosamente – spesso attraverso una poderosa documentazione e raccolta dati – ogni singolo disservizio ma poi rinuncia ad andare oltre una richiesta di ripristino di condizioni più dignitose agli amministratori locali, che in questo modo hanno buon gioco a dire che "non ci sono i soldi" oppure a tirare la coperta troppo corta del finanziamento al SSN dalla parte oggetto della polemica lasciandone scoperta qualche altra in quel momento meno suscettibile di attenzioni della pubblica opinione.