

N.20 / APRILE 2024

SU LA TESTA

ARGOMENTI PER LA RIFONDAZIONE COMUNISTA



BIMESTRALE DI POLITICA E CULTURA

10 EURO

ABBONATI PER IL 2024!

UNA SCELTA UTILE E NECESSARIA!

Care lettrici, cari lettori,

siamo nel pieno della campagna abbonamenti 2024. Molti di voi che leggete la rivista vi siete abbonati nel passato ma non avete rinnovato l'abbonamento: questa È l'occasione giusta! Facendo adesso l'abbonamento sarete coperti fino alla fine del 2024. Vi ricordo infatti che siamo passati dall'abbonamento a 6 numeri all'abbonamento annuale proprio per la vostra – comprensibile – difficoltà a ricordarvi quando avevate fatto l'abbonamento. Se non sapete se il vostro abbonamento È scaduto È sufficiente che guardiate il talloncino di carta su cui È scritto l'indirizzo a cui arriva la vostra rivista: c'È scritto.

Quindi mano al portafogli e rinnovate: il costo dell'abbonamento resta fermo anche per quest'anno nonostante l'inflazione galoppante e rimangono i prezzi scontati coperti dalle quote di chi fa l'abbonamento a prezzo intero o sostenitore, quindi abbonatevi o fate abbonare anche a 15 o 30 euro.

COSTO DELL'ABBONAMENTO PER IL 2024

| | |
|----------------------------------|-------|
| » Abbonamento solidale | € 15 |
| » Abbonamento scontato | € 30 |
| » Abbonamento normale | € 50 |
| » Abbonamento sostenitore | € 100 |

**ABBONATEVI E FATE ABBONARE, PERCHÉ VOGLIAMO IL PANE MA ANCHE LE ROSE
E – SE LO PERMETTERETE – ANCHE LA CULTURA.**

PER ABBONARSI

- » Effettuare il versamento a

Su La Testa Edizioni Srl

Banca BPER – Iban IT0510538703202000003319294

(NB: Il primo e il quinto carattere sono la vocale i e il quintultimo È un numero 1.)

- » Scrivete una mail a abbonamenti@sulatesta.net, specificando l'indirizzo a cui inviarvi la rivista e possibilmente fornendoci anche un contatto telefonico. **Non lasciamo che le comunicazioni siano mediate dalle banche, forniteci almeno un indirizzo mail per abbonamento.**

INDICE

- 3 Paolo Ferrero - *Fermare il genocidio e smascherare le cattive narrazioni che lo giustificano*
9 Nando Mainardi - *Conflitto sociale, sapere collettivo e politiche pubbliche per la salute*

14 INTERVENTI

- 15 Vittorio Agnoletto - *Farmaci e brevetti, tra diritti e profitti. Intervista (di Alberto Deambrogio)*
21 Fulvio Aurora, Elisabeth Cosandey, Laura Valsecchi - *Le cure sanitarie per le persone anziane malate e non autosufficienti*
24 Enrico Bosani - *Difendiamo il diritto alla salute*
27 Giovanna Capelli - *Abortire oggi in Italia*
30 Ivan Cavicchi - *Pseudo verità*
37 Silvana Cesani - *Costruire partecipazione e lotta in tempi di privatizzazione della salute pubblica*
40 Franco Cilenti - *La salute di chi lavora per la salute pubblica*
43 Maria Esposito - *Donne, diritti, libertà, salute e Autonomia differenziata*
45 Paolo Flamini - *Autonomia differenziata e sanità – solo un problema di secessione nord-sud*
48 Chiara Giorgi - *La salute al centro del cambiamento sociale*
51 Gianmarco Mereu - *Gioventù: fra miti espiatori e disagio*
55 Elisabetta Papini - *Come peggiora il lavoro in sanità con l'Autonomia Differenziata*
58 Fulvio Picoco - *La Salute Mentale, dal "manicomio" al socio-sanitario*
65 Rosa Rinaldi - *Il vento del cambiamento e la riforma 833/1978*
69 Giuseppe Saragnese - *Le condizioni di lavoro di noi infermieri*
71 Pino Scarpelli - *Anche in Calabria si può essere trattati bene*
74 Gianluigi Trianni - *Contro l'autonomia differenziata*

77 MATERIALI

- 78 Cristina Gramolini - *Patriarcato d'oggi*

ISTRUZIONI PER L'USO

Care/i compagne/i,

il numero di "Su la testa" che state sfogliando è dedicato ai temi delle politiche sanitarie e della salute. Si tratta, come già in altre occasioni, di un numero per noi particolarmente importante, poiché unisce il terreno dell'elaborazione e riflessione politica a quello della costruzione dell'iniziativa e attività militante. È un fatto che, da molto tempo, è in corso la distruzione della sanità pubblica, a vantaggio di quella privata, e la rimozione di concetti fondamentali come "prevenzione", per esempio, sacrificati perché antitetici alla logica del profitto. Oggi questa dinamica negativa sta subendo un vero e proprio salto di qualità: da un lato decenni di politiche di privatizzazione e di tagli stanno producendo effetti qualitativamente pesantissimi in tutto il paese e dall'altra, l'autonomia differenzata è destinata a distruggere il sistema sanitario nazionale mettendone strutturalmente in discussione il suo carattere universale. Questa situazione accentua sempre più la necessità di organizzare un campo di mobilitazioni e di conflitti sociali al fine di realizzare quanto stabilisce l'art.32 della Costituzione. Pensiamo che tali aspetti debbano diventare centrali per la sinistra di alternativa del nostro Paese.

In questo numero, troverete anche, in apertura, un editoriale sul genocidio dei palestinesi e sugli scenari di guerra e morte che continuano ad avanzare e produrre vittime. Noi siamo con tutte e tutti coloro che, in queste settimane e in questi mesi, stanno facendo sentire la propria voce, nelle piazze e nelle università, contro il massacro perpetuato da Israele, sostenuto e finanziato dagli Stati Uniti e dall'Unione Europea e per questo rilanciamo la Campagna "Boicottaggio, Sanzioni, Disinvestimenti" e vi invitiamo ad aderire alla stessa.

Buona lettura!

DIRETTORE

Paolo Ferrero

CAPOREDATTORE

Nando Mainardi

DIRETTORE RESPONSABILE

Romina Pellecchia Velchi

REDAZIONE

Antimo Caro Esposito

Loredana Fraleone

Dino Greco

Dmitrij Palagi

IDEAZIONE E IMPAGINAZIONE GRAFICA

Roberto Ciccarelli

DISTRIBUZIONE

Dmitrij Palagi

distribuzione@sulatesta.net

CONTATTI

redazione@sulatesta.net

www.sulatesta.net

Pagina Facebook Su la testa

Su La Testa Edizioni Srls

C.F. 16043811005

Via degli Scialoja, 3, 00196 Roma

*Su la testa - Argomenti per la
Rifondazione Comunista.*

Pubblicazione registrata presso il
Tribunale di Roma il 9 giugno 2021 al
n° 108/2021

Registrazione ROC n° 41029

Prestampa: LithoExpress di Via
Saluzzo 88, 10126 Torino

Stampa: AGV di Via Amalia
Guglielminetti 10, 10136 Torino

Poste Italiane S.p.a. – Spedizione in
Abbonamento Postale- Aut. N. Lo-
No/00813/03.2024 Periodico Roc

FERMARE IL GENOCIDIO E SMASCHERARE LE CATTIVE NARRAZIONI CHE LO GIUSTIFICANO

Paolo Ferrero

Da oltre 6 mesi lo stato israeliano sta massacrando i palestinesi a Gaza. Un tempo lunghissimo in cui un giorno segue l'altro in una brutalità che ha assunto un tratto burocratico, pianificato, normale... Un tempo infinito che ci dice quattro cose:

- 1) Quella di Israele non è una guerra contro Hamas, ma un genocidio contro il popolo palestinese. In ogni guerra vi sono vittime civili, hanno addirittura inventato la definizione di "danni collaterali" per darne conto. In questo caso non vi è alcun danno collaterale: il centro dell'azione militare dell'esercito israeliano è rivolto contro la popolazione di Gaza con decine di migliaia di morti di cui oltre 13.000 bambini. Le bombe sugli ospedali, sul parlamento, sull'università, sul complesso delle infrastrutture che permettevano la vita a Gaza di due milioni di persone, non sono danni collaterali ma la drammatica normalità di una brutale azione genocida.
- 2) L'obiettivo del genocidio che lo stato israeliano sta compiendo, non è lo sterminio di tutti i palestinesi ma la pulizia etnica della striscia di Gaza. Israele vuole rendere impossibile la vita a Gaza a due milioni di palestinesi, terrorizzandoli con i bombardamenti, distruggendo le loro case e le infrastrutture, in modo da poterli sgombrare e occupare quel territorio con nuovi insediamenti illegali di coloni israeliani. Siamo dinnanzi ad un genocidio finalizzato alla "sostituzione etnica" nel territorio di Gaza.
- 3) La strumentazione che lo stato di Israele sta utilizzando per realizzare i suoi obiettivi a

Gaza non è solo militare. Oltre alle bombe, man mano che passa il tempo, la strategia terroristica dello stato israeliano si esprime sempre più attraverso il blocco dell'ingresso a Gaza dei generi alimentari, dell'acqua, nei medicinali e di quant'altro sia necessario per permettere la nuda vita ai palestinesi intrappolati in quell'immenso campo di concentramento che è Gaza. Sfamare, dissetare e curare due milioni di persone sottoposte a mesi di bombardamenti chiede l'ingresso a Gaza di centinaia di camion al giorno. Il governo israeliano permette che entrino a Gaza, in modo intermittente e arbitrario, un decimo delle risorse necessarie per garantire la sopravvivenza dei palestinesi. Se nelle prime settimane ci angosciavano le immagini dei bambini operati ed amputati senza anestesia, adesso sono i volti e gli occhi di bambini denutriti che stanno morendo di fame, disidratati, a guardarci e interrogarci. Qualche giornale si riferisce a Gaza parlando di siccità: ma a Gaza non esiste nessuna siccità, non vi è alcun fenomeno naturale ma solo la deliberata e criminale decisione dello stato di Israele di ridurre alla fame un intero popolo. Qui siamo completamente oltre alla logica della guerra: gli abitanti di Gaza non sono condannati a morire di fame e di sete perché non si arrendono ma perché esistono e vivono in quel territorio. Siamo molto oltre la guerra perché quello che sta accadendo non è una azione violenta finalizzata ad una vittoria militare ma un genocidio in cui il carnefice risparmia anche sui metodi per sterminare le vittime: impedire

l'ingresso ai viveri costa meno che sganciare bombe e fa più morti tra i più deboli, a partire dai bambini.

- 4) Per portare a termine il genocidio e la pulizia etnica di Gaza, il governo israeliano sta creando diversivi cercando di innescare un conflitto in tutto il Medio Oriente. L'esplosione di un gasdotto in Iran, il bombardamento dell'ambasciata iraniana in Siria, i bombardamenti in Iraq e nel Sud del Libano, ci parlano di questa volontà di scatenare la guerra con l'Iran. Che questa azione sia stata sino ad ora impedita dalle pressioni statunitensi e dalla responsabilità iraniana non toglie nulla al fatto che questa escalation sia ricercata con determinazione degna di miglior causa.

Lo stato di Israele sta quindi assumendo sempre più le caratteristiche di uno stato terrorista, disposto a qualunque cosa pur di poter allargare illegalmente i propri confini al di fuori delle risoluzioni assunte dalle Nazioni Unite e al di fuori di qualunque legalità internazionale. Sarebbe però sbagliato far risalire solamente al governo israeliano la responsabilità di quanto sta succedendo: tutte le azioni poste in essere dallo stato di Israele sarebbero state impossibili senza la protezione e la complicità dei paesi occidentali che fanno parte della NATO. Sono i paesi occidentali che forniscono, giorno dopo giorno, le armi e le bombe con cui vengono uccisi i bambini palestinesi.

UNA MOBILITAZIONE MONDIALE

Contro l'azione del governo israeliano e dei suoi complici si è sviluppato un grandioso movimento in tutto il mondo. Un aspetto che solleva grandi speranze è la partecipazione a questa mobilitazione di parti del mondo ebraico ed in particolare di una fetta non irrilevante della popolazione israeliana. Voglio sottolineare a questo riguardo il coraggio del giornale Haaretz, che continua in un clima difficilissimo a fare informazione, quell'informazione quasi scomparsa dalle testate occidentali *mainstream*, votate alla propaganda e alla diffusione delle fake news di regime. Si tratta di un movimento varie-

gato che testimonia come la vicenda del popolo palestinese, la cui sofferenza non è cominciata nell'ottobre scorso ma data da oltre 70 anni, sia diventata intollerabile per la coscienza civile di miliardi esseri umani. Questo movimento ha il merito storico di aver rovesciato la narrazione dei media occidentali che hanno tentato di far ricadere le responsabilità della situazione attuale sul criminale attacco di Hamas del 7 ottobre scorso. Il movimento al contrario ha ricordato a tutto il mondo che il dramma palestinese va avanti da decenni e trova le sue radici nella criminale volontà di Israele e dei suoi complici di non dar corso alle più elementari risoluzioni delle Nazioni Unite. Ci troviamo quindi dinnanzi ad un movimento su scala planetaria che attorno alla solidarietà al popolo palestinese costruisce un nuovo universalismo in cui viene ribadito che nessuna persona e nessun popolo può essere discriminato, ucciso, torturato. Una mobilitazione che fa risaltare la completa malfede delle *elites* dei paesi occidentali le quali, in nome della democrazia e dei valori di tolleranza e laicità, non hanno nessuno scrupolo a far finta di non vedere l'apartheid, le incarcerazioni di massa, le torture ed in generale la politica genocida dello stato israeliano nei confronti dei palestinesi.

LA REAZIONE DEL POTERE

Non a caso il movimento viene osteggiato in tutti i modi nei paesi occidentali, dal divieto di manifestare a favore della Palestina all'accusa di antisemitismo per chiunque critichi il governo israeliano. Non è un caso che in Italia, la meritoria decisione assunta dai Senati accademici di alcuni atenei di ridurre le collaborazioni con le Università israeliane, sia stata duramente criticata da tutti i livelli istituzionali a partire dal democratico Presidente della Repubblica per arrivare alla fascistoide presidente del consiglio. Il contrasto al movimento di solidarietà con la Palestina è il vero tratto unificante di tutte le *elites* occidentali ed arriva a fino a colpire gli attivisti con il più classico degli strumenti padronali: il licenziamento politico. Non è un caso che 28 dipendenti della Google siano stati licenziati dopo aver scioperato e manifestato in

favore dei palestinesi e che la stessa cosa sia successa a docenti nelle università degli Stati Uniti, in Francia, in Israele, in Italia, dove un docente è stato licenziato da una scuola privata a causa delle sue posizioni sul conflitto palestinese. La repressione è capillare e guidata dalla logica del “colpirne uno per educarne 100” ed è attuata sia da privati che da quasi tutti i governi occidentali, di centro destra come di centro sinistra. Mai come nel caso della vicenda palestinese abbiamo la plastica raffigurazione che i due schieramenti del sistema bipolare occidentale – politici, mediatici, culturali ed economici – condividono la stessa prospettiva mentre l’alternativa è portata avanti quasi unicamente dai movimenti sociali.

La fascistoide Meloni è così in piena sintonia con il democratico Biden e con il socialdemocratico Scholz. Mentre sulla vicenda ucraina vi sono alcune contraddizioni nel fronte delle classi dominanti – quella di Trump è la più evidente, ma anche in Italia è possibile scorgerne – la difesa di Israele e delle sue politiche è unanime. Ovviamente questo sostegno viene mascherato da un gigantesco gioco delle parti - in cui Netanyahu è il poliziotto cattivo e tutti gli altri sono poliziotti buoni - ma il risultato è evidentissimo. Basti pensare che Israele non potrebbe andare avanti per una settimana nella sua azione di massacro se non fosse rifornito e finanziato dai paesi occidentali: gli USA in prima fila ma non certo da soli.

Per quanto riguarda l’Italia, il governo ha assunto una posizione molto peggiore che nel passato. Storicamente il nostro paese ha avuto una politica finalizzata ad una soluzione politica della questione palestinese e mai il governo italiano si è schierato in modo così plasticamente subalterno alla volontà degli USA e così drammaticamente insensibile alle sofferenze che lo stato israeliano sta infliggendo al popolo palestinese. I Craxi, gli Andreotti, i Moro – che non abbiamo mai perso l’occasione per criticare – hanno fatto giocare al nostro paese un ruolo di pace nell’area mediorientale. Nulla a che vedere con la scelta del governo Meloni di guidare la missione militare nel Mar Rosso che è nei fatti

una esplicito schieramento militare a fianco di Israele.

Per quanto riguarda gli USA, nonostante il genocidio del popolo palestinese, la posizione continua ad essere di pieno sostegno militare ed economico al governo israeliano e il veto posto il 18 di aprile al Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite in merito alla possibilità di riconoscere lo stato palestinese, la dice lunga sull’assoluta indisponibilità a creare una soluzione politica alla situazione data.

Questo appoggio ad Israele continua nonostante gli USA paghino un prezzo rilevante di consenso tra i popoli di tutto il mondo, in particolare ovviamente nei paesi del sud del mondo e tra il miliardo e 300 milioni di mussulmani sparsi in tutto il globo.

I MOTIVI DELLA COMPLICITÀ OCCIDENTALE CON ISRAELE

Questa complicità dei paesi occidentali con Israele chiede di essere capita bene per coglierne il complesso delle motivazioni.

- 1) Innanzitutto vi è chiaramente un motivo geopolitico strettamente militare. Lo stato di Israele rappresenta un avamposto militare e logistico in un’area strategica come il Medio Oriente. Israele non è solo una grande portaerei ma è molto di più: uno spazio sicuro, ben difeso e dotato di bombe atomiche, che opera nella regione per legare a sé i regimi arabi moderati e pronto in ogni momento ad attaccare l’Iran e i suoi amici.
- 2) In secondo luogo vi è un motivo geopolitico di ordine economico legato all’utilità della presenza di un protettorato statunitense nell’area mediorientale, così importante nella produzione di petrolio e di gas naturale.
- 3) In terzo luogo vi è indubbiamente un motivo di politica interna statunitense: l’appoggio della lobby filo israeliana e sionista statunitense è decisivo per essere eletti presidenti e per avere l’appoggio di larga parte delle classi dirigenti che contano. Non parlo di lobby ebraica perché il mondo ebraico statunitense è assai variegato sul piano politico, culturale e sociale. Esiste invece

una lobby filo israeliana in cui sono certo presenti famiglie ebraiche facoltose e conservatrici ma la cui maggioranza è costituita da potenti famiglie WASP (*White Anglo Saxon Protestant*), molto conservatrici e filosioniste. Negli Stati Uniti sono infatti in crescita le sette mistico-evangelicali, ispirate da una teologia reazionaria di cristianesimo sionista, che raggruppano una parte non indifferente delle classi dominanti del paese. Questa potente lobby, sionista per convincimenti religiosi e politici, composta da straricchi, è di fatto la longa manus di Israele negli Stati Uniti a cui nessun presidente vuole opporsi.

ISRAELE NELLA NARRAZIONE IMPERIALISTA OCCIDENTALE

Oltre a questi elementi che spiegano sul piano materiale la connivenza del presidente Biden con la criminale politica di Israele, occorre però allargare lo sguardo e cogliere il ruolo simbolico che lo stato di Israele ricopre nella fondazione mitica – oggi in fase di costruzione e di ridefinizione – dell'identità occidentale. L'occidente – cioè le nazioni legate alla NATO – oggi si autorappresenta come aggredito dal resto del mondo e quindi bisognoso di difendersi. La palese falsità di questa menzogna – contraddetta dalla realtà e dalla storia delle guerre degli ultimi secoli – per essere occultata richiede un di più di fumisterie, di narrazione identitaria, di miti fondatori: necessita di una ideologia di legittimazione. In questa nuova costruzione identitaria dell'occidente - una sorta di nazionalismo sovranazionale – Israele ha un grande ruolo: viene presentata e si presenta come il nostro avamposto aggredito dai nostri nemici proprio perché incarna in modo coerente i nostri valori. In questa grande costruzione mitologica, Israele diventa la sentinella della democrazia di fronte alla barbarie tribale dei mussulmani. Parimenti Israele diventa il “luogo sacro” della nascita della civiltà giudaico cristiana: “terra promessa” e “luogo santo” allo stesso tempo. Lo stato di Israele – e quindi anche il peggior governo israeliano – nell'immaginario che ci viene imposto a reti unificate, non fa altro che proseguire l'epopea delle crociate, vere e pro-

prie antesignane della guerra di civiltà che viene oggi presentata come una imprescindibile necessità.

Non solo: lo stato di Israele viene anche nominato rappresentante di tutto il popolo Ebraico, come se quello stato incarnasse fino in fondo il popolo della Bibbia. Così ogni critica al governo israeliano e al sionismo viene tacciata di antisemitismo, per costruire una falsa identificazione tra il popolo ebraico e lo stato di Israele. Attraverso questa strada viene compiuto un ulteriore passo e lo stato di Israele viene presentato come il depositario morale della Shoà e il baluardo del popolo ebraico affinché l'olocausto non abbia a ripetersi. Lo stato di Israele – che pratica il genocidio, l'apartheid e dispone di un formidabile arsenale atomico – viene quindi presentato come il garante delle radici giudaico cristiane dell'occidente democratico e anche come il rappresentante della purezza e della fragilità di chi in occidente ha subito in epoca moderna la più grande barbarie della storia: l'olocausto.

All'interno di questa costruzione mitologica, lo stato di Israele non è mai aggressore perché per definizione si difende da un nuovo possibile olocausto.

Nella narrazione ideologica delle *elites* occidentali, il governo israeliano è sempre assolto preventivamente anche quando si comporta in modo criminale: in ogni caso ci rappresenta nel luogo più difficile, in quel Medio Oriente che è contemporaneamente terra di confine e luogo in cui la nostra identità si è fatta carne e popolo. In questa narrazione completamente deformata “i nostri” vanno sempre difesi perché “non siamo ad un concorso di poesia” ma dentro un conflitto tra bene e male, tra la civiltà giudaico cristiana che ha dato vita alla modernità e alla democrazia e il mondo premoderno e barbarico che, grazie alle tecnologie che gli abbiamo donato, ci sta aggredendo. Israele viene quindi presentato come l'archetipo dell'occidente che le classi dominanti capitalistiche atlantiche vogliono instaurare sostenendo di doversi difendere dal resto del mondo. Ogni idea di umanità, di fraternità, di solidarietà viene inghiottito dall'orizzonte mitico della guerra di civiltà di

cui Israele è l'incarnazione terrena.

Le implicazioni di questa costruzione ideologica che usa il linguaggio religioso al fine di ottenere una legittimazione più profonda, sono tali che ci obbligano ad un salto di qualità: il tema della Palestina non è questione locale o regionale ma rimanda immediatamente al disegno egemonico delle elites occidentali ed all'immaginario che cercano di imporci.

RAFFORZARE IL NOSTRO IMPEGNO A FIANCO DEL POPOLO PALESTINESE

Attorno alle vicende che riguardano Israele si gioca una partita generale, mondiale. Dobbiamo quindi lottare con più forza e determinazione per porre fine al genocidio e per affermare i diritti dei palestinesi, così come dobbiamo mobilitarci in modo più capillare per attuare il boicottaggio dell'economia israeliana al fine di obbligare il governo israeliano a desistere dalla sua azione criminale. Dobbiamo rafforzare ed estendere la fondamentale azione di lotta a fianco del popolo palestinese: il rovesciamento della situazione passa infatti attraverso la conquista da parte del popolo palestinese della pienezza dei propri diritti e la sconfitta della politica di potenza occupante e segregazionista dello stato di Israele. Estendere la lotta significa in primo luogo coinvolgere un numero maggiore di persone. A questo riguardo decisiva è l'azione di controinformazione e di contrasto delle fake news che i media *mainstream* diffondono a piene mani. Tra notizie non date, notizie deformate, notizie inventate e doppi standard, i nostri concittadini sono bombardati da una vergognosa propaganda di guerra portata avanti da testate e giornalisti senza dignità. Il nostro primo impegno è quindi la controinformazione, la battaglia delle idee per ripristinare un punto di vista che abbia a che vedere con la realtà e non con la manipolazione. In secondo luogo dobbiamo sviluppare ed estendere la campagna di Boicottaggio, Disinvestimento e Sanzioni finalizzata ad obbligare lo stato israeliano a riconoscere i diritti del popolo palestinese. La campagna di boicottaggio è importantissima come abbiamo visto in Sud Africa perché in modo non violento permette di colpire Israele

sul piano economico e nello stesso tempo chiede alle singole persone un impegno che chiunque può mettere in atto. Noi dobbiamo allargare la lotta nel senso di coinvolgere milioni di persone in piccole azioni come il boicottaggio che però determinino l'isolamento di Israele e quindi pongano le condizioni per un cambio deciso, come avvenne in Sud Africa con la fine dell'apartheid. In questo quadro è importantissimo chiedere la rottura delle relazioni culturali istituzionali con Israele: nella situazione attuale solo l'isolamento può portare ad una crisi e ad un ripensamento che obblighi Israele a cambiare strada, ad abbandonare la via del genocidio e della sopraffazione. Una campagna specifica richiede poi la rottura della vergognosa alleanza militare e tecnico scientifica che l'Italia ha stabilito con Israele tramite la legge 94/200 e il blocco di ogni fornitura militare a Israele.

Dobbiamo quindi costruire una mobilitazione ampia e duratura, che coinvolga nel boicottaggio di Israele anche quella parte della popolazione italiana che non parteciperebbe mai ad una manifestazione ma è contro la guerra e che inorridisce di fronte al genocidio del popolo palestinese.

Nel contempo, per costruire una alternativa, siamo chiamati a fare un passo in più che riguarda la contestazione del ruolo simbolico che il pensiero guerrafondaio occidentale vuole far assumere allo stato di Israele.

IN CONCLUSIONE, SETTE CONSIDERAZIONI

Per costruire un Occidente che non sia guerrafondaio, neocoloniale, maccartista, – formalmente democratico ma radicalmente non pluralista – siamo chiamati a dire parole chiare sullo stato di Israele e sui miti ad esso connesso. Il ruolo simbolico che ricopre lo stato di Israele e la strumentalizzazione dell'olocausto che viene fatta nella narrazione bellicista dell'occidente obbliga noi comunisti – che vogliamo costruire una alternativa alla guerra di civiltà e costruire un occidente in grado di cooperare pacificamente con il resto del mondo – a prendere posizione in modo chiaro. Per dare un contributo in questa direzione vi propongo qui di seguito

alcune considerazioni.

- 1) L'olocausto rappresenta la negazione radicale dell'umanità, un unicum negativo ed un punto di svolta decisivo nella storia, che non deve ripetersi: Mai più! Mai più! L'olocausto infatti è la drammatica applicazione concreta di una ideologia – il nazismo – che ha postulato la superiorità di una presunta razza e il suo diritto a sterminare il popolo ebraico come quello rom.
- 2) I paesi europei, ed in particolare la Germania, hanno giustamente sviluppato un senso di colpa nei confronti del popolo ebraico che è stato oggetto della Shoà. Questo senso di colpa deve essere coltivato ed esteso ai rom e sinti, agli omosessuali, agli oppositori politici antifascisti e comunisti ed a tutte le categorie di persone che sono state perseguitate dai nazisti.
- 3) L'elaborazione collettiva del senso di colpa dovrebbe dar luogo ad un tabù, ad un rifiuto antropologico prima ancora che politico dell'ideologia che ha voluto e realizzato la shoà: il nazismo. Il tabù, il rendere inimmaginabile ed indicibile qualsiasi ideologia di supremazia "razziale", dovrebbe quindi riguardare i presupposti ideologici della Shoà al fine di renderla irripetibile sia nei confronti del popolo ebraico che in generale nei confronti di qualsiasi popolo.
- 4) L'aver subito la Shoà da parte del popolo ebraico non giustifica in alcun modo forme di aggressione verso altri popoli così come l'aver subito il Porrajmos non giustificherebbe il popolo rom ad avere pratiche aggressive verso altri popoli e così via. Ogni crimine o genocidio che venga giustificato in nome delle persone assassinate nell'olocausto, rappresenta sul piano morale la negazione dell'insegnamento che deve derivare dalla condanna dei criminali nazisti e rende vana la sofferenza dei milioni di morti dell'olocausto.
L'utilizzo dell'olocausto per giustificare nuovi crimini, cioè l'utilizzo del male assoluto per giustificare nuovo male, rappresenta un criminale svilimento della Shoà, è

la cosa che più si avvicina alla banalità del male e sul piano morale costituisce una forma di negazionismo: come tale deve essere radicalmente contrastato.

- 5) Lo stato di Israele non coincide con il popolo ebraico. Lo stato di Israele è espressione di una parte del popolo ebraico e non della sua interezza o essenza. Il tentativo di presentare lo stato di Israele come lo stato del popolo ebraico è un atto arbitrario che offende in primo luogo ogni singolo ebreo che liberamente decide dove vivere e la cui libertà, identità o memoria non può e non deve essere conculcata da alcuno.
- 6) L'ideologia sionista sulla cui base è stato creato lo stato di Israele è una ideologia nazionalista e coloniale fondata su una falsità storica quale l'esistenza in Palestina di una "terra senza popolo che avrebbe potuto accogliere un popolo senza terra". Questa mistificazione della realtà che caratterizza il sionismo sin dalle origini si è poi aggravata nel continuo e reiterato rifiuto dello stato di Israele di darsi dei confini ai sensi delle deliberazioni delle Nazioni Unite, decidendo così di vivere al di fuori della legalità internazionale. Il rispetto delle risoluzioni dell'ONU costituisce quindi un atto dovuto per lo stato di Israele, che c'è ed esiste, ma è stato riconosciuto dalle Nazioni Unite in un territorio definito.
- 7) Il popolo palestinese ha diritto a vivere in tutte le terre che gli sono state affidate dalle deliberazioni della Nazioni Unite, ogni palestinese ha diritto a fare ritorno in patria e i palestinesi hanno diritto a dotarsi di un loro stato pienamente autonomo e sovrano. Israele non ha diritto di occupare alcun territorio affidato dalle Nazioni Unite al popolo palestinese così non hanno diritto di vivere in tali terre i coloni israeliani. Ogni auspicabile forma più avanzata della divisione statuaria tra Israele e Palestina non potrà che essere definita consensualmente e pacificamente.

CONFLITTO SOCIALE, SAPERE COLLETTIVO E POLITICHE PUBBLICHE PER LA SALUTE

Nando Mainardi

In questo numero della rivista, cercheremo di leggere, analizzare e connettere i processi che hanno caratterizzato e modificato il sistema sanitario italiano con una lettura più generale e complessiva della storia recente del Paese. Abbiamo evidenziato praticamente in tutti i numeri precedenti della rivista, indipendentemente dagli argomenti affrontati, come la realtà politica e sociale non sia un fatto “naturale” e “oggettivo”, ma il prodotto dinamico della lotta tra le classi, e dei conseguenti rapporti di forza. Ciò vale anche quando si parla, appunto, di sanità. Non è un caso, per esempio, se la L.833/1978, ovvero la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, sia stata discussa, costruita e approvata in una fase caratterizzata da un’elevata e generale conflittualità sociale, aperta dal “biennio rosso” del 1968-69 e dalla diffusione senza precedenti, nel decennio che ne è seguito, di istanze partecipative e di democratizzazione. Tutto, dal nostro punto di vista, si tiene: senza quella stagione di lotte e mobilitazioni, senza milioni di donne e uomini in carne e ossa attivi nelle fabbriche, nelle scuole, nei quartieri, nei partiti della sinistra, nelle organizzazioni sindacali e nei movimenti, non saremmo mai arrivati a dare concretezza a quel diritto alla salute – individuale e collettivo – di cui parla l’articolo 32 della Costituzione; non sarebbe cresciuto e maturato quel sapere diffuso, fondato sulla domanda di politiche della salute e di un sistema sanitario diverso, in grado di affermarsi nel dibattito pubblico.

C’è una vicenda che mi ha sempre colpito, anche perché a me vicina territorialmente, e

che qui utilizzo come esempio: l’occupazione dell’ospedale psichiatrico di Colorno, in provincia di Parma, nel 1969. Un fatto per l’epoca inaudito e inconcepibile (e probabilmente sarebbe così anche oggi...): la presa di parola collettiva e solidale di medici, infermieri, degenti (ovvero i “matti”) e studenti – insieme – contro quella stessa medicina di classe che imprigionava donne e uomini proletari in una struttura simile a un lager, e non dava alcuna possibilità di vita dignitosa a chi soffriva di malattie mentali. Uno degli striscioni esposti fuori dal manicomio diceva: “il figlio del ricco è esaurito, il figlio del povero è pazzo”. La storia del Paese, per quanto riguarda quegli anni, è disseminata di episodi del genere (come dicevo, il mio era solo un esempio), in cui quelle e quelli a cui fino a quel momento era stata negata la parola hanno rialzato la testa.

Con tutto questo, non voglio dire che ci sia stata una piena corrispondenza e coincidenza tra le istanze portate avanti dai movimenti, sul fronte delle politiche per la salute, i processi sociali e politici più ampi da essi innescati, i risultati legislativi raggiunti e la successiva applicazione di tali leggi. Rimando a quanto scrive Ivan Cavicchi nel suo recente libro *Sanità pubblica addio*, quando sottolinea che l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale non può essere considerata, in sé, una riforma compiuta e sufficiente, ma piuttosto l’inizio di un possibile ciclo, a cui avrebbero dovuto fare seguito ulteriori e indispensabili passaggi e riforme nella medesima direzione. Se infatti, da una parte, la 833 ha avuto il grande merito di superare le mu-

tue private attribuendo la gestione della sanità allo Stato, dall'altra, non ha messo in discussione in modo altrettanto netto gli obiettivi e le prassi del sistema sanitario preesistente. La 833 ha cioè definito una direzione e una possibilità sulla scia di quanto prospettato dall'art.32 della Costituzione, ma i passi successivi, come dicevamo, non sono stati fatti.

L'EPOCA DELLE CONTRORIFORME

Rispetto al nesso propulsivo e virtuoso tra lotte, sapere collettivo e riforme (pur con i limiti sottolineati rispetto ai risultati legislativi) di cui abbiamo parlato nel paragrafo precedente, è però evidente anche la dinamica opposta. Ce lo indica quanto avvenuto in questi anni: la sconfitta del movimento operaio, l'espulsione del conflitto sociale dall'agire pubblico, l'indebolimento della politica come spazio collettivo e di lotta, la modifica strutturale dei rapporti di forza tra le classi, la vittoria dei padroni, non hanno prodotto effetti devastanti solo sul terreno dei salari, delle pensioni e dei diritti dei lavoratori, ma hanno innescato, tra le altre cose, elementi e dinamiche radicalmente distruttive anche del sistema sanitario pubblico. Pensiamo, per esempio, a uno dei primi atti significativi e strutturali con cui ha preso piede il ridisegno contro-riformatore della sanità: la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali in aziende, e la sostituzione dei comitati di gestione con i direttori generali, nominati dalle giunte regionali. È stata cioè sdoganata e istituzionalizzata l'idea secondo cui l'obiettivo primo del sistema sanitario non è promuovere e garantire la salute delle cittadine e dei cittadini, ma far quadrare i conti. E per poter raggiungere tale obiettivo, organismi collegiali che possano rapportarsi, rappresentare e dialogare con il territorio non solo non servono, ma risultano dannosi. Serve invece "l'uomo solo al comando", il direttore generale appunto, che risponde del proprio operato non più al territorio, alle comunità, ai consigli comunali, ma appunto al Presidente della Regione. Tale ridisegno del sistema sanitario è avvenuto mentre contemporaneamente prendevano piede, in termini più generali, politiche

brutali di abbattimento della spesa pubblica e di privatizzazione, e al contempo venivano gettate le basi per cancellare la legge elettorale proporzionale e sostituirla con il maggioritario e l'elezione diretta dei sindaci.

CENTROSINISTRA? COLPEVOLE!

In merito alle politiche di distruzione della sanità pubblica e del welfare praticate in questi decenni, il centrosinistra porta responsabilità pesantissime. Se il Servizio Sanitario Nazionale è ridotto come è ridotto, non è colpa solo di Berlusconi ieri o di Meloni oggi. Pensiamo alla riforma del titolo V della Costituzione – teorizzata, incubata e sostenuta appunto dal centrosinistra – che, come sappiamo, ha generato 21 sistemi sanitari regionali differenti. Con tale riforma, il compito dello Stato è diventato quello – circoscritto e residuale – di definire i Lea, mentre alle Regioni è stata attribuita la "potestà legislativa". Il risultato è che le disuguaglianze presenti in sanità non solo non sono state ridotte, ma sono aumentate in modo esponenziale. Ciò perché il vero obiettivo non era far contare maggiormente, in un quadro virtuoso, i territori regionali (come l'Ulivo propagandava), ma proseguire e fare un "salto di qualità" nella riorganizzazione e riduzione strutturale della spesa sanitaria pubblica, secondo i dettami delle politiche neo-liberiste, a cui il centrosinistra è stato, nell'arco della sua storia, evidentemente e continuativamente interno.

La follia della regionalizzazione neoliberista della sanità è diventata chiara a tutti durante l'emergenza pandemica; peccato che le buone intenzioni espresse in quel periodo – di fronte a un'opinione pubblica attenta come non mai allo stato di salute della sanità italiana – siano poi cadute nel dimenticatoio. Non a caso, il Parlamento sta procedendo a spron battuto verso l'Autonomia Differenziata, che sancirebbe ulteriormente e in via definitiva l'impossibilità radicale per la sanità pubblica di confrontarsi con i bisogni e la domanda di salute. Al Sud, certamente, ma pure al Nord. E se l'Autonomia Differenziata è in questa fase il tassello di una partita politico-istituzionale interna al campo

della destra (lo scambio tra la Lega, sostenitrice della secessione dei ricchi, e Fratelli d'Italia, fan del presidenzialismo), non dimentichiamo che Bonaccini, da Presidente della Regione Emilia-Romagna, ha sottoscritto (e mai ritirato) nel 2018 le pre-intese per portarsi a casa dallo Stato l'autonomia su 16 ulteriori materie. Richiesta peraltro possibile proprio in virtù della riforma ulivista del titolo V soprarichiamata. Così come il progetto Autonomia Differenziata perseguito dal governo Meloni.

Ma le responsabilità del centrosinistra non si fermano qui. Pensiamo a quanto innescato dal Dl 229/1999, ovvero dalla "riforma Bindi". Tale atto ha dato un'accelerazione profonda e ulteriore ai processi di privatizzazione della sanità italiana. Ha spalancato infatti le porte all'assistenza sanitaria sostitutiva e all'attivazione dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la stipula di contratti e accordi di lavoro collettivi, nella logica del "welfare aziendale". L'obiettivo dichiarato era costruire la "seconda gamba" del sistema sanitario, ovvero far crescere il privato a discapito del pubblico. Uno schema che, da allora, in sanità, ha avuto tanta fortuna. Non solo: la riforma Bindi ha anche introdotto l'*intramoenia*, ovvero la "possibilità" per una/un cittadina/o che non riuscisse ad accedere in tempi decenti a una visita secondo le regole del Servizio Sanitario Nazionale, di farlo, sempre all'interno della stessa struttura sanitaria pubblica, pagando; come se si trattasse a tutti gli effetti di una prestazione privata. Il centrosinistra è arrivato cioè a creare una sanità di serie A – accessibile a chi può pagare – e una sanità di tipo B, nel quadro dello stesso Servizio Sanitario Nazionale.

Aggiungo a queste riflessioni – e ad altre che si potrebbero fare – un'ulteriore considerazione, che riguarda le responsabilità dei gruppi dirigenti riconducibili al centrosinistra, per così dire, in modo più "diffuso". Penso alla parabola complessiva del mondo della cooperazione sociale, formatasi negli anni Settanta, sulla spinta delle lotte e delle mobilitazioni richiamate in precedenza, con l'obiettivo di dare risposte, anche in modo creativo, a quei nuovi bisogni e a

quelle nuove domande di salute e cura su cui il pubblico non era in grado di intervenire. E alla sua successiva normalizzazione e allineamento alle politiche neoliberaliste di distruzione della spesa pubblica e privatizzazione del welfare. Il sistema cooperativo è diventato cioè uno strumento prezioso, in ambito socio-sanitario (nelle Rsa, nelle case protette eccetera), per la riduzione del costo del lavoro, diventando così, spesso e volentieri, un semplice "sfornatore" di personale. E tutto questo, aggiungo, è avvenuto mentre la retorica del "terzo settore" e del "welfare di comunità" imperava proprio nelle posizioni, nelle politiche e nei programmi del centrosinistra.

LE PAROLE CHE INGANNANO

In questi decenni, nel campo delle politiche sanitarie, c'è stato (e c'è) il ricorso continuo a concetti e parole che, tempo fa, appartenevano esclusivamente al vocabolario e alla bussola di chi voleva una sanità diversa e migliore. Penso, per esempio, alla parola "de-istituzionalizzazione", ovvero all'idea secondo cui curare le persone senza rinchiuderle in strutture possa essere più rispettoso ed efficace, ai fini del progetto di cura stesso. Da qui, perciò, l'attenzione al territorio, alla comunità, alla domiciliarità. Il problema è che questo concetto, ridefinito e inquadrato nelle politiche neoliberaliste applicate alla sanità e al welfare, è diventato un modo ulteriore per verniciare ideologicamente e mascherare la riduzione progressiva della spesa e la chiusura di strutture e servizi. Quindi, non per riorganizzare la rete dei servizi perseguendo l'obiettivo di mettere al centro la persona, ma per tagliare.

Quante volte abbiamo sentito l'assessore regionale di turno, o il direttore generale di turno dell'Asl, dire: "investiremo di più sull'assistenza domiciliare", "investiremo di più sulla sanità territoriale", mentre contemporaneamente venivano ridimensionati i servizi ospedalieri, con il risultato che alla fine non c'era né l'una né gli altri? Oppure – sempre in tema di promesse a vanvera – sostenere e barattare la chiusura di un Pronto Soccorso con l'apertura di un CAU, o la

chiusura di un Ospedale con l'inaugurazione di una Casa di Comunità, garantendo che la qualità dell'offerta sanitaria non solo non sarebbe cambiata, ma sarebbe addirittura migliorata?

Va detto che siamo arrivati a una situazione ancora più paradossale. Oggi, anche quando vengono immesse nuove risorse economiche (aspetto in sé sacrosanto, dato il definanziamento di questi decenni, la chiusura dei posti letto, dei servizi eccetera), il sistema sanitario pubblico non fa passi in avanti. Questo perché, anche quando cresce la spesa, l'obiettivo rimane il ridimensionamento progressivo – fino alla sua distruzione – del SSN. Non a caso, in questi anni, sono stati fatti investimenti anche corposi nell'ambito dell'edilizia sanitaria (pensiamo alle progettualità del PNRR), ma non c'è stato un pari impegno per sostenere e garantire la presenza di servizi e personale. Nelle settimane scorse, ha invece avuto un certo rilievo mediatico l'annuncio che il governo Meloni starebbe predisponendo, in chiave pre-elettorale, lo stanziamento di nuove risorse per affrontare il problema delle liste di attesa. Peccato che l'intenzione sia mettere i soldi stanziati nel privato convenzionato e per il pagamento degli straordinari del personale del SSN. Perciò, come dicevamo, neppure l'incremento della spesa sanitaria è sinonimo di investimento effettivo nella sanità pubblica. Questo perché non è solo questione di risorse, ma di politiche.

NÉ ANGELI NÉ NEMICI, MA LAVORATRICI E LAVORATORI

C'è un episodio di cronaca, avvenuto di recente, che mi ha particolarmente colpito: il medico del Pronto Soccorso di Fermo, nelle Marche, che – dopo aver concluso il proprio turno notturno – si è recato a casa di una ragazza, dimessa poche ore prima dallo stesso servizio, per verificarne lo stato di salute. Agendo in questo modo, le ha salvato la vita. Comprensibilmente e giustamente, il medico è stato elogiato pubblicamente dai familiari della paziente. Eppure, al tempo stesso, l'episodio in questione mostra, su più fronti, gli effetti del processo di distruzione della sanità pubblica. Domanda: perché l'iniziativa

individuale del medico, al di fuori dell'orario di lavoro – e non l'intervento del Pronto Soccorso – ha consentito una valutazione approfondita e corretta dello stato di salute della paziente? Sul “Corriere della Sera” è rintracciabile la risposta: “al pronto soccorso dell'ospedale Murri, affollato come tutti i centri di emergenza, non c'era stato il modo di verificare il caso della ragazza fino in fondo”. Ma non è finita: lo stesso articolo riporta che il medico in questione ha 73 anni, è in pensione e lavora per “una cooperativa di supporto del pronto soccorso”. Mettiamo in fila gli elementi emersi: sovraffollamento del Pronto Soccorso (forse perché i Pronto Soccorso nei territori limitrofi sono stati chiusi o pesantemente ridimensionati?), precarietà del personale, assenza di un investimento di prospettiva su medici e infermieri. Tutto è chiarissimo, purtroppo.

C'è una reazione – tra quelle possibili – totalmente funzionale alle politiche di devastazione e svalorizzazione della sanità pubblica. L'idea che tutto dipenda dal personale sanitario che si trova in prima linea, sempre più spesso sottoposto a operare in condizioni estreme e sovraccaricato di lavoro. In questo modo, se le cose vanno bene (magari grazie a un gesto al di là della prestazione lavorativa, come nel caso citato), il medico di turno diventa l'eroe del giorno. Se invece le cose vanno male – e questo diventa decisamente più probabile nella misura in cui si continua a tagliare risorse, servizi e personale – il medico di turno diventa un nemico da colpire. Non è un caso che le cronache quotidiane ci restituiscano, spesso e volentieri, episodi di aggressione e intolleranza nei confronti del personale degli ospedali. Una personalizzazione distorta e ottusa, che ha a che fare con la colonizzazione neoliberista dei cervelli e che finisce per assolvere i veri responsabili, e soprattutto le politiche che hanno generato tale situazione.

LA NECESSITÀ DELL'INIZIATIVA POLITICA E SOCIALE

In conclusione, noi di “Su la testa” riteniamo che sia fondamentale proseguire, stimolare e rafforzare l'iniziativa politica e sociale sul fron-

te della sanità. Mi soffermo, in tal senso, su alcuni punti schematici e senza pretesa di esaustività:

- certamente, dopo i tagli brutali di questi decenni, la sanità deve tornare a essere finanziata in modo appropriato rispetto ai bisogni di salute, con l'obiettivo di dare piena attuazione all'art.32 della Costituzione. Ma la questione delle risorse, come dicevamo, non è sufficiente. Si tratta di provare a costruire un dibattito e una mobilitazione a sinistra sull'urgenza di una riorganizzazione strutturale della sanità che metta al centro il diritto alla salute per tutte e tutti, e non la privatizzazione progressiva del sistema sanitario;
- un aspetto fondamentale di tale riorganizzazione deve essere il superamento dell' aziendalizzazione della sanità e della figura del direttore generale. Vanno definite modalità nuove e diverse di gestione e governo, che siano aperte alla partecipazione delle cittadine e dei cittadini, e dei territori;
- il diritto della salute può essere perseguito solo investendo sul personale della sanità pubblica: assumendo, stabilizzando, valorizzando, motivando;
- al fine di evitare l'estinzione definitiva di ciò che rimane della L.833/1978, e mantenere aperta la possibilità di una sanità pubblica degna di questo nome, è necessario sconfiggere il progetto delirante di Autonomia Differenziata portato avanti dal governo Meloni, e qualsiasi altro tipo di Autonomia Differenziata, riproponendo il tema forte di un sistema sanitario su base nazionale, e superando l'impianto che già oggi, senza bisogno del Ddl Calderoli, permette l'esistenza di 21 sistemi sanitari regionali;
- stanno crescendo le iniziative dal basso connesse al diritto alla salute, come sportelli sui Lea, di cui leggerete nelle pagine che seguono, anche grazie al ruolo svolto dalle

compagne e dai compagni di Rifondazione Comunista. Dobbiamo proseguire e insistere in questa direzione, sia perché tali iniziative, nel deserto politico attuale, sono un aiuto concreto per tante e tanti, sia perché possono diventare un volano efficace per far crescere una consapevolezza diffusa sulle vere cause dell'attuale disastro sanitario, creare senso comune e mobilitazione. Come scrive bene nel suo intervento Chiara Giorgi, la sanità e il diritto alla salute non sono materia da lasciare agli esperti, ma chiamano in causa tutte e tutti noi;

- il diritto alla salute non può essere perseguito solo tramite le politiche sanitarie. Pensiamo, per esempio, a quanto le politiche territoriali, ambientali e legate alla mobilità, possano incidere – positivamente o negativamente – sulla salute delle persone. Va perciò costruito un approccio politico complesso e multidisciplinare al perseguimento della salute collettiva e individuale, alternativo alle politiche disastrose di questi decenni che, da una parte, hanno “sanitarizzato” il diritto alla salute, e dall'altra hanno tagliato e compresso la stessa sanità;
- aspetti come la prevenzione, l'alimentazione e gli stili di vita hanno a loro volta un'incidenza fondamentale sulla salute delle persone. È evidente che una sanità strutturata su obiettivi, logiche e interessi privati non si muove su questo terreno, poiché mette al centro di tutto le prestazioni sanitarie da vendere ai clienti. Sta qui, appunto, la differenza sostanziale tra la sanità pubblica e la sanità privata: da una parte il perseguimento della salute delle persone, dall'altra le prestazioni sanitarie da vendere alle persone; da una parte, il soddisfacimento dei bisogni della popolazione, dall'altra, la trasformazione dei disagi della popolazione in merci da acquistare.

Noi sappiamo da che parte stare.

INTERVENTI



FARMACI E BREVETTI, TRA DIRITTI E PROFITTI.

INTERVISTA A VITTORIO AGNOLETTO*

Alberto Deambrogio**

Alberto Deambrogio: Durante la pandemia India e Sudafrica hanno chiesto al WTO di sospendere i brevetti sui vaccini e sulla diagnostica. Possiamo ripercorrere le tappe dell'intera vicenda?

Vittorio Agnoletto: Ne abbiamo parlato per tanto tempo durante la pandemia. Voi vi ricorderete che Sudafrica e India, hanno presentato per la prima volta nell'ottobre del 2020 la richiesta all'Organizzazione Mondiale del Commercio di una sospensione per tre anni dei brevetti sui vaccini e sui kit diagnostici, in modo tale da permettere che anche altre aziende potessero produrre questi vaccini. Le regole dell'Organizzazione Mondiale del Commercio prevedono che quando un'azienda produce vaccini o farmaci ne abbia l'esclusività per vent'anni e quindi possa stabilire i prezzi che vuole e decidere anche quante dosi produrre. In questo caso erano due i problemi: un numero limitato di dosi e dei prezzi altissimi. Quindi Sudafrica e India, ai quali si sono aggiunti altri 100 Paesi, hanno chiesto all'OMC di sospendere la regola sui brevetti per tre anni, in modo tale da permettere alle altre nazioni, che sarebbero state in grado di produrre quei vaccini, come ad esempio l'India e il Sudafrica, ma anche il Brasile, la Corea del Sud e perfino il Bangladesh (oltre tutti i paesi occidentali) di farlo. Ma questa proposta si è contratta con l'opposizione dell'Unione Europea, della Gran Bretagna, degli Stati Uniti e anche di Australia, Svizzera, Singapore e Giappone.

I più duri nel rispondere di no sono stati proprio i paesi europei. L'Unione Europea sostenuta in particolare da Germania, Francia e Italia. C'è

stato poi l'appello del Papa, un altro appello di oltre cento premi Nobel ed ex capi di stato, una mobilitazione in tutto il mondo; ma non è avvenuto quasi nulla. Dopo oltre un anno e mezzo di discussione, nella riunione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio del giugno 2022 è stata approvata una dichiarazione insignificante, cioè è stato detto che i brevetti non si modificano, al massimo si possono concedere delle facilitazioni sull'uso delle licenze obbligatorie per produrre i vaccini. È un meccanismo tecnico complicatissimo, che autorizza un Paese a produrre i vaccini, ma solo dopo un pagamento esorbitante che questo deve elargire alle aziende produttrici; oltretutto deve rispettare una serie di regole difficilissime da attuare. Concretamente un meccanismo che non è mai stato utilizzato. Quindi tutto è rimasto sostanzialmente immutato. La discussione è proseguita fino alla riunione dell'Organizzazione Mondiale del Commercio svoltasi tra la fine di febbraio e i primi di marzo di quest'anno ad Abu Dhabi negli Emirati Arabi Uniti. Già vedendo i documenti preparatori si capiva bene che, di nuovo, tutto sarebbe finito in nulla. Ed infatti, i Paesi del sud del mondo avevano chiesto che nel documento finale si dicesse esplicitamente che la lotta per sospendere i brevetti era fallita e che la responsabilità era dei paesi occidentali. Il dato di fatto è che Big Pharma con l'appoggio dei governi occidentali ha vinto: rimangono i brevetti su farmaci, vaccini e kit diagnostici.

A.D.: Come ne sono uscite dalla pandemia le grandi aziende farmaceutiche?

V.A.: Noi sappiamo che, per quanto riguarda

L'Unione Europea, la fase conclusiva della trattativa è stata portata avanti attraverso messaggi dal telefono privato della Presidente della Commissione europea e dall'amministratore delegato della Pfizer: di fatto una trattativa privata. È stato richiesto da parte dell'istituto che sorveglia la trasparenza all'interno dell'Unione Europea di poter accedere ai messaggi, ma questi non sono stati consegnati. Non solo, recentemente è emerso anche un altro aspetto rilevante. Mentre la Presidente della Commissione europea negoziava l'acquisto di 900 milioni di dosi di vaccini, l'azienda aveva in mano dei dati inerenti l'efficacia del vaccino: essa diminuiva velocemente dopo poche settimane. Quel dato avrebbe dovuto modificare anche la strategia commerciale, perché a quel punto sarebbe stato necessario rifare la vaccinazione in tempi molto più ristretti e si aveva di fronte comunque uno strumento, il vaccino, con una potenza minore di quella che era stata rappresentata precedentemente. Tali informazioni le aziende le avevano già in mano ma le hanno comunicate con grande ritardo alla Commissione europea. Anche dopo aver saputo tutto ciò, quest'ultima non ha modificato la propria strategia di acquisto neanche in termini economici.

I conti di Big Pharma hanno avuto una impennata in positivo enorme durante la pandemia. Pensate che Moderna, che è una società fondata nel 2010, nel 2020 contava un fatturato di 200 milioni e una perdita netta di 747 milioni di dollari. Il vaccino per il Covid ha portato in dote alla società un fatturato di 17 miliardi e 675 milioni nel 2021 e di 18 miliardi e 435 milioni nel 2022. Nel 2023 i 10 maggiori gruppi per capitalizzazione a livello internazionale hanno registrato ricavi complessivi che arrivano a superare i 500 miliardi. Anche i bilanci di Pfizer hanno avuto un salto in avanti assolutamente enorme. Pensiamo che questo riguardi praticamente tutte le grandi aziende, sicuramente riguarda anche Astra Zeneca, che ha ottenuto ricavi di 45 miliardi. Stiamo quindi parlando di un successo economico stratosferico. Ora queste aziende stanno protestando perché, passata la fase acuta del Covid, hanno diminuito i loro profitti. Noi non ci preoccupiamo certo per questo, ma è si-

gnificativo che invece i grandi media lancino questa come una notizia allarmante.

Allora quello che è avvenuto durante la pandemia purtroppo può anche essere riassunto in questo modo: guadagni stratosferici da parte di Big Pharma, spese enormi fuori controllo democratico da parte dei paesi dell'Unione Europea, impossibilità di fare diagnosi e di curarsi da parte di enormi quantità di persone collocate soprattutto nel sud del mondo. La cosa incredibile è che, se dovesse arrivare una nuova pandemia, ci ritroveremmo di fronte esattamente allo stesso scenario, perché i brevetti sono considerati intoccabili. Ecco perché è fondamentale il tentativo di costruire una grande azienda farmaceutica pubblica a dimensione europea, così come da indirizzo del Parlamento europeo. Anche in questo caso, però, ci si scontra con Commissione europea e con Big Pharma.

Il Parlamento europeo ha dato indicazione ad un gruppo di esperti, presieduto dal professor Massimo Florio dell'università Statale di Milano, di verificare la concreta fattibilità della costruzione di un'agenzia europea pubblica del farmaco in grado di sviluppare ricerche e di produrre dei farmaci e dei vaccini. Questa commissione ha terminato il suo lavoro e nel settembre del 2023 e ha presentato la relazione a Bruxelles. Dalla relazione emergeva che la possibilità concreta di fondare un'agenzia europea pubblica del farmaco ci sarebbe se la Commissione europea stanziasse ogni anno un finanziamento per questa pari a quello erogato annualmente all'agenzia spaziale europea; quindi sul piano concreto la cosa è fattibile. Appena questo progetto è stato presentato in Europa è immediatamente partita l'opposizione: si è mobilitata Big Pharma, si è mobilitata la Commissione Europea, nonché una parte del Parlamento. Ora ci sarà una nuova votazione nel Parlamento Europeo dalla quale si capirà se questa ipotesi rimane ancora aperta o è stata definitivamente affossata dalla maggioranza del Parlamento medesimo su insistenza della Commissione.

Mentre in tutto il mondo si sviluppavano un movimento e delle reti internazionali molto forti per chiedere la sospensione temporanea dei brevetti per tre anni sui vaccini e sulla diagnostica

correlata a quei vaccini, in Italia accadeva una cosa incredibile. Con una decisione dell'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi, che dipende dal Ministero dello Sviluppo Economico guidato dal ministro Giancarlo Giorgetti, l'Italia ha prolungato la durata di alcuni brevetti connessi ai vaccini Astra Zeneca, Pfizer e Moderna di un ulteriore periodo di monopolio che va da tre anni e mezzo a 5 anni. Tale prolungamento che si è aggiunto ai 20 anni già stabiliti dagli accordi Trips sulla proprietà intellettuale, accordi definiti all'interno dell'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questo fatto, cioè che l'Italia ha prolungato la durata dei brevetti, è stato scoperto e segnalato dal professor Lorenzo Cassi, associato in economia alla Sorbona, Università Parigi 1 insieme al sottoscritto. Ne abbiamo dato notizia alla trasmissione 37 e 2 di Radio Popolare, ma la questione è stata totalmente ignorata. Eppure è di grande rilevanza, anche perché abbiamo saputo che una eguale richiesta di prolungamento del brevetto era stata presentata in Francia ed era stata respinta, mentre in Spagna e in Inghilterra non era stata assunta ancora nessuna decisione. Gli unici paesi che avevano accettato di prolungare ulteriormente il brevetto erano la Germania, che ha un interesse diretto perché Biontech è un'azienda tedesca fortemente finanziata dal governo e partner di Pfizer nella produzione del vaccino e poi la Svizzera che è la casa madre, per così dire, delle industrie farmaceutiche.

A.D.: Come si è comportato il nostro Governo sui brevetti dei vaccini?

V.A.: I vaccini e i farmaci hanno al loro interno diversi brevetti, non hanno un brevetto solo. Alcuni brevetti riguardano la metodica che è stata utilizzata, quindi possono essere molto precedenti alla produzione definitiva di un farmaco e di un vaccino. Nel caso che stiamo trattando, per esempio, i vaccini di Pfizer e di Moderna avevano dentro un brevetto del 2002. Quest'ultimo sarebbe scaduto nel 2022, dopo 20 anni. Ciò vuol dire che la metodica, e si fa riferimento alla RNA, è coperta da quel brevetto sino al 2022 e dopo avrebbe potuto essere utilizzata da qualunque altra azienda pubblica o privata. Bene, loro hanno fatto domanda per poter pro-

lungare ulteriormente la durata di quel brevetto. La cosa incredibile è che hanno fatto domanda il 22 febbraio del 2021 e hanno avuto la risposta il 18 marzo del 2021 (nel caso di Pfizer e Moderna. Questo vuol dire che l'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi non ha impiegato neanche un mese a decidere. Sono invece percorsi che dovrebbero richiedere studi, iter molto molto lunghi. La cosa inconcepibile è che in quel periodo, precisamente il 29 giugno del 2021, ha chiesto di poter prolungare il proprio brevetto perfino AstraZeneca, la cui copertura non era in scadenza, tant'è vero che ora è stato prolungato fino al 2036; un allungamento di circa tre anni. Sorge spontanea, dunque, una domanda: come mai proprio in quel momento, quando c'è quel ministro, le varie aziende corrono all'ufficio brevetti a chiedere un prolungamento della durata del proprio brevetto? Risulta anche difficile credere che il Presidente del Consiglio, e il Ministro della Sanità non sapessero nulla di tutto questo, cioè non fossero al corrente che, mentre la società civile di tutto il mondo, mentre premi Nobel, il Papa, ex capi di stato chiedevano di sospendere per tre anni i brevetti sui vaccini per il COVID e sulla diagnostica, l'Italia in silenzio prolungava ulteriormente alcuni di questi rispetto ai vent'anni previsti. È evidente che siamo di fronte a una subalternità vergognosa e totale del Governo italiano agli interessi di Big Pharma. In realtà io non direi solo del Governo, ma praticamente parlerei della totalità della politica italiana, perché, quando abbiamo sollevato questo problema, nessuno ha preso in mano tale battaglia attaccando fortemente il Governo e chiedendo spiegazioni. Evidentemente siamo di fronte a una questione di non poco conto.

A.D.: Come si è comportata la Commissione Europea nella gestione della vicenda vaccini?

V.A.: La Commissione Europea ha una gravissima responsabilità nella gestione di tutta la vicenda legata ai vaccini. È stata la più grande alleata di Big Pharma nel chiudere qualunque possibilità alla sospensione dei brevetti. La Commissione europea si è comportata in questo modo essendo supportata dai principali paesi, nell'ordine: la Germania, la Francia e l'Italia,

che si sono collocati esattamente sulla posizione della chiusura totale.

Di più: la Commissione ha prima destinato una grande quantità di soldi alle aziende farmaceutiche assumendosi il rischio, perché esse stavano sviluppando ancora la ricerca per arrivare ai vaccini. Si è mossa assumendosi il rischio d'impresa e poi ha acquistato gli stessi vaccini a prezzi estremamente alti, lasciando totalmente in mano alle aziende i brevetti, quando si poteva almeno chiedere di dividerli visto l'ingente finanziamento pubblico alla ricerca. Riassumendo: la Commissione Europea ha finanziato la ricerca esponendosi al rischio di non arrivare a nulla. Arrivati alla produzione dei vaccini ha lasciato i brevetti in mano alle aziende farmaceutiche e infine ha lasciato che fossero le aziende medesime a determinare i costi senza nessun rapporto con quelli reali di produzione. Ha accettato di secretare gli accordi e di inserire in questi alcune clausole che non hanno precedenti. Una è quella, anche se non è mai stata resa pubblica, ma pare che sia proprio inserita all'interno dei contratti, che in caso di ricorsi legali fatti da gruppi di cittadini per effetti collaterali e danni provocati dai vaccini, le aziende sono sollevate dal dover risponderne economicamente, ne risponderebbero i singoli stati. Un'altra clausola incredibile è che i paesi europei che hanno acquistato i vaccini in numero ben superiore alle proprie esigenze non sono liberi di donarli ai paesi del sud del mondo, ma devono avere l'autorizzazione alla vendita da parte dell'azienda produttrice dalla quale li hanno comprati. In pratica li hanno acquistati, ma non ne possono disporre. Quando avanzando milioni di vaccini i paesi europei hanno proposto di donarli alle nazioni del sud del mondo, ai paesi africani, chiedendo il permesso all'azienda farmaceutica, quest'ultima o non ha risposto o ha risposto molto tardi, quando ormai mancavano poche settimane alla scadenza dei vaccini. Questo ha prodotto lo scandalo incredibile di centinaia di migliaia di dosi che sono arrivate nel sud del mondo e sono risultate inutilizzabili per la scadenza immediata. Ai paesi che hanno ricevuto i vaccini fuori tempo massimo è pure toccato lo smaltimento. A nulla sono servite le denunce fatte dalle ONG e dalle grandi reti in-

ternazionali.

Il comportamento dell'Unione Europea è stato un comportamento davvero indecente.

A.D.: Come è stata la comunicazione sui vaccini fatta dal Governo italiano?

V.-A.: La comunicazione e l'informazione che il Governo italiano ha fatto sui vaccini è fortemente da criticare. Quando nel novembre del 2020 il Governo italiano ha annunciato che nel giro di qualche mese sarebbero stati disponibili i vaccini, ha lanciato una campagna inviando contemporaneamente due messaggi in contrasto fra di loro. Il primo era: vaccinatevi tutti per proteggere voi stessi, ma anche gli altri con un atto di altruismo. Il secondo: utilizzate comunque tutti gli strumenti di precauzione, compresa la mascherina, anche se siete vaccinati. Che cosa è accaduto? In prima battuta quando un medico e un'infermiera si sono infettati pur essendo vaccinati, questo ha dato grande fiato alle posizioni no vax, che dicevano: vedete? i vaccini non funzionano. Contemporaneamente molti sostenevano che se una persona era vaccinata non poteva trasmettere il virus e quindi non capivano l'uso ribadito della mascherina. Quelle obiezioni erano ovvie e quindi il fatto che, pur vaccinandosi, ci si infettasse ha fatto perdere grande credibilità alle istituzioni e anche ai vaccini.

Esattamente negli stessi identici giorni in cui il Governo teneva la sua conferenza stampa, io facevo una diretta facebook con decine di migliaia di persone collegate, dove spiegavo: guardate che in base ai documenti che le aziende farmaceutiche hanno depositato alla FDA (Food and Drug Administration negli Stati Uniti), all'EMA (Agenzia Europea per i Medicinali in Europa) e anche in base a quello che gli stessi dirigenti delle aziende hanno dichiarato, il risultato reclamizzato del 90-95% indica l'efficacia rispetto alla malattia; in altre parole quei vaccini riuscirebbero a bloccare nel 90-95% dei casi l'evoluzione dall'infezione alla malattia conclamata.

Ammonivo però sul fatto che in quel momento, cioè alla fine del 2020, non c'era nessun dato su quanto i vaccini fossero in grado di bloccare la trasmissione. Questo le aziende lo sapevano,

perché non risulta che avessero fatto nessun trial in quel momento finalizzato ad analizzare la capacità dei vaccini nell'evitare la trasmissione. I trial realizzati erano per evidenziare la capacità dei vaccini di bloccare l'evoluzione dall'infezione alla malattia. Il governo non comunicando questa verità ha fatto sì che fosse molto difficile per i cittadini comprendere perché avrebbero dovuto utilizzare comunque la mascherina.

Dire questa verità non avrebbe significato negare il ruolo dei vaccini: i vaccini sono comunque importanti perché bloccano, in gran parte dei casi, l'evoluzione verso l'avanzata della malattia e quindi diminuiscono i decessi. Tutto andava presentato in questo modo, dichiarando che non si sapeva quanto i vaccini sarebbero stati in grado di bloccare la trasmissione del virus da un soggetto all'altro, spiegando quindi la necessità di continuare ad utilizzare la mascherina. La narrazione che è stata costruita sui vaccini è una narrazione che non corrisponde al dato scientifico, che ha dato strumenti alle posizioni ideologiche no-vax e che francamente ha tolto qualunque credibilità anche al comitato tecnico scientifico, che non poteva non essere in possesso di quelle informazioni, che avevo perfino io.

Dietro a quanto è accaduto ci sono diversi elementi. Intanto c'è il fatto che il giornalismo, i nostri giornalisti non sono andati a indagare e a chiedere alle aziende di rendere pubblici, con informazioni precise, i risultati dei trial. I giornalisti che si occupano di sanità da tanti anni, sanno che quando si parla di bloccare l'evoluzione verso la malattia è cosa diversa dal bloccare la trasmissione del virus. Nessuno si è dato da fare per chiarire la differenza tra questi due elementi. Non posso credere che nessun giornalista sapesse cosa significhi bloccare l'evoluzione della malattia. È un linguaggio che in medicina ha un preciso senso, che è diverso dal bloccare la trasmissione dell'infezione. Poi c'è la posizione del Governo, che ha assunto un atteggiamento paternalista rispetto alla popolazione, come dire: non diamo tutte le informazioni di cui siamo in possesso perché abbiamo paura che in questo modo la gente non si vaccini.

Io credo invece che l'informazione avrebbe dovuto essere sempre trasparente e si dovessero invitare le persone a vaccinarsi, ma spiegando loro che in tal modo si sarebbe ridotta la possibilità che l'infezione potesse evolvere verso la malattia conclamata, riducendo in tal modo l'afflusso verso gli ospedali e i decessi. Ricordiamoci inoltre che i dipartimenti di emergenza erano saturi e che molti colleghi hanno dovuto compiere scelte drammatiche su chi assistere e chi abbandonare al proprio destino.

Credo che sia stato un comportamento grave quello tenuto dal Governo e che abbia rappresentato un rapporto di mancata trasparenza e correttezza tra sé e i cittadini. In questo rapporto "patologico" è stata coinvolta anche la parte scientifica ed in particolare il comitato tecnico-scientifico. Esso non avrebbe dovuto tacere rispetto a una comunicazione come quella realizzata dal governo. Queste riflessioni pongono anche un'altra questione tutt'altro che banale. Durante la pandemia è cambiato completamente il rapporto tra politica e la scienza. È corretto che la politica chieda ad una istituzione scientifica cosa si sa su un determinato argomento e che gli scienziati spieghino quali sono in quel momento le certezze, quali le ipotesi da verificare e quali le domande ancora senza alcuna risposta. Spetta poi alla politica assumersi la responsabilità di compiere delle scelte.

Invece la politica ha chiesto al comitato tecnico scientifico, che ha accettato di svolgere quel ruolo, di prendere delle decisioni dietro le quali la politica si potesse nascondere. Questo ha prodotto una caduta verticale della fiducia dei cittadini, sia verso le istituzioni politiche, che verso le istituzioni scientifiche. Ognuno dovrebbe rimanere all'interno del proprio ruolo e così dovrebbe essere anche per i mezzi di comunicazione che, prima di diventare megafoni delle decisioni dei governi, dovrebbero andare a verificare quelle decisioni. Non dovrebbero cioè accontentarsi dei comunicati stampa che arrivano da Big Pharma, ma andare a cercare di raccogliere dati, far domande; nulla di tutto questo è stata fatto.

Un'altra responsabilità enorme del governo italiano è stata ed è ancora quella di non informare in modo corretto degli effetti collaterali dei

vaccini. Su questo aspetto non sono previsti neanche degli studi e dei trial clinici. Questa è una questione estremamente importante perché l'informazione sugli effetti collaterali dei vaccini non può essere lasciata alle stesse aziende produttrici. Oltretutto questa sarebbe di enorme importanza anche nella situazione attuale, perché una volta che si conoscono gli effetti collaterali, si possono confrontare rischi e benefici nelle varie popolazioni: anziani, giovani, persone con determinate patologie ecc. per vedere se, in ognuno di queste fasce di popolazione, la bilancia oggi penda a favore o no della vaccinazione. Per fare questo ci vogliono dei dati sugli effetti collaterali che invece il nostro Governo non sta minimamente raccogliendo.

Ultima considerazione politica. Se noi dovessimo trovarci a breve di fronte a una nuova pandemia, saremmo esattamente nella stessa situazione di allora, cioè con il monopolio totale delle aziende private nella ricerca e produzione di farmaci e vaccini. Big Pharma ancora una volta potrebbe stabilire i prezzi e le condizioni che più desidera.

Ovviamente tutto questo porterebbe al fatto che i Paesi poveri non potrebbero accedere a farmaci e vaccini i cui brevetti fossero proprietà delle multinazionali del farmaco. Ci ritroveremo esattamente nella situazione del 2020 e considerato che nessuno può escludere, in un futuro non troppo lontano, l'arrivo di un'altra pandemia, lasciare la situazione immutata è veramente un atto gravissimo rispetto ai destini dell'umanità.

Infine ci tengo a dare una informazione e fare una precisazione importanti.

L'informazione. Gli accordi che regolano la proprietà intellettuale sono gli accordi Trips (Trade related intellectual properties), che sono entrati in vigore il 1° gennaio del 1995 presso l'Organizzazione Mondiale del Commercio; stabiliscono che chiunque mette sul mercato un nuovo farmaco o un nuovo vaccino ne posseda la proprietà intellettuale per vent'anni. Il che ha

come conseguenza che costoro potranno stabilire quando e quanto produrne e se autorizzare la produzione da parte di altre aziende e a quali condizioni. Il proprietario del brevetto potrà anche, ovviamente, incidere moltissimo sulla decisione del prezzo, visto che agisce in termini monopolistici. Lo statuto dell'Organizzazione Mondiale del Commercio prevede la possibilità, in via eccezionale, di una sospensione temporanea dei brevetti, finalizzata a fronteggiare una condizione di pandemia a livello globale. Questo è quello che si sarebbe potuto fare e che invece è stato reso impossibile.

La precisazione. La battaglia contro i brevetti che abbiamo condotto, prescinde totalmente dalla discussione sull'efficacia di questi specifici vaccini e dagli effetti collaterali di questi. La battaglia contro la proprietà intellettuale nasce da lontano. Già nel 1996/97 Mandela mise in discussione i brevetti, perché il Sudafrica non poteva acquistare i farmaci contro l'Aids a causa dei costi molto alti. Quando Mandela, non essendo riuscito a ottenere prezzi più bassi, decise di autorizzare il Congresso sudafricano alla produzione di farmaci generici fu bloccato dal ricorso di 39 multinazionali farmaceutiche, che lo portarono davanti al tribunale interno dell'Organizzazione Mondiale del Commercio. Quindi la battaglia sui brevetti riguarda tutti i farmaci e va ben oltre la vicenda dei vaccini per il Covid.

** Vittorio Agnoletto, medico, specializzato in medicina del lavoro, insegna "Globalizzazione e Politiche della Salute" all'Università degli Studi di Milano. Conduce a Radio Popolare la trasmissione "37 e 2" sul diritto alla salute, è responsabile scientifico dell'"Osservatorio Salute". È stato fondatore e presidente della Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids (LILA), e Parlamentare Europeo.*

*** Alberto Deambrogio è un operatore sociale. Ex consigliere regionale, è attualmente segretario regionale piemontese di Rifondazione Comunista.*

LE CURE SANITARIE PER LE PERSONE ANZIANE MALATE E NON AUTOSUFFICIENTI

Fulvio Aurora, Elisabeth Cosandey, Laura Valsecchi*

Il Coordinamento Nazionale in Difesa della Sanità per gli anziani malati non autosufficienti (CDSA) nasce nel periodo della pandemia, quando la situazione gravissima creatasi nelle RSA e nel domicilio dimostrava tutti i limiti e l'incapacità di un servizio sanitario che negli anni ha ridotto cure, prestazioni e personale.

All'arrivo del Covid-19 non c'era un piano pandemico, non c'erano sistemi di protezione, non c'era personale sanitario in numero adeguato per far fronte alle necessità, non c'era un'organizzazione istituzionale nazionale e regionale in grado di affrontare le gravi criticità.

La pandemia ha portato alla luce la carenza delle cure sanitarie domiciliari, ma già in precedenza le persone anziane e i loro familiari si trovavano da soli ad affrontare le necessità sanitarie e assistenziali: le dimissioni selvagge dagli ospedali, la richiesta ai familiari di occuparsi sia del trasferimento in altre strutture sia dell'assistenza al proprio familiare, pur non avendo la preparazione e la capacità di cure assistenziali e di gestione burocratica di tutto quello che attiene a un percorso di presa in carico, dall'invalidità all'organizzazione delle cure specifiche, all'abbandono e al ricatto continuo e alle spese da affrontare (rette delle strutture, badanti, terapie farmacologiche, ausili, ecc...).

Sono nati così spontaneamente molti comitati di familiari che hanno denunciato le gravi inadempienze e i decessi che vi sono stati.

Il Coordinamento Nazionale Campagna Dico 32 in difesa della salute, del quale Medicina Democratica faceva parte, ha proposto l'attivazione di un gruppo di lavoro sul tema del diritto alla cura per gli anziani. A questo gruppo hanno aderito subito i Comitati dei Familiari, le Associazioni che da anni si occupano di anziani e disabili, i

Rappresentanti degli operatori e i Sindacati di base (la Cub Sanità, lo Spi Cgil, l'Usb, l'Opposizione a Cgil). Gli Operatori nella prima fase non sono stati molto presenti perché sotto pressione e sotto intimidazioni continue..

È nato quindi il CDSA (Coordinamento Diritti Salute Anziani) che durante la pandemia e anche dopo ha organizzato numerose iniziative per la riapertura delle RSA/RSD, affrontando tutte le condizioni di cura sia per le persone anziane sia per i lavoratori stessi.

In uno dei documenti elaborato dal CDSA e inviato a tutte le istituzioni, si individuavano i seguenti punti come prioritari:

- promuovere il diritto alle cure sanitarie che deve essere gratuito e universale come sancito dalla Legge 833/78 e dall'art.32 della Costituzione
- i servizi sanitari, socio-sanitari territoriali, semiresidenziali e residenziali devono essere in capo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- le cure sanitarie per le persone anziane malate e non autosufficienti devono prevedere un programma di prevenzione generale, la programmazione di prestazioni sanitarie domiciliari, e un'attenta riorganizzazione delle cure sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

DAL PNRR ALLA LEGGE DELEGA 33/2023

Tutti i massimi esperti del SSN e del Ministero della Salute intervenuti nell'unità di crisi nazionale Covid-19 hanno riconosciuto che gli anziani malati non autosufficienti, ricoverati nelle RSA o a domicilio sono persone malate, affette da pluripatologie croniche da cui deriva la non autosufficienza.

Nel 2021 arriva il Piano Nazionale di Recupero e Resilienza, dal quale ci si aspettava qualcosa di più per le persone anziane malate non autosufficienti.

Nella Missione 5 si parla dell'importanza di creare tutte le condizioni per garantire la vita della persona anziana al proprio domicilio, promuovendo co-housing, comunità alloggio, assistenza domiciliare, socializzazione e telemedicina.

Nella Missione 6 si parla di incremento dal 6% al 10% della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), senza modificarne la gestione esternalizzata, le ore di assistenza settimanali, il personale; si parla di avvio delle Case di Comunità, una ogni 40.000 ab. Circa e di realizzazione degli Ospedali di Comunità, uno ogni 100.000 ab.

Nulla viene detto per rivedere i requisiti organizzativi e strutturali delle RSA, il personale e che devono essere in capo al SSN. Oggi l'80% delle RSA è privata accreditata, con gestione da parte di multinazionali e cooperative che si basano sulla logica del profitto e non certo sulla salute della popolazione anziana.

Il PNRR ha dato come indicazione di realizzare una importante riforma delle cure e dell'assistenza sociale per le persone anziane, attraverso due Commissioni Ministeriali, una in capo al Monsignor Paglia sulla riorganizzazione dell'assetto sanitario (LEA), una in capo all'Onorevole Turco sulla definizione delle prestazioni sociali (LEPS).

Si arriva quindi alla realizzazione del Piano sulla Non Autosufficienza attraverso la Legge Delega n. 33/2023 – Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

Questa Legge Delega inasprisce e modifica in modo radicale le modalità di presa in carico e di attivazione dei servizi necessari alle persone anziane, affette da pluripatologie, malate e non autosufficienti per le quali si devono prevedere le cure di lungo termine. Si tratta di persone inguaribili, ma pur sempre curabili!

La Legge Delega n.33 sulla Non Autosufficienza è una controriforma epocale che sposta le cure socio-sanitarie di lungo termine (Ltc) per le persone malate croniche non autosufficienti dal settore sanitario, dove rientrano nei Lea e dove sono previsti diritti esigibili con accesso universalistico, a quello delle politiche sociali, che

prevede l'erogazione delle prestazioni sociali (Leps), compatibilmente con le risorse disponibili e in base all'Isee, ossia alla valutazione economica del nucleo familiare.

Si tratta di un testo inaccettabile per le persone malate non autosufficienti e le loro famiglie: un provvedimento che non concede un solo nuovo diritto alle persone anziane malate croniche non autosufficienti (e alle persone con disabilità grave) e, anzi, sottrae diritti a queste categorie di italiani, emarginandole rispetto ai servizi cui hanno diritto, in violazione della Costituzione.

Viene istituito un Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) aggregato al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro e non più al Ministero della Salute! È incostituzionale prevedere l'istituzione di questo 'Sistema nazionale di assistenza anziani', nel quale emarginare le persone anziane malate non autosufficienti sottraendole alla titolarità del Servizio sanitario nazionale quando hanno necessità di cure di lungo termine (tutte le fasi post acuzie o cure estensive). "La tutela della salute delle persone anziane" deve rimanere di competenza del SSN "anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione" come previsto dalla legge istitutiva del SSN (art. 2, comma 2, lettera F della legge n. 833 / 1978).

Il primo Decreto attuativo, il D. Lgs. n. 29 del 15 marzo 2024 conferma tutte le nostre preoccupazioni. Questo Decreto è stato respinto dalla Conferenza Stato Regioni, criticato dal Terzo Settore e dalle stesse Associazioni facenti parte del Patto sulla Non Autosufficienza.

Tutti difendono la bontà della Legge Delega e contestano il D. Lgs. n. 29. La Legge Delega n.33 è ingiusta, non rispetta i diritti alle cure di lungo termine, non garantisce risorse, non rispetta i criteri universali della L. 833/78 e della Costituzione.

Il D. Lgs. n. 29 è il suo frutto e riprende i temi della privatizzazione così come sono posti nella Legge Delega n. 33. Vediamone alcuni:

- La nascita dello SNAA e del CIPA (il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana), in capo al Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro e non al Ministero della Salute. Il Sistema

nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) È costituito dall'insieme integrato dei servizi e delle prestazioni sociali, di cura e di assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni della popolazione, sempre che vi siano le risorse.

- Nel D. Lgs. 29 si riprende il leitmotiv della Legge Delega 33/2023: numerose volte si ripete che le condizioni indicate si attuano a risorse disponibili (13 volte ripetuto nella Legge Delega), così nel D. Lgs. 29 si parla di “mancanza di previsione di risorse economiche aggiuntive e strutturali”.. Oltre a questo la definizione di anziano non autosufficiente è insoddisfacente, non vi è alcun richiamo alle condizioni di malattia, di pluripatologie che determina la non autosufficienza e richiede cure sanitarie preventive e curative.
- Nell'Art. 30, comma 2 del D. Lgs 29 si parla addirittura di strutture residenziali non sanitarie!! “I servizi residenziali sono offerti presso strutture residenziali non sanitarie in possesso di requisiti operativi e di sicurezza, tali da garantire alle persone ospitate adeguati livelli di intensità assistenziale e una adeguata qualità degli ambienti di vita, nonché il diritto alla continuità delle cure e il diritto al mantenimento delle relazioni sociali ed interpersonali, mediante l'accoglienza in ambienti di tipo familiare caratterizzati da formule organizzative rispettose delle esigenze personali e di riservatezza”.
- Si parla di invecchiamento attivo, di turismo accessibile, di telemedicina... di housing e cohousing, di servizio civile, di informazione digitale, di telemedicina, di affezione animale.. sempre che vi siano le risorse.
- Infine si propone “l'inganno delle cure domiciliari: la cosiddetta prestazione universale (art.34) che riguarda meno di 25.000 persone anziane su 14 milioni di persone anziane, dei quali circa 4 milioni hanno necessità di cure e assistenza socio-sanitaria. La prestazione universale (sperimentale per due anni) riguarda persone con più di 80 anni, con gravissima disabilità e ISEE sotto i 6.000 euro. Se una persona ha 79 anni, con le stesse caratteristiche non ha diritto ad al-

cuna cura!!

CONCLUSIONI

Di fronte a questa situazione il CDSA si propone di continuare anche attraverso una adeguata contro-informazione, dato che spesso i media riportano acriticamente articoli in favore di questa ulteriore privatizzazione delle cure sanitarie per le persone anziane malate e non autosufficienti Il CDSA fa proprio il commento della norma espresso dal Prof. Giovanni Maria Flick, presidente emerito della corte costituzionale:

“Uscire dal terreno sicuro del sanitario e del socio-sanitario, come prospettato dalla legge 33, equivale a una sottrazione di tutele per i malati cronici non autosufficienti, che invece devono essere mantenuti nella dimensione di tutela sanitaria per tutte le loro esigenze”.

E intende chiedere che per le persone anziane, malate e non autosufficienti:

- venga mantenuta la competenza sanitaria sulla cura e sui bisogni clinici assistenziali di lungo termine, senza distinzione alcuna (art. 32 della Costituzione)
- si potenzino i servizi sanitari territoriali e il diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di lungo termine anche attraverso l'attivazione concreta e ben organizzata delle Casa della Comunità
- si ripensi ad un modello di RSA con cure sanitarie adeguate, cure assistenziali e riabilitative, lungodegenza, hospice, con personale adeguato, formato e assunto correttamente. Non più un unico operatore socio-sanitario x 20-30 ricoverati! Non si deve più calcolare la presenza degli operatori sulla base di un minutaggio definito a priori, ma sulla base dei bisogni delle persone!
- La quota sanitaria che compete alle Regioni deve passare almeno al 70% della retta totale, come è già per le strutture per le persone con disabilità.

** Laura Valsecchi, Elisabeth Cosandey e Fulvio Aurora fanno parte di Medicina Democratica e CDSA (Coordinamento Nazionale in Difesa della Sanità per gli anziani malati non autosufficienti)*

DIFENDIAMO IL DIRITTO ALLA SALUTE

Enrico Bosani*

LA CONQUISTA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE PUBBLICO

Il servizio sanitario pubblico come lo conosciamo oggi è stato istituito con la legge 833 del 23 dicembre 1978, sulla spinta di un'ampia mobilitazione popolare che aveva messo al centro delle proprie rivendicazioni il diritto universale alla salute, come declamato dall'articolo 32 della nostra Costituzione. Questa fondamentale riforma sociale si basava su tre principi cardine: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità, ed ha consentito di superare il sistema precedente, basato sulle mutue private o aziendali, di dare accesso ai servizi sanitari alla totalità della popolazione italiana, e di migliorare enormemente l'aspettativa di vita nella nostra nazione, aspettativa che nel 1975 era di 70 anni per gli uomini e 75 per le donne, mentre ora è di 81 anni per gli uomini e 86 per le donne, una tra le più alte a livello mondiale.

Oggi ci troviamo in una situazione molto diversa, la sconfitta dei movimenti sociali e sindacali degli anni '80 e il trionfo del liberismo negli anni '90 dello scorso secolo, hanno portato allo smantellamento graduale del sistema sanitario pubblico, utilizzando la solita scusa del contenimento dei costi e dell'introduzione di maggiore efficienza ed efficacia nella spesa pubblica sanitaria. In realtà l'obiettivo principale è stato quello di introdurre principi di mercato nel servizio sanitario, attraverso un progressivo spostamento di risorse economiche, strutture e personale dal pubblico al privato, con l'obiettivo di costruire un mercato sanitario capace di spostare il peso della spesa sanitaria dalle casse pubbliche alla spesa privata, caricandola sulle tasche di lavoratori e lavoratrici.

LO SMANTELLAMENTO DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Attraverso il progressivo smantellamento dei presidi sanitari territoriali (ambulatori, reparti specialistici, ospedali), la diminuzione di personale medico, paramedico ed infermieristico assunto stabilmente nella sanità pubblica, la riduzione della spesa storica per l'acquisto e l'ammodernamento delle attrezzature di diagnostica e di intervento, sono stati realizzati tutti i presupposti per impedire il pieno riconoscimento del diritto alla salute di cittadine e cittadini. Il punto di svolta è arrivato con l'aziendalizzazione del sistema sanitario introdotto nel 1999 con la riforma Bindi; si rafforza il potere di intervento delle regioni in materia, le Unità Sanitarie Locali diventano Aziende Sanitarie Locali con autonomia organizzativa, i medici possono esercitare la libera professione all'interno delle mura ospedaliere (intramoenia).

Il diritto collettivo alla salute diventa una mera chimera, i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche si allungano a dismisura, apparentemente le persone hanno di fronte solo due scelte, aspettare mesi per avere una prestazione sanitaria dal servizio pubblico, oppure rivolgersi al sistema sanitario privato. Nel 2022 sono stati spesi dalle famiglie italiane oltre 40 miliardi di euro per acquistare servizi sanitari sul libero mercato.

RIVENDICHIAMO IL DIRITTO ALLA SALUTE

Nella situazione politica e sociale attuale, segnata da un individualismo esasperato, da una sfiducia diffusa nella possibilità di vedere riconosciuto il proprio diritto alla salute, nella rassegnazione a cercare sul mercato a pagamento quello che dovrebbe essere dato dal sistema

pubblico gratis, è necessario agire in concreto per rivendicare il diritto universale alle prestazioni socio sanitarie, dobbiamo cioè farci carico dei bisogni di salute cui il sistema sanitario nazionale non risponde e imporre l'esecuzione delle relative prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) hanno l'obbligo costituzionale di erogare. Si tratta di tradurre i bisogni di cura e salute della popolazione in rivendicazioni individuali e collettive, di comporre in vertenze per la salute verso le strutture sanitarie locali e regionali, e di lottare per ottenerle mobilitando tutte le persone direttamente interessate e coinvolte. Così ogni volta che si ottengono risultati concreti, l'organizzazione rivendicativa si rafforza, cresce e diventa movimento di massa. L'obiettivo degli sportelli salute nati prima nel lodigiano, e poi estesi a rete in altre province lombarde è proprio questo, ma per ottenere questo risultato l'organizzazione rivendicativa "sportello salute" deve dotarsi di strumenti operativi sostanzialmente efficaci. In legislazione e in giurisprudenza costituzionale troviamo le determinazioni del diritto alla salute che ci servono: i **LEP** (Livelli Essenziali delle Prestazioni) e i **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza).

I **LEP/LEA** sono la base costituzionale degli strumenti operativi per le vertenze sulle prestazioni che devono concretizzare la salute: prevenzione, medicina generale, medicina territoriale, assistenza ospedaliera.

I **LEP** sono i livelli essenziali delle prestazioni garantiti su tutto il territorio nazionale, riguardanti i diritti civili e sociali nei quattro ambiti: istruzione e formazione; salute; assistenza sociale; mobilità e trasporto. Le norme costituzionali (art. 2 c. 1 cost.; art. 32 c. 1 cost.; art. 117 c. 2 lettera m cost.; art. 120 c. 2 cost.) hanno elevato il diritto alla salute a diritto fondamentale della persona per il proprio stato di salute.

I **LEA** salute specificano i **LEP** della Salute determinando le funzioni sanitarie e socio/sanitarie che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve garantire a tutti i cittadini. Il DPCM 12/01/2017 individua i tre livelli fondamentali:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica

- Assistenza distrettuale, attività e servizi del SSN sul territorio,
- Assistenza ospedaliera

IL DIRITTO ALLA SALUTE NON PUÒ ESSERE NEGATO

La Corte di Cassazione, con sentenza n. 786/1973, ha riconosciuto che l'articolo 32 sancisce il diritto alla salute come un "diritto soggettivo perfetto", ossia un "diritto assoluto e di rango primario per la persona umana". Dunque, il diritto soggettivo perfetto alla salute garantisce al singolo cittadino la tutela amministrativa delle seguenti prerogative: ottenere, senza impedimenti, le prestazioni LEP/LEA che l'ente competente non può rifiutarsi di attivare se non le riceve, disporre di strumenti di tutela che gli consentono di muovere un contenzioso con l'amministrazione competente, per ottenerle. Il combinato disposto degli articoli 32, 2 e 3 della costituzione sancisce, assieme alla validità erga omnes del diritto soggettivo alla salute, la forma del "diritto sociale" che, sulla base del D.Lgs. 502/1992, assegna ai cittadini e alle loro associazioni tutele amministrative attinenti a attività per l'erogazione delle prestazioni. L'articolo 14 comma 5 prevede la possibilità, per le organizzazioni di tutela dei diritti così come per il singolo cittadino, di presentare "osservazioni, opposizioni, denunce e reclami in via amministrativa" senza pregiudicare il ricorso alla via giudiziaria.

Inoltre l'articolo 14 comma 4 del titolo IV del decreto 502, "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini", dispone il coinvolgimento dei cittadini e degli "organismi di volontariato e di tutela dei diritti", nelle procedure riferite alle attività di programmazione, controllo e valutazione inerenti alla salute.

Gli sportelli salute utilizzano quindi questi due strumenti di rivendicazione dei diritti sanitari delle classi popolari (va da sé che chi ha i soldi per pagarsi assicurazioni e prestazioni private non è coinvolto in questa lotta), e li utilizzano secondo due percorsi obiettivo nelle vertenze LEP/LEA salute. Giova qui ricordare che i LEA tempi di attesa sono solo una parte piccola dei

LEA salute, che determinano tutte le funzioni sanitarie e socio sanitarie prestate dal SSN pubblico, ma sono la parte immediatamente percepita dalle classi popolari, perché sono la porta di accesso a tutte le prestazioni nel campo della salute e della cura, e sono la parte con la quale tutte e tutti noi ci scontriamo nella quotidianità quando ci rivolgiamo ad una struttura sanitaria per chiedere l'erogazione di una prestazione.

I due percorsi obiettivo sono :

- l'esercizio della **diritto soggettivo** e della relativa tutela amministrativa, con cui rispondere al **bisogno individuale** della persona malata facendole ottenere le occorrenti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie del SSN secondo le prescrizioni di legge
- l'esercizio del **diritto sociale** e delle relative tutele amministrative con cui rispondere al **bisogno collettivo** delle persone malate e non malate, per garantire loro di avere a disposizione un'offerta pubblica di tutte le prestazioni erogate dal SSN, e di utilizzare il coinvolgimento delle organizzazione di tutela dei diritti (rete sportelli salute) per portare le loro critiche, denunce, rivendicazioni nelle procedure decisionali, di programmazione e di controllo delle strutture sanitarie. Il passaggio dalla vertenza individuale, che soddisfa il bisogno personale dell'individuo ma non cambia la struttura del sistema, alla vertenza collettiva è fondamentale. Solo con la vertenza collettiva infatti si riescono ad individuare i malfunzionamenti e le inadempienze strutturali del

sistema sanitario pubblico ed a richiederne la modifica e l'eliminazione.

ORGANIZZIAMO LA RIVENDICAZIONE DI MASSA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Quanto sopra ci porta immediatamente alle conclusioni, ossia alla possibilità e necessità di costruire in tutti i territori strutture di difesa del diritto alla salute, che partendo dai LEA tempi di attesa rivendichino la tutela dei diritti di tutte e tutti in base alle leggi ed alle norme esistenti. E queste leggi, queste norme dicono che la prescrizione del medico curante, ossia la richiesta che questo fa in ricetta di avere quella prestazione in quel tempo (**Urgente** prestazione da dare entro 72 ore, **Breve** da dare entro 10 giorni, **Programmabile** da dare entro 30 giorni se visita, 60 se esame strumentale, **Differibile** prescrizione da dare entro 120 giorni al massimo) è immediatamente esigibile, deve essere data nell'ambito territoriale di garanzia, che corrisponde al territorio dell'ASL di appartenenza, e deve essere data nella struttura pubblica. Questi diritti sono prescrittivi, inderogabili ed è compito di tutte e tutti noi esigerli e chiederne il rispetto, in forma individuale prima ma soprattutto in forma collettiva attraverso la costruzione degli "sportelli salute" in tutti i territori.

** Enrico Bosani è Segretario PRC Lodi e attivista rete sportelli salute del lodigiano*

ABORTIRE OGGI IN ITALIA

Giovanna Capelli*

Nell'Occidente capitalista, che si ricompatta per uscire dalla crisi con la guerra, la tenuta dei diritti delle donne è sempre più precaria a partire dalla base materiale della loro libertà, che è la possibilità di separare la sessualità dalla procreazione, di non essere perpetuamente incinte nel tempo non breve della fecondità, con il corpo impegnato a contenere il figlio, ad allattarlo e ad accudirlo. Per l'uomo questa separazione esiste in natura, la donna la realizza con la contraccezione, pratica relativamente recente non sempre efficace e comunque rivolta al corpo femminile e con l'aborto. L'aborto libero non è scontato neppure nell'Occidente che si ritiene superiore in civiltà nel garantire alle donne piena cittadinanza, perché il controllo sul corpo delle donne, in particolare sulla procreazione è il grumo fondante della oppressione patriarcale e del potere maschile anche nella modernità. Nel neo liberismo si sviluppano anzi pulsioni regressive e misogine che vogliono cancellare la libertà di scelta delle donne. Succede negli Stati Uniti dove il 24 giugno del 2022 la Corte Suprema grazie al voto favorevole di sei giudici conservatori, di cui tre nominati da Trump, annulla la storica sentenza del 1973 Roe versus Wade, che garantiva l'accesso costituzionale all'aborto a tutti i 50 stati dell'Unione, lasciando ai singoli stati la possibilità di legiferare² In Europa, se si eccettua Malta e la Polonia, formalmente l'aborto è libero anche se varia il termine entro cui praticarlo³. Esistono degli impedimenti procedurali che rendono difficoltoso per le donne il percorso per abortire. In Finlandia è necessaria l'approvazione di un medico e in molti altri paesi europei il counseling o il periodo di attesa, sono obbligatori, ed hanno il chiaro obiettivo di evitare l'interruzione della gravidanza. La legislazione italiana rientra in questa casistica, con

un elemento ancora più grave ed oppositivo alle finalità della legge che è l'obiezione di coscienza

LE CONTRADDIZIONI DELLA LEGGE 194

L'aborto volontario dipende ancora da atti medici: dopo l'accertamento della gravidanza la legge prevede precise sequenze che lo rendono libero entro i primi 90 giorni dal concepimento. Il primo passaggio è una visita medica al consultorio, in una struttura sanitaria abilitata o dal medico di fiducia. Se non esiste urgenza alla fine dell'incontro il medico di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze che la inducono all'aborto," le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni"⁴. In questa fase il ruolo del medico non è solo sanitario, accerta la gravidanza, ma valutando le cause che portano ad interromperla, dovrebbe fare presente le modalità con cui lo stato tutela e aiuta la maternità, agisce come dissuasore a favore della maternità. Ci sono 7 giorni per far maturare questa riflessione, trascorsi i quali la donna può presentarsi, in una struttura sanitaria per ottenere la interruzione della gravidanza. Il secondo passaggio è il momento dell'aborto, che avviene con un atto chirurgico (raschiamento o isterosuzione) o con un trattamento farmacologico controllato medicalmente. L'aborto farmacologico, segna per le donne la possibilità concreta di sganciarsi dall'affidamento alla mano del chirurgo o allo sguardo patriarcale della struttura sanitaria, e consiste nella assunzione, sotto controllo di due farmaci (mifepristone e misoprostolo), uno che interrompe la gravidanza, l'altro che provoca la espulsione del materiale abortivo. Tutto questo

dovrebbe essere garantito alla donna che decide di abortire in base alla legge la 194 del 1978. Ma così non avviene.

UNA STORIA LUNGA E COMPLESSA

La legge è stata sottoposta a referendum nel 1981 da due diversi punti di vista, quello dei radicali che volevano eliminare ogni controllo e restrizione e quello clerico-fascista che voleva eliminare il diritto di decidere della donna e mantenere solo l'aborto terapeutico. 21 milioni di cittadine e cittadini (il 79% del corpo elettorale) si presentarono alle urne bocciando entrambi i referendum abrogativi, il primo con l'88% di no, il secondo con il 68%.

Il movimento femminista ha difeso questa legge dalla torsione liberista dei radicali e soprattutto dalla restaurazione patriarcale delle destre ma ne ha sempre denunciato i gravi limiti, ideologici e procedurali, su cui le destre pro-vita e integraliste hanno nel tempo fatto leva per invalidare la sua efficacia, per erodere la centralità della autodeterminazione. La contraddizione ideologica fa sì che una legge sull'aborto libero e gratuito nelle strutture pubbliche si intitolò "Norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza" e che all'articolo 1 si richiami ancora il valore della maternità, si alluda alla tutela della vita umana dal suo inizio e si specifichi che l'aborto non è un mezzo di controllo delle nascite. Il testo trasuda stigma sull'aborto. La legge veniva presentata come soluzione al dramma dell'aborto clandestino, ricordando le vittime delle mammane operate sui tavoli da cucina o le tante donne che arrivavano in fin di vita in ospedale per aver abortito da sole con una pozione di prezzemolo o infilandosi un ago da calza nella vagina e nell'utero. Il femminismo ha cambiato registro della narrazione e ha osato parlare della barbarie di una maternità non voluta, del fatto che l'utero non è un contenitore staccato da una persona ed è la persona che decide cosa fare del suo utero. Ha chiarito che per molte donne l'aborto non è un dramma, ma una liberazione, che la maternità non è un destino obbligato, ma una scelta.

Ma la vera barricata contro l'aborto è l'articolo 9, cioè la possibilità del personale sanitario

dai medici agli infermieri, agli ausiliari di fare obiezione di coscienza, di sottrarsi a tutte le procedure abortive perfino quella di stilare il certificato che ne avvia il percorso. A 43 anni dai referendum è sempre più chiaro che la legge andrebbe riscritta, tolta l'obiezione di coscienza, i sette giorni di ripensamento, ridimensionato il ruolo del personale sanitario. Ma il problema non si è mai posto, neppure quando al governo ci fu il centro sinistra. Molti Consultori si sono chiusi e sono stati aperti quelli privati e confessionali. L'aiuto alla procreazione è una favola vergognosa. Il movimento femminista ha testardamente tenuto aperta la critica della legge e si è organizzato per rimuovere gli effetti dell'obiezione di coscienza e tutto quello che non funziona per non lasciare le donne sole in un percorso accidentato e faticoso.

Annualmente il Ministero della Salute stila una relazione sul funzionamento della 194; la più recente è quella dell'attuale Ministro Schillaci relativa al 2021, l'anno successivo all'inizio della epidemia di Covid. I dati provengono dalla tabulazione di un questionario ISTAT compilato obbligatoriamente dalle strutture che effettuano l'IVG. Il Ministro a partire dai dati e dagli indicatori utilizzati a livello internazionale per descrivere il fenomeno della abortività sostiene che la legge funziona bene, poiché registra una diminuzione degli aborti: nel 2021 sono stati 63.653, il 4,2% in meno rispetto al 2020 e soprattutto un calo significativo rispetto al 1983, anno in cui si è verificato il valore più alto di IVG, 234.801. Il tasso di abortività, cioè il numero di aborti ogni 1000 donne fra i 15 e i 49 anni è di 5,3, uno dei più bassi d'Europa e il rapporto di abortività, cioè il numero di IVG ogni 100 nati è di 15,9. Ma basta leggere la tabella sulla obiezione di coscienza per rendersi conto della gravità della situazione: il 63,4% dei ginecologi è obiettore, il 40,5% degli anestesisti. La relazione reticente non riesce a nascondere l'inerzia della politica nel garantire alle donne la possibilità di abortire.

IL RUOLO CENTRALE DEL MOVIMENTO FEMMINISTA

Nello spazio pubblico il conflitto è aperto e cre-

sciente, agito dal movimento femminista e da specifici gruppi, settori di movimento sapienti e solidali, che lavorano sulle criticità, raccolgono dati sull'obiezione di coscienza, e sulla difficoltà ad accedere all'aborto considerando le insopportabili violazioni della libertà, informano le donne, le aiutano con risultati individuali e collettivi. A fine marzo 2020, durante il lockdown Pro-choice, la rete italiana contraccezione e aborto ha promosso una petizione per modificare le linee di indirizzo dell'aborto farmacologico spostando i termini della sua assunzione dalla settima alla nona settimana, favorendo la deospedalizzazione. A suo sostegno sono intervenute immediatamente le tre società scientifiche di settore di ostetricia e ginecologia ospedaliera, territoriale e universitaria (SIGO,) chiedendo di consentirne la somministrazione con un solo accesso in consultorio o in ambulatorio, oppure a casa con l'ausilio della telemedicina. Nell'agosto 2020 il Ministro Speranza accoglie parte di queste rivendicazioni modificando le linee guida dell'aborto farmacologico⁵

Il contesto di un governo post fascista autoritario e misogino rende ardua una battaglia vincente sul piano legislativo per eliminare l'obiezione di coscienza, va perseguita la strada della facilitazione dell'aborto farmacologico e della deospedalizzazione, che è ostacolata fortemente dalle destre perché aggira l'obiezione di chirurghi e anestesisti. Diventano fondamentali le reti autogestite che costituiscono una nuova modalità di *self-help* e di autorganizzazione: *Obiezione respinta*, un collettivo politico e una mappa online in cui si segnalano positività e negatività di ospedali, consultori e farmacie, per evitare gli obiettori e la violenza ostetrica, la pagina di FB *IVG Ho abortito e sto benissimo* che esiste dal 2018, con testimonianze dirette e la condivisione di esperienze, la chat su Telegram *IVG Spazio alle donne* gruppo di aiuto e supporto per chi deve abortire o chi vuole parlare di sé e la mappatura interattiva dei servizi costruita da *LAIGA, Libera Associazione Italiana ginecologi non obiettori* Continuiamo la lotta ricordando le parole di Rossana Rossanda (Il manifesto, 5 maggio 1995) prima di una grande

manifestazione in difesa dell'autodeterminazione:

“È come se qualcosa spingesse uomini o chiese o stati a inchiodare il corpo femminile sul margine fra vita e morte nel quale per secoli lo hanno cacciato e il parto e l'aborto. Là dovrebbe restare o essere riportata la maledetta sessualità femminile? (...) Ma se scelta è, è scelta in prima istanza e in ultima della donna. Qualsiasi uomo che abbia saputo dalla donna -lui non può saperlo- di averne fecondato un ovulo, sa quel che accadrà a se stesso e a lei: a lui nulla, a lei, una rivoluzione. La maternità è un evento globale e lungo che investe una esistenza femminile, scompone ogni altro programma di realizzazione, ed esige mediazioni perché uno dei due non ne esca mutilato”.

¹ Il nome “Roe” copre il vero nome di una donna che, sposata a un marito violento e già madre di due figli, desiderava abortire essendo incinta del terzo. Il quesito arriva alla Corte nel 1972. La sentenza del 1973 (7 giudici a favore e 2 contrari) riconobbe un diritto all'aborto anche in assenza di problemi di salute della donna, del feto e di ogni altra circostanza che non fosse la sua decisione. Si fondava su un'interpretazione del XIV emendamento, secondo il quale esiste un diritto alla privacy, inteso come diritto alla libera scelta per tutto quello che riguarda la sfera più intima della vita di una persona.

² Dopo l'annullamento della sentenza, in 11 stati degli USA l'aborto è diritto costituzionale e con procedure agevoli dal punto di vista sanitario ed economico. In 13 stati è libero, ma non previsto come diritto dalla Costituzione e in altri 13 stati, tutti del Sud, è proibito. Negli altri si procede verso legislazioni proibizioniste o fortemente restrittive.

³ Il giorno 11 aprile con 336 voti favorevoli, 163 contrari e 39 astenuti il Parlamento europeo ha votato per inserire nella carta fondamentale EU il diritto di aborto.

⁴ Articolo 5 della legge 194/1978.

⁵ Linee guida di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine 12 agosto 2020.

* *Giovanna Capelli, femminista, componente della Direzione Nazionale del Prc, è Responsabile Sanità della Segreteria Lombarda di Rifondazione Comunista. Già insegnante di lettere e preside nella scuola pubblica.*

PSEUDO VERITÀ

Ivan Cavicchi*

Un “piano straordinario di finanziamento” per assicurare il futuro di un Servizio sanitario nazionale in crisi, ma del quale “non possiamo fare a meno”. Lo hanno chiesto solo un paio di settimane fa a gran voce 14 personaggi molto diversi tra di loro, ma definiti tutti genericamente, anche impropriamente, “scienziati” ottenendo l’attenzione di tutti i media. (Quotidiano sanità 3 aprile 2024).

L’effetto politico di questa richiesta, tutt’altro che ingiustificata, è stato l’ennesima antinomia tra governo e opposizione, nel senso che il primo si è affrettato a dire che mai prima d’ora la sanità ha avuto così tanti soldi (lo diceva anche Renzi quando praticava il definanziamento progressivo), mentre la seconda ha sostenuto il suo esatto contrario denunciando per l’ennesima volta i pericoli addirittura di una perdita del servizio pubblico. Sono ormai decenni che questa storia va avanti. Sulla sanità, cioè su un valore teoricamente universale, quindi un meta-valore sopra le parti, ancora oggi si consuma l’ennesima divisione politica cioè l’ennesima contrapposizione come se l’antinomia in sanità fosse irriducibile, inconciliabile e insanabile.

VERITÀ GAPPY

Entrambe le posizioni politiche hanno un fondo di verità, ma nel senso che entrambe, direbbe la logica moderna, sono verità *gappy* cioè verità “quasi vere”, ma anche “quasi false” o “sia vere che false”, quindi verità molto discutibili e problematiche che dipendono da tante cose. Pseudo verità quindi.

È vero che il governo con l’ultima finanziaria ha stanziato 3 mld per la sanità, ma è altrettanto vero che questi soldi sono andati per rinnovare i contratti; in nessun modo sono stati spesi per risolvere i problemi funzionali e organizzativi della sanità.

È vero anche che:

- i soldi stanziati dal governo sono ampiamente al di sotto del fabbisogno reale e del tutto insufficienti a risolvere i loro annosi problemi;
- oggettivamente, alla sanità servono anche con certa urgenza dei finanziamenti supplementari perché tutto sta andando alla mala;
- indubbiamente in Europa la sanità italiana è la meno finanziata;
- nella situazione economica di crisi si pongono enormi problemi di reperimento delle risorse ed è difficile rifinanziare *tout court* il sistema che c’è;
- non è consigliabile (lo dice l’Ocse) limitarsi ad aumentare o a diminuire semplicemente la dotazione finanziaria della sanità e quindi si dovrebbero fare delle riforme;
- si dovrebbero fare un mucchio di cose ma non si fanno.

POPULISMO E RIFORME

Alla luce di queste innegabili contraddizioni e complessità viene fuori tutta l’ambiguità politica della iniziativa pur lodevole dei cosiddetti 14 scienziati; anzi viene fuori tutto il suo carattere populista.

Chiedere *tout court* di rifinanziare la sanità è la cosa più semplice del mondo. Che ci vuole? Basta che il governo aumenti i finanziamenti e tutto è risolto. Ma è proprio questa banalizzazione e semplificazione è il problema. Parliamo di una complessità piuttosto notevole che non è così facilmente e populisticamente facilmente riducibile.

Oggi, se davvero vogliamo salvare la sanità pubblica, la strada del populismo è la meno indicata; quella più indicata è la strada della riforma, che però è la più difficile da percorrere.

Per fare delle riforme (a parte avere la volontà politica di farle, il che per tante cose non è scontato), oggi bisogna avere un pensiero che oggi oggettivamente manca sia a destra che a sinistra.

Oggi la sanità rischia, con il populismo, di affogare nella logica semplice del *problem solving*, quando quello che serve è una visione riformatrice nuova. Anche se definire una altra sanità, è più difficile di quello che si pensa.

Definisco “populista” una richiesta che esalta e accentua un problema innegabile, per esempio il finanziamento della sanità, ma senza definire mai le condizioni per la sua soluzione efficace e i cambiamenti necessari che la rendano possibile.

Per me l’appello dei cosiddetti scienziati è populista perché, senza nessuna idea di riforma, chiede di rifinanziare la sanità a sistema invariante: quindi con tutte le sue più laceranti contraddizioni, pur sapendo che nelle condizioni date è proprio l’invarianza delle contraddizioni a mettere a rischio la sopravvivenza del sistema pubblico.

L’appello dei c.d. 14 scienziati in realtà, a ben esaminare i sottoscrittori, è semplicemente un cartello tra interessi politici e personali diversi, ma con un denominatore comune: rifinanziare il sistema che c’è, tale e quale, incuranti del fatto che esso, per i tanti errori fatti in questi anni e per le tante scelte politiche sbagliate, nella situazione data è destinato, come sistema pubblico, comunque a capitolare; quindi ad essere compromesso.

È solo questione di tempo. L’appello dei c.d. scienziati, in pratica, altro non è che un patto di invarianza tra interessi senza alcuna contro-prospettiva.

QUALI GLI INTERESSI IN GIOCO?

In primo luogo, quelli legati alla svolta neoliberista, che con l’avvento dell’Ulivo, quindi a sinistra, è avvenuta negli anni Novanta, e che a scapito del diritto fondamentale alla salute (art 32) ha sfornato ben due controriforme a danno della 833 (la 502 e il 229), con lo scopo di mettere in piedi la famosa “seconda gamba”: riducendo significativamente il ruolo del pubblico, ma amplificando oltre misura il ruolo del

privato. L’appello chiede soldi non per il pubblico, ma per rifinanziare il privato attraverso il pubblico. Cioè per rifinanziare ciò che è stata definita la “grande marchetta” fatta fino a ora al mercato dalla sinistra neoliberale.

AZIENDALISMO A ALTRI INTERESSI

In secondo luogo, gli interessi legati all’aziendalismo, che altro non è se non una particolare forma di privatizzazione del pubblico il cui tratto politico più importante è quello di rendere, attraverso la gestione monocratica delle Asl, l’art 32 della Costituzione subordinabile al mercato. Le Aziende altro non rappresentano che la riduzione del diritto fondamentale alla salute a diritto potestativo cioè a un diritto relativo, secondario, prima di tutto nei confronti della gestione dei bilanci. Quindi, un diritto non più assoluto, cioè fondamentale, ma discrezionale. Aziendalismo, neoliberismo e privatizzazione sono le diverse facce della stessa politica contro l’art 32 e contro il servizio pubblico.

In terzo luogo, gli interessi corporativi di alcuni firmatari, in particolare di alcuni medici eccellenti, veri e propri “archiatri”, alcuni di essi convenzionati con il pubblico, altri alle dipendenze di strutture private e che nei confronti dei loro colleghi medici percepiscono retribuzioni inimmaginabili, anche 10 volte superiori alle medie contrattuali dei loro colleghi.

Oltre a questi interessi principali, infine, ci sono le “comparse”, cioè gli interessi singolari di alcuni personaggi che semplicemente, in tutta buona fede, si sono aggregati alla cordata semplicemente per mettersi in mostra e che con la loro presenza garantiscono alla “festa” un certo *glamour* intellettuale e scientifico.

ESCLUSIONE COMPETITIVA

Insomma, ci vuole un bel coraggio in una crisi economica tanto pesante a chiedere di rifinanziare la “seconda gamba”, l’aziendalizzazione, la “grande marchetta”. Cioè a rifinanziare, in questa crisi, il neoliberismo sanitario che, ricordo, a causa degli incentivi fiscali di cui gode a spese nostre, allo Stato costa comunque un occhio della testa.

Oggi in sanità, quindi, la vera partita che si sta giocando con il governo Meloni è quella che

da Darwin in poi è stata chiamata “esclusione competitiva” (Quotidiano sanità 20 aprile 2017) Quest’idea afferma che se una risorsa necessaria a sopravvivere è limitata, allora due specie di sanità, quella privata e quella pubblica, non possono che competere per accaparrarsela, e quindi è impossibile che esse non si facciano la guerra.

I c.d. scienziati firmatari dell’appello non affrontano in nessun modo la questione politica “dell’esclusione competitiva”. A tutti loro, compresi i neoliberalisti di sinistra, cioè i contro-riformatori che hanno voluto le aziende e la “seconda gamba” piace molto di più Spencer che Marx e Gramsci. Anche se a causa di Spencer, il rischio in sanità è perdere il pubblico, perché più svantaggiato, facendo vincere nel tempo il privato.

IL PUBBLICO È SVANTAGGIATO

Oggi, grazie alle detrazioni fiscali di cui gode la sanità privata, è come se il privato fosse più avvantaggiato nei confronti del pubblico. Il pubblico viene sempre più de-finanziato, e il privato viene sempre più incentivato.

Non è un caso se il governo Meloni, nell’ultima finanziaria, alla sanità pubblica ha dato pochi soldi, ma alle Regioni ha contestualmente accresciuto la possibilità di ricorrere alla sanità privata.

È ovvio che se il privato sarà favorito nei finanziamenti attraverso la detraibilità fiscale, esso sarà destinato proprio in ragione della “esclusione competitiva” a dominare sull’altro che, de-finanziato, si dovrà rassegnare a essere ridimensionato.

“L’esclusione competitiva” è il vero fatto politico di cui la sinistra si dovrebbe occupare.

MA COSA È CONVENIENTE?

Se è vero che le risorse sono limitate, e se è vero che la crisi economica le limita ancora di più, allora bisogna chiedersi con molta serietà se per lo Stato sia conveniente o meno liquidare la sanità pubblica per sostituirla nel tempo con una sanità privata che, a parte le ingiustizie e le diseguaglianze, fiscalmente comunque gli costa pur sempre un sacco di soldi.

La domanda politica è semplice: perché, soprat-

tutto in una crisi, anziché garantire alle persone una sanità pubblica uguale per tutti a costi ragionevoli, cioè offrire più pubblico, non meno, si deve garantire solo a certe persone dei privilegi giustificati dal reddito. per permettere loro di avere una sanità privata che costerà sempre troppo e non sarà mai adeguata come quella pubblica, e comunque finanziata almeno in parte dallo Stato?

La questione della crisi è paradossale: proprio perché c’è una crisi, si dovrebbe dare più sanità pubblica e meno sanità privata. Invece, nonostante la crisi, si fa esattamente il contrario facendo venir meno il valore della solidarietà.

AGEVOLAZIONI CONTRO SOLIDARIETÀ

Vorrei ricordare che le agevolazioni previste per chi vuole una assistenza privata sono tante, ma tra esse ve ne è una che permette al cittadino di sentirsi libero di “secedere” dal dovere alla solidarietà.

Chi, per avere una assistenza privata, versa dei contributi, oggi, ha la possibilità di beneficiare dell’esenzione del Tuir sul contributo versato al Fondo sanitario sia per sé che per i propri familiari. (L’art. 51, comma 2).

Per me, l’unica fiscalità che riconosco è quella senza la quale non è possibile finanziare i diritti della gente. A mio avviso, la fiscalità che uccide la solidarietà come quella che tiene in piedi con i suoi incentivi la “grande marchetta” è il trionfo dell’egoismo e del cinismo tollerato dallo Stato e del neoliberalismo.

Ma fino a ora nessuno, prima di tutto a sinistra, meno che mai i c.d. scienziati, ha chiesto di superare, anche al fine di risparmiare soldi pubblici, gli sgravi fiscali, anche se essi ammontano a parecchi miliardi, e con essi si potrebbe finanziare da subito la sanità pubblica.

Gli scienziati chiedono a gran voce più soldi per la sanità, ma anche per rifinanziare a favore del privato “l’esclusione competitiva”, quindi la “grande marchetta”, con la quale ridurre a funzione residuale la sanità pubblica.

IL CAMPO LARGO

I c.d. scienziati hanno detto che il servizio sanitario nazionale è in crisi, e in effetti lo è e anche parecchio. Quindi non è possibile dar loro torto.

La sanità va molto male, le ingiustizie aumentano e i diritti sono negati. Ma non solo: anche le malattie aumentano, pur avendo la possibilità di impedirle causando la crescita dei costi per la loro cura.

Ma questa crisi, di cui pur parlano i c.d. scienziati, non è stata da loro in nessun modo né connotata né denotata. La crisi, quindi, è a sua volta un concetto populista. Essa si risolve, secondo i nostri scienziati, semplicemente ribadendo il sistema in essere con tutte le sue contraddizioni. Ma le responsabilità di questa crisi, bisogna dire onestamente, non sono tutte del governo in carica che in realtà ha ereditato dai governi precedenti un sacco di guai. Oggi la vera responsabilità del governo in carica è la sua inadeguatezza politica, la sua incompetenza e il suo smaccato sostegno alle politiche neoliberaliste, messi in pista soprattutto dalla sinistra di governo al tempo dell'Ulivo.

Oggi a sinistra c'è una discussione politica sul "campo largo" visto come soluzione per sconfiggere la destra, e ci si dimentica che con l'Ulivo abbiamo già fatto una esperienza di "campo largo" e che il suo risultato finale in sanità è stato lo sdoganamento del neoliberalismo e la rinuncia ai diritti fondamentali, e che questo sdoganamento, nella crisi in cui ci troviamo, e soprattutto valutando gli orientamenti economici dell'Europa oggi, rischia di completare la catastrofe che è in corso. Quindi di fare la "festa" all'art 32.

SANITÀ PUBBLICA ADDIO

La crisi di cui parlano giustamente i c.d. scienziati purtroppo viene da lontano e nasce prima di tutto dalla sovrapposizione tra i grandi limiti della sinistra, alcuni anche inevitabili, e i suoi errori storici. Quest'ultimi, al contrario, tutti evitabili perché commessi tutti scientemente.

Limiti, errori e contesti difficili, sono un bel "mischiotto" e in sanità sono comunque tre cose diverse. I primi sono soprattutto aporie, cioè possibilità di riforma che risultano annullate in partenza dalle contraddizioni culturali del riformatore. In questo caso, della sinistra riformatrice. I secondi sono semplicemente scelte politiche sbagliate, illogiche, inopportune, tradimenti e quindi deviazioni dalla retta via. I terzi,

i contesti difficili, non sono responsabilità di nessuno: essi non si scelgono ma si governano. Per aver una idea chiara dei limiti e degli errori fatti a scapito della sanità pubblica e dell'art 32, rimando a *Sanità pubblica addio*¹, praticamente un inventario di tutto quanto in questi anni, a partire dalla riforma del 1978, ha messo in moto i processi negativi che oggi, dopo quasi 50 anni, ci hanno portato al punto in cui siamo arrivati.

ALCUNI ESEMPI DI LIMITI E DI ERRORI

Qui mi limito a ricordare sommariamente solo alcuni esempi di limiti:

- nel 1978, per sostituire il sistema mutualistico ormai crollato sotto i debiti, abbiamo copiato il modello inglese (*National Health Service*). Quindi abbiamo riformato il contenitore, ma a contenuti culturali e scientifici e organizzativi sostanzialmente invariati;
- Abbiamo fatto quella che ho definito una "mezza riforma", mentre i cambiamenti in corso necessitavano di riforme più profonde, riforme del lavoro, riforma sui sistemi formativi riforma delle organizzazioni e delle prassi, quindi riforme estese. Ma alla fine dei conti oggi, dopo circa 50 anni di riformismo, di riforme estese non abbiamo visto neanche l'ombra.
- Abbiamo separato, accettando una dicotomia assurda, sanità e medicina, mentre avremmo dovuto riformare entrambi e simultaneamente. Tutti i principali problemi che io chiamo di regressività nascono da ciò. Compreso il problema dei conflitti sociali, che oggi riempie i tribunali, con le liti giudiziarie; le stesse che contrappongono gli operatori ai cittadini.
- Oggi, a causa delle nostre regressività irrisolte, siamo stati costretti a fare una legge per difendere gli operatori dalle violenze dei cittadini. Oggi i medici presi di contropiede dall'ingresso dei diritti dei cittadini, ma incapaci di gestire delle relazioni con essi, chiedono la depenalizzazione degli atti medici.

Insomma le "mezz-riforme" non convengono mai. Esse, una volta iniziate, andrebbero completate e sviluppate. Questo è valido per la legge 180, per la legge sui consultori, per i dipar-

timenti di prevenzione, per i distretti eccetera eccetera.

CANTONATE

Gli errori rilevanti fatti in questi ultimi decenni sono una infinità:

- avremmo dovuto controbilanciare le cure con la prevenzione, ma di fatto abbiamo ridotto la prevenzione a qualcosa di puramente burocratico, cioè a mera vigilanza, rinunciando così a produrre salute come ricchezza. Non è un caso se in questi anni sono aumentate le malattie e gli incidenti sul lavoro;
- avremmo dovuto integrare la programmazione sanitaria con la programmazione economica, ma di fatto abbiamo delegificato la prima rompendo i rapporti con la seconda, con il risultato di avere l'economia contro la stessa che in ogni legge di bilancio ci considera un costo da ridurre al minimo;
- avremmo dovuto integrare l'ospedale con il territorio, ma nei fatti abbiamo creato una terribile dicotomia mettendo il territorio contro l'ospedale. L'ospedale avremmo dovuto riformarlo, ma in realtà non l'abbiamo mai riformato accettando una riforma ospedaliera obsoleta fatta 10 anni prima della 833(riforma Mariotti).In compenso, abbiamo tagliato le dotazioni ospedaliere finendo per restare senza letti e intasare ogni singolo pronto soccorso. Il tempo medio di attesa nei pronto soccorso;
- avremmo dovuto ripensare il lavoro degli operatori alla luce dei nuovi diritti dei cittadini, alla luce delle nuove complessità, ma il lavoro è rimasto prigioniero di un vecchio e superato statuto giuridico (il famoso Dpr 761 del 1979), e le professioni sono rimaste, pur nella società che cambia, come congelate nel passato.

CONTRO-RIFORME

A tutto questo si devono aggiungere le contro-riforme, cioè leggi che hanno cambiato in peggio la sanità cambiando il titolo V della costituzione, facendo fuori i Comuni, cioè i veri soggetti di salute delle comunità, sostituendo le

Usl con le Asl, accettando così la logica neoliberista dell'economicismo più ottuso .

E poi, sempre a proposito di neoliberalismo, la grande svolta degli anni 90,“meno stato e più mercato”, che dalla Bindi in poi (per me la prima vera neoliberista della sanità) ha messo sulla sanità pubblica la più grande ipoteca politica. E ancora il grande strappo all'ideale dell'universalismo, cioè l'ingresso dell'universalismo selettivo, “non si può dare tutto a tutti”, teorizzato in tutti i modi fino a prima delle ultime batoste elettorale subite dal PD, e poi ancora la mobilità sanitaria che compensa quello che non ha il Sud esportando malati al Nord o altrove. Ma lucrando vergognosamente sopra. Il valore del giro di affari è 5 mld. Oggi, per non riconoscere gli stessi diritti ai cittadini del Sud, al Sud con una partita di giro togliamo 5 mld per darli al Nord. E il Sud è senza servizi.

PNRR E REGIONALISMO DIFFERENZIATO

Oggi abbiamo un PNRR che non è riuscito, nonostante sia stato scritto da Articolo 1, quindi dalla sinistra del PD, al tempo contro Renzi, a fare un passo in avanti. Il PNRR in sanità è la brutta copia della controriforma Bindi del 1999. Esso non cambia nulla degli errori, tace sulle controriforme, ripropone le vecchie contrapposizioni territorio/ospedale e chiama “case di comunità” i vecchi poliambulatori specialistici dell'Inam mettendo in crisi le famose cure primarie e l'assistenza domiciliare. Il PNRR fatto da articolo 1 è semplicemente un bluff politico che, se smaschera le gravi responsabilità politiche e culturali della sinistra, ci fa anche perdere delle importanti opportunità. Oggi con la Lega, quindi con la proposta di legge Calderoli, in discussione in Parlamento, siamo arrivati al regionalismo differenziato che non è null'altro che la rinuncia ad avere un diritto sanitario universale e ad avere un servizio sanitario nazionale; quindi la rinuncia da parte dello Stato a garantire in tutto il paese in modo universale lo stesso diritto alla salute uguale per tutti; quindi una forma di secessione delle funzioni pubbliche. Ovvero la morte dell'art 32 e la cancellazione in toto della riforma del 1978

UN “PIANO STRAORDINARIO DI FINANZIAMENTO”

I nostri 14 scienziati populistici incuranti di tutto questo casino e di quello che sta accadendo in Europa (tornano fuori i patti di stabilità da rispettare e i forti limiti all’indebitamento) hanno chiesto, a sanità totalmente invariante, un piano straordinario di finanziamento. Che se è vera la situazione di sfascio appena descritta, è come curare un cancro metastatico devastante con le pezze calde.

In realtà, la loro proposta è un *repêchage* e una maldestra scopiazzatura dal momento che essa è stata una nostra proposta avanzata circa un anno fa (Qs 12 giugno 2023) ma attenzione abbinata:

- a una proposta di sciopero generale per la restituzione al diritto alla salute del suo originario carattere di diritto fondamentale;
- a una proposta di riforma della spesa storica, in particolare quella che riguarda i rapporti tra privato e pubblico;
- a una proposta di ridefinizione delle garanzie di sostenibilità del sistema;
- a una proposta di “quarta riforma” per spazzare via il neoliberalismo che, a partire dagli anni ’90, aveva tradito tutti gli ideali dell’art 32 .

Soldi sì, ma a condizioni di riforme precise. Cioè se l’invarianza è il danno, il danno non può essere rifinanziato. Il danno va rimosso.

La nostra proposta di “piano straordinario di finanziamento” aveva il significato di provvedere da subito ad assicurare alla sanità un rifinanziamento straordinario per consentirle di eliminare i tetti alle assunzioni e provvedere alle urgenze della spesa corrente. ma nello stesso tempo era il punto di partenza di una svolta riformatrice.

Cioè in questa proposta c’erano delle condizioni da rispettare. In quella dei c.d. scienziati populistici, non c’è nessuna condizione vincolante da rispettare .

CONDIZIONI PER RIFINANZIARE LA SANITÀ

Le condizioni da rispettare per ottenere il rifi-

nanziamento della sanità nella nostra proposta erano le seguenti:

- non può avvenire senza una valutazione del grado di sostenibilità del sistema;
- non può avvenire indipendentemente da una vera programmazione;
- non può avvenire *tout court* cioè senza contropartite;
- non può rifinanziare i costi cospicui dell’invarianza;
- non può rifinanziare le controriforme.

Il ragionamento politico era semplice: lo Stato non può rifinanziare la sanità senza che la sanità pubblica dia in cambio dei controvalori; cioè senza che vi sia la produzione di nuovi valori di salute e la restituzione all’art 32 del suo carattere di diritto fondamentale e, nello stesso tempo, senza che si siano ricostruite le garanzie di sostenibilità di tutto il sistema.

Cioè rifinanziare la sanità nell’invarianza, come propongono gli scienziati populistici, in realtà è come condannare la sanità nel tempo ad andare a sbattere contro un muro.

LA RIFORMA DELLA SPESA STORICA

Non è un caso che, nella nostra proposta, importante era la riforma della spesa storica attraverso la quale, proprio perché siamo in una crisi economica pesante, entro certi limiti era possibile rifinanziare da subito, quindi in modo straordinario, la sanità pubblica.

Sarebbe bastato, per esempio, riconvertire gli incentivi fiscali previsti per la “seconda gamba” della Bindi, o ridurre quelli cari al sindacato, e che riguardano il welfare aziendale, per cancellare i tetti alle assunzioni, per dare ossigeno agli ospedali e per eliminare al minimo le liste di attesa.

La riforma della spesa storica, chiarisco, non ha niente a che fare con l’esperienza fallimentare della *spending review*. Essa è in realtà un vero processo di riforma.

LA QUARTA RIFORMA

Dopo aver scritto *Sanità pubblica addio*, mi sono convinto, ancora di più, che se davvero vogliamo salvare la sanità pubblica oltre il piano straordinario di finanziamenti serve una

“quarta riforma”.

Ricordo che la proposta di Quarta riforma è stata pubblicata da “Quotidiano sanità” nel 2016 come e-book e in forma gratuita. Essa è ancora scaricabile da QS (<https://www.quotidianosanita.it/>). Oggi la sanità pubblica a condizioni non impedita sta morendo: è inutile negarlo, ed è vano sperare che domani con i patti di stabilità che ci impone l’Europa andrà meglio. Se non cambiano le cose domani andrà peggio.

Mettere in campo una “quarta riforma” significa evitare di finire al capolinea. Quindi si tratta di:

- correggere gli errori e le scelte sbagliate del passato, quindi mettere fuori gioco il neoliberalismo e l’aziendalismo;
- ridefinire le condizioni di sostenibilità, cioè emancipare questa idea importante dalle logiche compatibiliste delle aziende;
- la sostenibilità non è il rapporto tra Pil e spesa sanitaria, ma è l’equilibrio tra la produzione di salute come ricchezza e la cura da garantire a chi si ammala. La sostenibilità è una idea di equilibrio tra salute e cura, quindi tra economia e sanità;
- andare oltre la “mezza riforma” e completare le diverse riforme appena abbozzate;
- fare del lavoro professionale il primo capitale su cui investire;
- ripensare le organizzazioni dei servizi ferme a superate logiche tayloristiche anche al fine di ridurre i costi.

CHIUDERE UN CICLO E APRIRNE UN ALTRO

Insomma, la “quarta riforma” è la chiusura di un ciclo riformatore durato ormai quasi 50 anni che è andato male, e l’apertura di un ciclo riformatore nuovo, definito per rimettere in carreggiata il vecchio progetto che abbiamo inaugurato nel 1978 con la 833.

Oggi, lo ribadisco, serve urgentemente rifinanziare la sanità, ma senza una proposta riformatrice si rischia di rifinanziare l’invarianza, vale a dire di rifinanziare tutto quanto ci sta portando alla rovina.

Ritenere di poter salvare la sanità, quindi di poter risolvere le sue criticità lasciando intatte tutte le contraddizioni sul campo, è una pura follia e un gigantesco inganno politico.

Recentemente, in modo sintetico, ho riassunto

quello che potrebbe essere un accordo politico pensato per salvare la sanità pubblica, che qui non vale la pena di riprodurre ma al quale rimando (QS 12 giugno 2023).

CONCLUSIONE

Se con *Sanità pubblica addio* lo scorso anno ho descritto, di fatto, una catastrofe, con *Salviamo la sanità, una sfida per tutti*, di imminente pubblicazione, propongo una *exit strategy*, cioè mi pongo il problema di come evitare la catastrofe. Lo dico subito, senza nascondermi le difficoltà.

Due cose bisogna ricordare:

- quello che bolle in pentola in Europa, con i nuovi patti di stabilità da rispettare che finiranno per ridurre presumibilmente ancora di più i finanziamenti alla sanità;
- l’imbarazzante quanto ipocrita Def appena proposto dal governo, che rimanda le scelte finanziarie da fare a dopo le elezioni europee.

Questa catastrofe per me è la rinuncia all’art 32, e la privatizzazione crescente del servizio sanitario. Essa, per come si sono messe le cose, non è così semplice da evitare. Essa ormai è molto avanzata, e tante cose sono già compromesse, ma per una sinistra che si rispetti è suo dovere fare di tutto per cercare di evitarla.

Ricordando che, oltre alle idee per riformare la sanità, oltre che bandire qualsiasi forma di populismo, serve la lotta politica, e quindi un’estesa mobilitazione: cioè un grosso lavoro di sensibilizzazione e di informazione. Senza una forte mobilitazione su un progetto chiaro e inequivocabile di riforma, ho paura che la cosa possa finire male.

¹ I. Cavicchi, *Sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità*, Castelvecchi, 2023

* Ivan Cavicchi è filosofo della medicina, sociologo e antropologo, insegna presso la facoltà di Medicina dell’Università di Tor Vergata di Roma. Blogger del “Fatto Quotidiano” ed editorialista de “il manifesto” e di quotidianosanita.it, e autore di numerose pubblicazioni, tra cui “*Sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità*” (2023).

COSTRUIRE PARTECIPAZIONE E LOTTA IN TEMPI DI PRIVATIZZAZIONE DELLA SALUTE PUBBLICA

Silvana Cesani*

IL DIRITTO ALLA SALUTE È SOTTO ATTACCO

Dalla fine degli anni '70 siamo immersi in una crisi epocale che sta fortemente colpendo le condizioni di vita e di lavoro di fasce sempre più ampie di popolazione. Il progressivo calo dell'occupazione, le condizioni di precariato e la conseguente riduzione della massa salariale lorda, hanno contribuito a produrre una crisi fiscale dello Stato che ha messo fortemente in discussione il modello di "salario complessivo", nelle sue forme di "salario diretto, sociale, differito". Modello, non regalato ma frutto delle lotte degli anni '60 e '70, che ha garantito per molti anni un sistema di welfare state. Ed è quindi, in questo contesto di crisi e di destrutturazione del sistema sociale che si colloca il processo, concretamente evidente oggi, di progressiva negazione del diritto alla salute per molt*. Nell'accesso alle cure sono messi in discussione i principi cardine della legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale conquistato nel 1978: l'universalismo, l'equità, l'uguaglianza, comportando un aumento delle diseguaglianze tra ceti sociali in generale e molto evidenti nei contesti di vita locale, diseguaglianze destinate ad aumentare fortemente con il sistema dell'Autonomia Differenziata.

IL DIRITTO ALLA SALUTE È STATO UNA CONQUISTA DELLE LOTTE E DELLA PARTECIPAZIONE

La nascita del SSN fonda le sue radici:

- già nella Resistenza antifascista che ha iniziato ad interrogarsi sul dopo, sulla ricostruzione della società, sulla necessità di rivedere e rilanciare le istituzioni internazionali come l'OMS sulla base della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo
- nella nostra Costituzione repubblicana
- nel lavoro politico e teorico, di inchiesta degli anni '60 e '70, prodotto dai lavoratori e dalle lavoratrici, sul ciclo produttivo, sui fattori di rischio sul lavoro e nell'ambiente. Lavoro che produsse conoscenze ed esperienze sia dentro che fuori le fabbriche
- nelle lotte contigue che hanno portato alla conquista del sistema di welfare (la legge 833/78 istitutiva del SSN; la legge 180/78 (legge Basaglia); la 194/78, ecc.

Ma importante è stata anche la nascita nel 1976 del "Movimento di Lotta per la Salute – Medicina Democratica" con l'importante indicazione programmatica di Giulio Maccacaro di identificare la SALUTE con la PARTECIPAZIONE, trasferendo al territorio, all'organizzazione dei reparti ospedalieri, alla organizzazione del sistema territoriale (case della Salute) l'esperienza di inchiesta e di lotta delle fabbriche.

RIPARTIRE DALLE LOTTE E DALLA PARTECIPAZIONE PER RICONQUISTARE IL DIRITTO ALLA SALUTE

È chiaro che siamo in una fase storica profondamente differente da quella che ha portato alla istituzione del SSN. L'attacco ferocissimo alle condizioni di vita e di lavoro in atto da tempo e la contemporanea assenza, sia di uno svilup-

po di una coscienza di classe collettiva, che di un movimento generale di lotta, ci impongono di muoverci nella direzione dell'unica concreta azione possibile oggi: una azione difensiva. Nel Lodigiano abbiamo affrontato questo problema ponendoci, come sempre, le domande di fondo: "come attacca oggi la borghesia sul piano della tutela della salute?" e "come si difende la classe a fronte delle condizioni date?" L'analisi teorica sulla fase attuale ci ha immediatamente mostrato la ferocia e la determinatezza dell'attacco in atto al diritto alla salute, nelle sue forme strutturali e di ricaduta drammatica sulle persone. Ed è appunto in questo contesto che si colloca una prima azione di difesa possibile del diritto all'accesso alle visite, alla diagnosi, alle cure, nei tempi previsti e necessari, tempo di attesa che si configura come L.E.A costituzionalmente garantito. Un obiettivo ed una azione possibili a livello territoriale che hanno, però, il senso politico di unire la lotta individuale a quella collettiva attraverso un percorso che vede: una azione di difesa immediata del diritto della singola persona; lo sviluppo di una azione difensiva di gruppo attraverso una vertenza, un ricorso collettivo; l'estensione della lotta in altri territori (cosa, del resto che si sta verificando in molte parti d'Italia). Azioni di lotta difensiva, quindi, con la finalità di un mutamento della struttura organizzativa della ASST (in Lombardia corrisponde alle ASL delle altre regioni) in modo che sia garantito il diritto a tutt* a livello locale, ma anche una estensione della battaglia per il ripristino del diritto del rispetto dei tempi di attesa a livello generale.

RIDARE COMPETENZE E CAPACITÀ DI AZIONE AI COMUNI PER TUTELARE LA SALUTE PUBBLICA

La pandemia da Covid-19 ha mostrato con crudezza il fallimento della sanità lombarda. Una sanità che si basa su una organizzazione ospedalocentrica, accompagnata da un processo progressivo e selvaggio di privatizzazione che oggi si appropria di più del 40% del bilancio sanitario regionale. In questa fase è stato evidente che le riforme sanitarie iniziate con Formigoni,

proseguite con Maroni e perfezionate da Fontana, hanno fatto sparire i servizi territoriali di carattere epidemiologico, di prevenzione, cura e riabilitazione che sono alla base di una medicina territoriale che mette al centro l'obiettivo della salute prima di quello della sola cura della malattia. Così la pandemia da Covid-19 ha lasciato strascichi pesanti, oltre che sulle persone, anche sulle strutture sanitarie e sulle organizzazioni afferenti ai sistemi sanitari locali. Queste condizioni hanno reso drammatiche le situazioni singole di molt* cittadin* e hanno messo al centro della politica locale i bisogni di salute da tutelare. Nel mandato elettorale della Amministrazione comunale c'è l'assunzione di un preciso impegno politico sulla sanità in considerazione delle gravi necessità locali ed in relazione al fatto che la legislazione vigente indica il sindaco quale primo responsabile della tutela della salute pubblica. Per rendere operativo questo ruolo è stata attribuita ad una consigliera comunale una delega specifica "alla Sanità e alla Medicina Territoriale".

L'obiettivo di medio periodo è la definizione di un "Piano della Salute Locale", inteso come la conoscenza delle determinanti sanitarie e sociali, insieme agli interventi sanitari, sociali ed ambientali necessari per migliorare la salute della popolazione. Un piano che si configura come un lavoro in progress, partecipato, quale strumento di conoscenza della salute della città e allo stesso tempo, indicatore di azioni operative per tutelarla.

Questo primo lavoro, presentato pubblicamente alla città, mette in evidenza informazioni importanti riguardanti la riduzione dei ricoveri ospedalieri (-7,7% tra il 2019 e il 2022) e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (il 33,1% dei cittadin* si rivolge a strutture diverse dalla ASST di Lodi), dati che immediatamente ci mettono in connessione con una attività di rivendicazione puntuale. Il Piano evidenzia una presenza di malati cronici in città nella percentuale del 33% (arriva al 50% nella fascia 64-74 anni) e allo stesso tempo fornisce, attraverso un "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA" nazionale, la quantità della presa

in carico corretta ed accompagnata (es: per il diabete ci si ferma solo al 30% dei malati così anche per altre malattie). Anche in questo caso il NSG diventa uno strumento importante per chiedere, per le varie patologie croniche il rispetto dei LEA. Un ambito estremamente critico che è emerso in questo lavoro riguarda la patologia oncologica e la sua connessione con i problemi ambientali (aria, agricoltura e allevamenti intensivi) indicando piste di lavoro sul versante non solo della denuncia, ma soprattutto della prevenzione. Questo lavoro ha anche messo in evidenza come il “Registro Tumori Lodi-Pavia” sia colpevolmente fermo al 2017! Emerge che la prevenzione è un punto di forte debolezza a livello di azioni da parte di ATS Città Metropolitana. I numeri riferiscono di una scarsità di azioni di prevenzione sia primaria che secondaria. Anche per l’invecchiamento della popolazione, i dati contenuti nel PSL mostrano un divario enorme tra bisogni sanitario, socio-sanitario e sociale e loro copertura. Ci sono parti che riguardano le Case di Comunità e la drammaticità della situazione dei MMG attraverso un’analisi dell’età degli stessi e delle loro propensioni a lasciare il servizio

SERVONO LOTTA E PARTECIPAZIONE DAL BASSO

Questo PSL ci dice, quindi, che Lodi non sta

bene in salute. La sua potenza sta nel fatto che attraverso la raccolta strutturata e ragionata dei dati è possibile individuare i problemi e cercare di mettere in campo azioni a tutela della salute pubblica. Va bene che ci sia una azione istituzionale, ma sarebbe poca cosa se non fosse accompagnata da una partecipazione diretta dei cittadini*. Sulla base del “Regolamento sulla Partecipazione” da poco approvato, è stato istituito un “Organismo di Partecipazione - Promozione e Tutela della Salute” aperto ai cittadini*, alle associazioni, alle forze sociali e sindacali della città. In questo momento è in atto la chiamata pubblica e stanno pervenendo le prime iscrizioni. Prendendo in prestito il concetto di “coscientizzazione” di Paulo Freire si è voluto e si vuole continuare a mettere in atto un metodo di lavoro che vuole ridare capacità di intervento ai cittadini* attraverso la presa di coscienza significativa, attiva e consapevole delle proprie condizioni nel contesto della salute pubblica. Politicamente si vuole mettere in campo partecipazione, ma anche lotta per la difesa del diritto alla salute.

** Silvana Cesani è ex Assessora alle politiche Sociali Comune di Lodi. Attualmente Consigliera Comunale con delega alla Sanità e alla Medicina Territoriale. Componente del Comitato Politico Nazionale di Rifondazione Comunista.*

LA SALUTE DI CHI LAVORA PER LA SALUTE PUBBLICA

Franco Cilenti*

Il tema della sicurezza psicofisica degli operatori sanitari durante il loro lavoro di cura e assistenza va affrontato come una delle tante problematiche che affliggono il quotidiano lavorativo delle operatrici e degli operatori. Le coercitive condizioni dell'organizzazione del lavoro imposta da politiche di tagli al personale costringono a carichi di lavoro produttori di stress che da tempo è considerato dalla azienda causa la repressione della libertà di critica, e della stessa agibilità sindacale che riduce, e sempre più spesso impedisce, la possibilità di prevenire o di denunciare una condizione lavorativa pericolosa.

Molte sono le attività lavorative in campo sanitario che comportano dei rischi ma chi le svolge si trova nelle condizioni di non poterle rifiutare ma questo sta alla volontà e capacità di non esimersi dal lottare, anche sindacalmente, per non accettare l'imposizione di un rischio al solo fine di aumentare il profitto aziendale.

La sanità non ha, non può avere, neanche lontanamente il numero elevato di morti, (fatta eccezione per il periodo Covid) che ogni giorno funestano gli altri ambiti di lavoro in Italia, ma è sottoposto ad altri e più numerosi rischi, silenziosi e subdoli, quasi non riconosciuti e tanto meno sottoposti a prevenzione aziendale, sono le malattie professionali.

LE MALATTIE PROFESSIONALI PIÙ DIFFUSE

Il personale sanitario è esposto a diversi rischi durante lo svolgimento delle attività quotidiane, quali il sovraccarico biomeccanico, le posture

incongrue, i movimenti scoordinati e/o ripetuti. Posture di lavoro scorrette vengono spesso assunte nell'assistenza al letto.

Nella sanità i disturbi muscoloscheletrici degli arti superiori e del collo rappresentano il secondo tasso più elevato di incidenza tra le patologie correlate al lavoro, subito dopo il settore edile.

In molti casi di intervento professionale sul paziente, ma anche in ambito chirurgico o durante le attività di laboratorio sono noti i rischi legati all'utilizzo di sostanze chimiche (disinfettanti, gas anestetici, detergenti, ecc.). Così come l'impiego di alcuni strumenti di lavoro, quali aghi, siringhe, bisturi, comporta un rischio di puntura o taglio con possibile trasmissione ematica di agenti biologici quali il virus HIV e il virus dell'epatite B. Radiazioni ionizzanti e non ionizzanti rappresentano un altro potenziale rischio.

Nelle strutture sanitarie, oltre al personale sanitario (medici, infermieri, ecc.), sono esposti a rischi anche il personale di supporto, vedi OSS, e tecnico e i laboratoristi e gli anestesisti, i tirocinanti, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato, i lavoratori somministrati e gli studenti che seguono corsi di formazione sanitaria. Senza dimenticare le addette e gli addetti alle pulizie.

Il personale di tutte le professioni viene quasi invogliato a lavorare di malavoglia perché stremato, anche mobbizzato dalla disorganizzazione svalORIZZANDO la persona e la stessa professionalità. Per sostituire non solo i profondi buchi nell'organico, ma anche la stessa de-

pressione nel lavoro, non basta la presenza del personale delle cooperative, anch'essi sfruttati, quasi schiavizzati dal ricatto di essere perennemente precari.

È elementare far presente che il problema è conseguente alla progressiva aziendalizzazione del sistema sanitario, che in nome di una presunta efficienza e della razionalizzazione dei costi, mai avvenuti, si è operato per ridurre posti letto, personale depotenziando le strutture pubbliche.

LA PREVENZIONE PRIMARIA: RISCHIO PSICOSOCIALE, STRESS E BURNOUT

Il rischio psicosociale è un costrutto complesso che si compone di vari sotto elementi (stress cronico, sbilanciamento tra sforzo e ricompensa, precarietà lavorativa, orari eccessivi di lavoro, bullismo o discriminazioni) che nel lavoro canadese sono risultati diversamente incidenti sul carico di malattia evitabile nei vari paesi europei. I risultati sono pubblicati sulle principali riviste scientifiche internazionali di medicina preventiva e salute pubblica e sono di grande impatto. Il rischio psicosociale legato ad esposizione sul lavoro sarebbe responsabile di circa l'8% delle malattie coronariche che nel 2015 si sono manifestate in Europa e di circa il 28% di tutti i casi di malattia depressiva.

La mortalità che durante la pandemia ha colpito gli operatori della sanità è anche un indicatore dell'inadeguatezza dell'azione preventiva messa in campo dal sistema sanitario pubblico, nazionale e regionale. Il modello centrato sull'ospedale non è frutto di un errore di valutazione, ma discende direttamente dall'aziendalizzazione del SSN, dalla trasformazione della sanità in un campo di lucrosi investimenti di capitale, a danno di quelle funzioni essenziali di prevenzione che richiedono risorse senza fornire adeguati profitti.

Siamo contro la monetizzazione del rischio delle attività sanitarie perchè il "premio" serve solo a creare condizioni di rischio ancora più gravi. Per larga parte della prima fase dell'epidemia, che tanti hanno pagato in salute, e anche con la vita. Quindi sicurezza e prevenzione si determinano nel potenziamento della sanità pubblica

ospedaliera e territoriale, ma anche con la riduzione dell'orario di lavoro, in particolare per gli operatori anziani.

IL PROBLEMA PRIMARIO: L'ANZIANITÀ IN SANITÀ

Le richieste lavorative, in questa organizzazione del lavoro sottoposta a tagli d'organico, non si riducono con l'età, ma, ovviamente, si riduce la capacità lavorativa;

Riguardo alla capacità mentale nell'invecchiamento i cambiamenti fisiologici che generalmente avvengono nella percezione, nell'elaborazione delle informazioni e nel controllo motorio riducono la capacità di lavoro mentale:

- l'attività psicomotoria è più lenta e quella cognitiva è ridotta;
- i tempi di reazione sono più lenti;
- la capacità di lavoro fisico di un lavoratore di 65 anni è circa la metà di quella di uno di 25 anni;
- una riduzione marcata della capacità fisica comincia dopo i 50 anni, con una riduzione del 20% tra i 40 e i 60 anni;
- in generale, il declino delle capacità mentali e sociali pare più lento e più tardivo di quello delle capacità fisiche, anche se con l'età aumenta la prevalenza di disturbi mentali comuni, soprattutto ansia e depressione.

I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO DEI LAVORATORI DELLA SANITÀ

- fattori ergonomici: sollevamento e movimentazione di pazienti; posture scomode o dolorose;
- fattori psicosociali: ritmi di lavoro elevati o carico di lavoro eccessivo; richieste psicologiche di tipo emotivo; minacce e violenza fisica; lavoro a turni; conciliazione casa-lavoro;
- fattori biologici: rischio di esposizione a liquidi biologici;
- rischio infortunistico: cadute accidentali; lesioni da ago e taglienti.

L'invecchiamento dei lavoratori della sanità conseguente alla riforma delle pensioni ha dato

luogo nei prossimi 5-10 anni a una situazione in cui una rilevante quota di lavoratori (oltre il 15-20%) non riuscirà a svolgere i propri compiti o ci riuscirà incontrando forti difficoltà, peggiorando il proprio stato di salute e la qualità dell'assistenza, e rischiando il licenziamento per non-idoneità o assenze per malattia.

Per i lavoratori queste forme di organizzazione del lavoro si accompagnano a una "desincronizzazione" dei ritmi biologici, sociali e familiari, che, come indicano diversi studi, può portare a vari problemi di salute. E per questo motivo è importante conoscere i rischi e promuovere e incoraggiare l'introduzione di misure preventive.

Ci sono anche altri disturbi associati al lavoro notturno: un aumento dei disturbi psicologici, con un aumento del rischio di depressione e ansia.

Quindi, la prevenzione e la sicurezza sul lavoro si può affrontare solo con il potenziamento della sanità pubblica e con riduzione dell'orario di lavoro e con un forte aumento degli organici ospedalieri e territoriali.

IN CONCLUSIONE

Non credo che il tema della sicurezza sul lavoro delle operatrici e degli operatori possa essere affrontato partendo dalle aggressioni di utenti e familiari, con un bollettino di guerra che riporta

a ritmo serrato le aggressioni (spesso solo accesi scontri verbali) soprattutto per quanto concerne i Pronto Soccorso e i luoghi della salute mentale (ambito molto più problematico alla fonte) è un problema certamente serio ma male affrontato, anche con intenzioni di politiche repressive per nulla inerenti al tema.

Per tutto quanto detto, ritengo sciagurata la proposta di Saverio Proia di AGENAS di proporre al Governo e al Parlamento una legge che parifichi gli operatori sanitari ai pubblici ufficiali.

Questa è la peggiore proposta che si possa dare a un serio problema sociale, la denuncia, anche con l'arresto) del disagio dei malati e dei loro familiari. Come il manganello nelle piazze il Governo ha già predisposto che non è più necessaria la denuncia per le aggressioni subite dal personale sanitario e sociosanitario, perché sarà possibile procedere anche d'ufficio a prescindere dalla gravità della lesione.

** Franco Cilenti, già lavoratore della sanità nelle ASL di Torino e provincia, direttore del mensile "Lavoro e Salute", pubblicato da 40 anni, è militante del PRC, impegnato nel Gruppo operativo nazionale sanità PRC. Esperto di sicurezza sul lavoro, già RLS sanità. Impegnato in Medicina Democratica. Fa parte del Comitato nazionale contro ogni Autonomia Differenziata.*

DONNE, DIRITTI, LIBERTÀ, SALUTE E AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Maria Esposito*

La riforma per l'autonomia differenziata verrà ricordata come una imponente discriminazione indiretta di genere in un momento in cui a fatica si cominciava a contrastare le politiche del lavoro ed assistenziali neutre che non tengono in conto i bisogni sociali, culturali e di salute connessi alla differenza sessuale.

Le diseguaglianze già esistenti aumenteranno ed i diritti saranno esigibili solo in base alla residenza. Qualcuno ha parlato di sui domicili.

Perfettamente consapevoli che la discriminazione delle donne fosse in rapporto alla maternità ed ai lavori di riproduzione della vita materiale, le costituzionaliste votarono di inserire i principi per l'eguaglianza sostanziale, stabilendo per le donne il diritto al lavoro ed il diritto al reddito sotto forma di assistenza e servizi. Erano e sono diritti inviolabili.

L'alternativa sarebbe stata quella di remunerare il lavoro di cura con il rischio di renderlo istituzionale, determinando la segregazione sociale delle donne nei lavori di assistenza, al posto di uno stato sociale che si preoccupasse di sostenere i bambini nella crescita, sostenere i fragili, l'educazione, i bisogni assistenziali.

Oggi il lavoro che produce valori di uso, non retribuito, ha un valore monetario non mercantile pari a circa il 33% del Pil.

Oggi la riforma della AD riporta le donne a casa, senza accesso alla partecipazione per tutte, senza l'autonomia per tutte, non solo per le donne che possono contare su di un capitale sociale adeguato.

ALCUNI DATI

La spesa sanitaria per investimenti è di 27 euro pro capite in Calabria ed è di 47 € pro capite in

Emilia-Romagna; la spesa sanitaria corrente è di 17,48 € pro capite in Calabria e 24,95 € pro capite in Emilia-Romagna (fonte: Conti pubblici territoriali 2021).

Dall'Istituto Superiore di Sanità: in Emilia-Romagna l'87,4% delle donne comprese tra i 50 e i 60 anni partecipa allo screening mammografico a scopo preventivo; delle donne calabresi solo il 42,5% partecipa allo screening mammografico; delle donne calabresi che si ammalano di carcinoma al seno il 44% si è recata in un'altra regione per l'intervento chirurgico.

Dati Agenas 2022: negli ultimi 10 anni il tasso di mortalità per tumore al seno in Emilia-Romagna si è ridotto del 17%.

In Calabria è aumentato del 2% (fonte Istat 2022).

Parliamo continuamente, anche riponendovi eccessive aspettative, degli asili nido come presidio di conciliazione per il lavoro delle donne. In assenza di una legge che collochi la scuola dell'infanzia nell'istruzione, ogni regione si regolerà di conseguenza. Ricordiamo che già oggi la Val d'Aosta ha un 1 posto disponibile in asilo ogni due bambini mentre al sud ci sono 13 posti al nido ogni 100 bambini; questo in un contesto generale che vede il gender gap index europeo registrare uno slittamento per le donne dal 66mo posto al 70mo insieme alla Macedonia del nord. Il divario di genere in Italia si attesta intorno al 43% contro il 33% dell'Europa. Molti indici ci parlano già di povertà educativa per le donne del sud, di matrimoni precoci, di scarso accesso alle materie STEM. D'altra parte, già nel 2019 l'INPS registrava un 54% delle domande di reddito di cittadinanza proveniente da donne, con la Campania e Sicilia ai primi

due posti, raccogliendo il 32% delle domande. Inchiodati alla spesa storica, senza reddito, rischiamo di cancellare sul nascere i desideri e le possibilità per le donne. E ricordiamo che l'alta specializzazione è attratta da altre regioni o altri paesi.

La maternità stessa è un fattore di rischio per l'autonomia economica. L'inverno demografico prevede che in Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna la popolazione passerà dai 18.3 milioni del 2023 ai 16 milioni entro il 2042 e la perdita sarà concentrata in Campania con meno 583.000 nati in meno. La contrazione degli under 15 sarà pari a - 627.000 unità. Il calo demografico avrà conseguenze negative sulla ripartizione delle risorse corrispondenti tra regioni, in un contesto di generale invecchiamento e di aumento della domanda assistenziale. Dati Centro Studi Tagliacarne.

D'altra parte, il tasso di occupazione delle donne con i figli in età minore a sei anni è del 22% in meno rispetto alle donne che lavorano. Ancor oggi le dimissioni volontarie per maternità sono un forte elemento di squilibrio di genere. Mentre gli uomini passano ad altre aziende il 98% delle donne si dimettono per la difficoltà di conciliare lavoro e famiglia.

Che fine faranno i consultori al sud? La contrazione di salute delle donne produce la discriminazione incrociata con l'età, l'istruzione e la zona geografica. La riforma del 1975 n. 405 che istituiva i consultori sarebbe stato un modello di integrazione assistenziale non solo per le donne ma per la stessa riforma sanitaria del 78. Rinunciarvi ora rappresenterebbe una battuta di arresto in un momento in cui andava invece introdotta la medicina di genere.

È IN GIOCO LA LIBERTÀ FEMMINILE

Non abbiamo ancora una legge sulla violenza ostetrica e non vorrei che già ci avviassimo a

modelli regionali, come qualcuno propone anche per il fine vita.

La potestà legislativa esclusiva inciderà limitando le prospettive di sviluppo della condizione femminile.

In assenza non solo di servizi essenziali ma di cornici normative uniformi sui principi orientati alla promozione del miglioramento della condizione delle donne non potrà che peggiorare la vita nei contesti locali già penalizzati da storiche condizioni di arretramento rispetto al resto del paese.

Un'ultima cosa importante su cui riflettere è che ciò che le donne hanno conquistato è il prodotto dell'elaborazione del pensiero femminile dentro ma anche fuori l'accademia, dove c'era autodeterminazione e partecipazione. Ciò è stato possibile perché le donne sono anche saperi in movimento, in uno scambio costante oramai anche con l'Europa.

Le donne del sud non sono state a guardare. La parcellizzazione regionale, invece, con le differenti difficoltà sociali che presenterà alle donne, rischia di consegnarle ad un arretramento culturale e politico, in difesa di spazi vitali essenziali.

Dovremmo discutere di lavoro, della conciliazione possibile solo con una diversa organizzazione del lavoro, di maternità e di tante altre questioni importanti che riguardano la vita.

Dovremmo discutere di guerra, di salute, di nuovi approcci al tema della violenza invece di invocare vecchie soluzioni mai applicate.

Non sono temi locali e senza circolazione di saperi che non siano esclusivamente saperi di uso, saremo male rappresentate anche nella politica. È in gioco la libertà femminile.

** Maria Esposito è sociologa sanitaria.*

AUTONOMIA DIFFERENZIATA E SANITÀ – SOLO UN PROBLEMA DI SECESSIONE NORD-SUD?

Paolo Flamini*

Tra le tante riforme che hanno mutato l'impianto originario della legge 833 del '78, con cui veniva istituito il Servizio Sanitario Nazionale, il D.Lgs n°502/1992, che realizzava il superamento del ruolo dei Comuni nella gestione della Salute e la regionalizzazione della Sanità, ha fatto sì che nel nostro Paese, la parabola del SSN sia diventata il trailer del film horror cui dovremo assistere qualora il progetto del ddl Calderoli arriverà a compiersi. Anno dopo anno, governo dopo governo, quello che nella regionalizzazione della Sanità abbiamo riscontrato, non è stato l'avvento di un regionalismo solidarista, ma, invece, un regionalismo competitivo, nel senso più negativo del termine. Con il federalismo, altresì, non abbiamo assistito ad un decentramento dei poteri, condivisi, come ci si auspicava, con cittadini ed operatori, ma ad un semplice passaggio di poteri, dal governo centrale a quelli regionali.

Nei fatti, quindi, il federalismo sanitario ha prodotto un nuovo centralismo, questa volta di tipo regionale anziché statale, con la comparsa di meccanismi competitivi di mercato tra Regioni. Ha incrementato il fenomeno della migrazione sanitaria, con cittadini-pazienti che si spostavano e continuano tutt'ora a viaggiare lungo lo stivale, in cerca di cure adeguate per tempi e standard assistenziali. In origine dovuta alle carenze nell'offerta di servizi di molte aree, questa anomala migrazione, è diventata successivamente una delle modalità con cui attrarre pazienti di altre regioni, per poter conseguentemente aumentare gli introiti coi proventi derivati da una mobilità indegna di un Paese il

cui servizio sanitario era portato a modello di efficienza.

Rimane per alcune regioni, a parziale compensazione, esclusivamente il finanziamento a "quota capitaria pesata", sistema che svantaggia ulteriormente il meridione rispetto ai territori i cui residenti sono più anziani. Un finanziamento legato alla spesa storica, che finanzia solo la spesa corrente, (senza alcun tipo di programmazione), che non presenta quindi nessuna visione futura, né di tipo nazionale, né, tantomeno, regionale.

LA FOTOGRAFIA DI UN PAESE GIÀ DA TEMPO DIVISO IN DUE

Le statistiche ci forniscono un duro quadro della situazione. Gli ultimi dati dell'ISTAT mostrano come il tasso di mortalità infantile (entro il primo anno di vita) sia di 1,8 decessi/1000 nati vivi in Toscana, contro i 3,9 decessi/1000 nati vivi della Calabria (ovvero più del doppio), con un rischio aumentato anche rispetto alla mortalità materna, mentre, per quanto riguarda la medicina preventiva, l'Istituto Superiore di Sanità, riporta che nel biennio 2021-2022, la copertura degli screening di prevenzione oncologica per le donne è stata del 58% nel sud contro l'80% del nord. Nel complesso, l'ultimo report di GIMBE, riporta come tra il sud ed il nord ci sia un'aspettativa di vita alla nascita inferiore di 3,2 anni e, comunque, in tutte le regioni del sud la stessa risulti inferiore alla media nazionale. Un paese quindi già spaccato a metà, dove le difficoltà del mezzogiorno in ambito economico e sociale sono acute se ci rivolgiamo all'am-

bito sanitario. Da una parte regioni ancora in battaglia con i piani di rientro, dall'altra, realtà (come il Veneto) che hanno già iniziato il percorso, chiedendo una maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa di istituzione e gestione dei fondi sanitari integrativi, con l'avvio di un sistema assicurativo-mutualistico al di fuori di ogni normativa nazionale e completamente in contrasto con i principi che portarono all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. L'autonomia differenziata quindi svantaggerà definitivamente solo il sud? Sarebbe preferibile tornare ad un accentramento dei poteri in ambito statale?

Il tema non è la riproposizione di una centralità dello Stato che sia di ostacolo allo sviluppo di politiche e riforme sociali realmente democratiche, ma la ricerca di nuove forme di equilibrio tra Stato, Regioni, Aree metropolitane e Comuni, con un'ampia progettualità per garantirne l'attuazione. È necessario cioè un radicale impegno democratico ed istituzionale che non si ravvede in un disegno di legge incardinato in una legge di bilancio. Una legge che porterà esclusivamente ad amplificare le differenze, sociali, economiche, ma ancor di più e peggio, in ambito sanitario, di prevenzione, benessere e cura. Non ci sarà solamente un Paese tagliato in due, o, ancora peggio, spezzettato in venti diversi staterelli autonomi. Sarà un Paese che non riuscirà più a garantire la Salute delle fasce deboli e fragili della popolazione, in qualsiasi regione esse risiedano.

LEA E LEP IDENTICI PROBLEMI A QUALSIASI LATITUDINE

Com'è ormai tristemente noto, in materia di salute, i LEP (Livelli Essenziali di Prestazioni) saranno equiparati ed assimilabili ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Partiamo innanzitutto da una constatazione. Il nostro SSN, così come pensato nel 1978, si è discostato dal sistema mutualistico in quanto mirava a garantire il benessere e la salute dei cittadini in un'ottica di cura, non di prestazioni. Con l'accostamento semantico dei termini "assistenza" e "prestazione" è invece chiara la direzione intrapresa,

quella di tornare non tanto alla valutazione della cura appunto, ma esclusivamente della prestazione, sempre con un riferimento a livelli "essenziali", mai "adeguati".

Dall'analisi del testo del ddl Calderoli, inoltre, appaiono assolutamente limitate le verifiche previste sull'effettiva erogazione dei LEP. Preoccupa la possibilità (neppure troppo improbabile vista la difficoltà già manifestata dalla CTFS (Commissione Tecnica sui Fabbisogni Standard) che sia un Commissario a determinarli, predisponendone anche costi e fabbisogni standard. Lo scenario quindi è quello di una determinazione dei LEP tendente al "ribasso", vuoi perché ispirata al riordino dei LEP esistenti che tengono fuori della partita quelli di tipo "sociale", vuoi perché la determinazione avverrà a risorse invariate con una inevitabile fossilizzazione degli attuali livelli.

Constatato come, nel corso degli anni, il Fondo Sanitario Nazionale non sia mai stato ripartito tra le Regioni in base alla reale applicazione dei LEA (individuati già dal 2001 ma mai finanziati direttamente) ma esclusivamente rispetto alla popolazione residente, perché l'introduzione dei LEP dovrebbe invece funzionare visto che nel ddl è specificato che le singole intese Stato-Regioni non dovranno comportare costi per lo Stato e non vi dovranno essere finanziamenti per eventuali prestazioni si ritenessero necessarie al raggiungimento degli stessi. Infine, qualora vi sia un cospicuo trasferimento di funzioni riferibili ai LEP e sia contestualmente impossibile ridurre la spesa per i livelli di prestazione nelle altre Regioni che non abbiano siglato accordi, si verificherà la comparsa di oneri aggiuntivi a carico dello Stato da coprire con la finanza pubblica (ipotesi questa ventilata già da un dossier del servizio Bilancio del Senato).

Tutto questo colpirà, seppur in maniera diversa, tanto le regioni del nord, quanto quelle del sud. Come se non bastasse, la Ragioneria dello Stato, riguardo la recente proposta di slittamento dell'entrata in vigore delle nuove tariffe per i LEA da aprile 2024 a gennaio 2025, ha richiamato l'improprio utilizzo dei finanziamenti preordinati per l'erogazione dei nuovi LEA

del 2017 e richiede che non siano utilizzate le risorse previste per gli anni 2024 e 2025 (pari rispettivamente a 631 e 781 milioni di euro) per altre finalità che non siano, appunto, quelle fissate nelle norme. L'osservazione nasce dalla constatazione che molte regioni hanno utilizzato i finanziamenti originariamente destinati ad i nuovi LEA per colmare altri deficit della spesa sanitaria e, vista l'abrogazione del titolo 1 comma 13 del dl PNRR, che comporterà il taglio di circa 1,2 miliardi di euro alle Regioni, (soldi che sarebbero stati utilizzati per lo più per adeguare la sicurezza sismica delle strutture sanitarie), il problema del reperimento di risorse adeguate per gli interventi strutturali sarà diffuso in tutto il Paese.

Fumoso quindi anche il futuro delle strutture da ristrutturare, attualmente già nella disponibilità delle Regioni, che potrebbero usufruire dei finanziamenti previsti dal PNRR. In siffatto scenario, il destino delle cattedrali abbandonate nel deserto e gravate da questo enorme punto interrogativo, sembra essere indistinguibile, tanto al nord come al sud.

L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA PEGGIORERÀ LA SITUAZIONE DI TUTTA L'ITALIA

Come già fatto notare dall'Ufficio di bilancio durante le audizioni che hanno preceduto il primo passaggio del disegno di legge in Senato, l'introduzione di forme di Autonomia Differenziata potrebbe generare un deciso aumento della complessità delle relazioni tra livelli di governo, influenzando sulla programmazione di bi-

lancio sotto diversi aspetti. Le conseguenze inciderebbero inevitabilmente sul coordinamento che lo Stato dovrebbe garantire in situazioni eccezionali che, in futuro, potrebbero venirsi a creare (come per l'emergenza Covid-19). Un'emergenza, quella recentemente vissuta, che ha messo a nudo, in tutta la loro inadeguatezza, le carenze organizzative del modello regionale attuale.

Mostrando come anche le Regioni definite "virtuose", ma in cui la presenza del privato (ancorché accreditato) la fa da padrone, si siano trovate incapaci di gestire una sindemia la cui risposta doveva essere necessariamente di tipo nazionale. Queste criticità interesseranno l'intero sistema paese e la sostenibilità del suo servizio sanitario nazionale.

Da cittadino e da medico infine, mi preme ricordare come, prima di ogni ragione istituzionale, economica e giuridica, debbano essere le ragioni di tipo deontologico-professionali ed etiche a convincerci che per nessun motivo il Diritto alla Salute, sancito dalla nostra Costituzione, possa essere secondario e susseguente a quello di residenza e reddito. Le scelte politiche, frutto di uno abbaglio secessionista, vanno contrastate. Da nord a sud. Perché in futuro, altrimenti, qualora arrivassero a compimento, sarà l'Italia intera a pagarle.

** Paolo Flamini è medico-Chirurgo Ospedaliero del SSN. Iscritto all'Ordine dei Giornalisti della Provincia di Roma. Attivista del Forum per il Diritto alla Salute e Medicina Democratica.*

LA SALUTE AL CENTRO DEL CAMBIAMENTO SOCIALE

Chiara Giorgi*

LA TRAIETTORIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel contesto odierno sono molti i problemi che affliggono la sanità pubblica italiana. In specie, la riduzione della spesa sanitaria in termini reali, il disegno di legge sull'autonomia regionale differenziata, i processi di privatizzazione favoriti dal definanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) e dal dirottamento di risorse pubbliche verso la sanità privata.

I principi più avanzati che hanno informato la fisionomia del Servizio sanitario nazionale sono messi a dura prova. Nato dai conflitti degli anni Sessanta e Settanta, esso ha segnato il momento di maggior rinnovamento del welfare italiano, creando un servizio pubblico informato da universalità di copertura, equità di accesso e uguaglianza di trattamento, globalità dell'intervento sanitario, uniformità territoriale, centralità della prevenzione, organizzazione decentrata, partecipazione democratica, finanziato tramite la fiscalità generale progressiva.

I cambiamenti subentrati a partire dagli ultimi due decenni del secolo scorso in Italia e nel contesto internazionale, con la riorganizzazione del capitalismo in chiave neoliberale, hanno segnato una inversione di rotta rispetto alla parabola espansiva del welfare degli anni Sessanta e Settanta, e alle scelte alla base dell'affermazione dei principi costitutivi del SSN. A partire dagli anni Ottanta e Novanta del Novecento, attività come le cure sanitarie e l'assistenza ai più fragili hanno infatti cominciato a prendere la forma di merci comprate sul mercato da quanti avevano capacità di spesa, anziché di diritti garantiti dallo Stato sociale. Le politiche sanitarie hanno risentito degli orientamenti caratterizzati da una liberalizzazione dei mercati, dalla pri-

vatizzazione di servizi pubblici e di welfare, da una forte espansione della finanza. Il ridimensionamento dei servizi sanitari pubblici ha aperto la strada in molti paesi alla privatizzazione di attività per la salute; si sono affermati processi di valorizzazione del capitale nell'ambito della salute e della sanità; si sono introdotti modelli aziendali e un approccio selettivo alla salute; si sono imposti come nuovi protagonisti le grandi imprese farmaceutiche multinazionali – *Big Pharma* – e le società finanziarie legate alle assicurazioni.

Le successive politiche adottate negli anni Duemila hanno consolidato il potenziamento del privato in sanità, con l'estensione delle logiche di profitto e aziendali anche nelle strutture pubbliche, e l'aggravamento delle disuguaglianze di salute e delle disparità territoriali. In particolare, le politiche di austerità introdotte a partire dalla crisi economica del 2008, hanno contribuito a concentrare l'attenzione sui tagli all'intervento pubblico e sulle più volte evocate revisioni della spesa, in una realtà in cui sarebbe invece necessario potenziare gli ambiti fondamentali del welfare, soprattutto scuola e sanità.

PRIMA E DOPO LA PANDEMIA DA COVID-19

La pandemia da Covid-19 ha portato alla luce e accentuato i profondi limiti strutturali della situazione precedente, mostrando gli effetti del ridimensionamento dell'intervento pubblico, destinato alla garanzia dei diritti sociali, e della privatizzazione dei servizi di welfare.

Con la pandemia si sono rese ancora più evidenti – e sono aumentate – le disparità nella disponibilità dei servizi pubblici (soprattutto tra Nord e Sud del paese), la frammentazione a

scala regionale, il forte indebolimento della medicina territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria. Sempre più palesi sono diventati i problemi legati alla carenza del personale sanitario (in specie infermieri), alla sua mancata tutela e al suo riconoscimento, alla scarsa attenzione nei confronti della prevenzione, all'inadeguato impegno pubblico nella ricerca, al divario nella qualità e quantità dei servizi forniti dalle Regioni, alle difficoltà di accesso economico e fisico alle cure, al mancato rafforzamento dei servizi territoriali.

In questo scenario, proprio la pandemia sembrava aver riportato al centro dell'attenzione pubblica il diritto alla salute, fisica e psichica, individuale e collettiva e con esso la necessità di un rinnovamento del welfare socio-sanitario. Essa poteva essere l'occasione per rafforzare l'assetto sanitario del paese a partire dalle cure primarie. Tuttavia le tendenze in corso mostrano tutt'altra direzione.

Diminuiscono le risorse per la sanità pubblica, aumentano quelle per il privato convenzionato, si registra un incremento della spesa sanitaria sostenuta direttamente dai cittadini per l'acquisto di servizi sanitari privati (*out of pocket*), con percentuali più alte che in altri paesi, cresce il ruolo delle società di assicurazione che forniscono servizi in campo sanitario, favorite dagli incentivi offerti al welfare aziendale con la defiscalizzazione dei contributi pagati dalle imprese. Si tratta di un settore in rapida trasformazione, con l'affermarsi di multinazionali in campo diagnostico, assicurativo e farmaceutico. Nonostante la grave carenza di medici (la cui età media è tra le più alte nel confronto con altri paesi) e infermieri, vengono mantenuti i tetti di spesa per il personale sanitario che vive condizioni di lavoro sempre più difficili, con una crescente "fuga", soprattutto dai settori più usuranti, verso strutture private o verso altri paesi. Il risultato è una riduzione dell'offerta di servizi, lunghissime liste d'attesa, ricorso alle prestazioni dei medici che lavorano "intramoenia" nelle strutture pubbliche, crescenti divari tra le Regioni nella qualità e quantità dei servizi forniti, espansione della sanità privata.

Il processo di privatizzazione marcia sempre più velocemente, con l'affidamento di servizi a privati accreditati e il ricorso alle esternalizzazioni. In questa traiettoria ha pesato la strategia di privatizzazione della sanità lombarda, fiore all'occhiello delle politiche neoliberali, e incombe ora il disegno di legge sull'autonomia regionale differenziata che, qualora passasse, porrebbe fine al modello di sanità pubblica universalista, con una esplosione delle disuguaglianze nella salute.

L'indebolimento del diritto universale alla salute, la frammentazione dei servizi, i problemi di accesso alle cure, la privatizzazione dei servizi sanitari e la finanziarizzazione delle attività legate alla salute sono tra i fattori che concorrono alle maggiori disparità negli esiti di salute.

Questa situazione è stata alimentata dalla crescita nel corso degli anni di più narrazioni, volte a costruire un'egemonia attorno all'insostenibilità delle politiche pubbliche e sociali, a giustificare l'entrata delle logiche di mercato nelle attività legate alla riproduzione sociale. Si tratta delle tesi per cui non possiamo permetterci la sanità pubblica, "è insostenibile sul piano finanziario", "è inefficiente e fonte di sprechi". Ma anche di proposte che ruotano attorno alla fuoriuscita dal Servizio sanitario nazionale dei cittadini ad alto reddito. In questo modo i più ricchi smetterebbero di contribuire al finanziamento dei servizi pubblici, con una sanità pubblica "per i poveri" destinata a degradarsi e isole di eccellenza privata riservate a chi può pagarsi le cure. Ciò comporterebbe un completo stravolgimento dei principi costituzionali e dell'impianto del servizio sanitario pubblico.

LA POSTA IN GIOCO

La salute non è un ambito di settore, da lasciare agli "esperti", ma è un tema politico fondamentale che coinvolge il modello di società, la relazione tra diritti, doveri e bisogni, la qualità della vita.

Le sfide odierne riguardano infatti tanto il potenziamento e la riqualificazione della sanità pubblica, in una visione sistemica del modello di salute e di cura, quanto il rilancio dell'uni-

versalismo.

Rendere esigibile il diritto alla salute, come diritto sociale e di libertà, diritto umano fondamentale, significa garantirne l'universalità e l'effettività, rilanciando lo strumento idoneo alla realizzazione di questi obiettivi: il Servizio sanitario nazionale. Al tempo stesso ciò implica pluralizzare l'universalismo, affinché esso non sia mai escludente, sia espressione delle istanze di uguaglianza e libertà portate avanti dai soggetti della storia, sia fondamento di un welfare democratico volto all'uguale soddisfacimento dei bisogni fondamentali, redistributivo e solidaristico.

La salute, ambito costitutivo della vita umana, rappresenta il banco di prova principale per rafforzare e risignificare l'universalismo. L'articolo 3 della Costituzione italiana, dedicato al principio dell'uguaglianza formale e sostanziale, offre un'indicazione di grande rilievo in questa direzione, a partire dalla sua costitutiva doppia dimensione che implica tanto la rimozione delle disuguaglianze, quanto il riconoscimento e l'affermazione del diritto alla differenza nell'uguaglianza.

Uguaglianza e universalismo condividono gli stessi presupposti: la creazione delle condizioni per un effettivo esercizio dei diritti di libertà di tutti e tutte (nella più ampia e plurale declinazione), il rispetto e la valorizzazione di ogni singolarità; la realizzazione personale e quella comune, in comune; il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi di libertà, solidarietà e

dignità della persona. Il che significa anche fornire più risorse a chi è maggiormente bisognoso, in applicazione al principio di uguaglianza o, per dirla con Marx, secondo la celebre massima «ognuno secondo le sue capacità, a ognuno secondo i suoi bisogni».

In questo orizzonte, si colloca l'attualità di un servizio sanitario pubblico, universale, egualitario ed efficace, frutto dell'impegno politico volto a tutelare e promuovere la salute, «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (articolo 32). Un impegno diretto a formulare un progetto politico che rimetta la salute – e in generale i servizi collettivi di welfare – al centro del cambiamento sociale. La posta in gioco è infatti tanto il futuro del SSN, quanto, più in generale, quello del welfare. Un welfare universale e democratico, finalizzato al benessere delle persone, ai loro diritti e bisogni in termini di salute, previdenza, assistenza, istruzione, abitazione, tutela del reddito.

** Chiara Giorgi è professoressa associata di Storia Contemporanea presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Filosofia. Tra le sue recenti pubblicazioni "Storia dello Stato sociale in Italia" (Il Mulino, 2021, con I. Pavan); ha curato, "Welfare. Attualità e prospettive", Carocci, Roma, 2022. Il suo prossimo libro (Laterza, ottobre 2024) è "Salute per tutti. Storia della sanità in Italia dal dopoguerra a oggi".*

GIOVENTÙ: FRA MITI ESPIATORI E DISAGIO

Gianmarco Mereu*

LA LETTERA SCARLATA DELLA GIOVENTÙ

Sin quando Elsa Fornero criticò l'inedia lavorativa dei *NEET* (acronimo inglese che sta per non-engaged in education, employment nor training, cioè non occupato in studi, lavoro o formazione) generalizzandola a tutta la generazione di "choosy", s'è marchiata la gioventù del vermiglio infame, perché fiacca, disinteressata, depoliticizzata, stralunata, promiscua e spendacciona. Ahi, quanti papelli gettati come strali hanno imbellettato i nuovi Savonarola della carta stampata, erti a giudici del buon costume! Ahi, la catoniana sentenza quanto spesso a roto-calco ha schioccato il plauso generale di questa società geriatrica che nel giovane vede soltanto il mezzo per la futura preservazione patria. Da ciò, al dipinto fosco del giovane sfaticato, melanconico ed annoiato è passo breve, e ed ecco che un nuovo capro espiatorio per i mali condivisi vien immolato con frettolosa liturgia all'altare del dibattito pubblico. In questo cannibalismo paterno – con un po' di psicologia ruspante ma verace – si sottolinea non tanto un'immoralità e flemma giovanile, che, al netto delle statistiche è povera, sovraccaricata di lavoro, derubata di prospettive, altamente depressa e spesso troppo isolata per darsi all'edonismo, ma una proiezione delle colpe collettive della generazione al comando, che non di rado ha esercitato i suoi privilegi negandoli ai posteri. È così che in questo paese così vecchio di pensiero, più degli anziani che lo abitano, par quasi che a parlare di giovani e del loro disagio, soprattutto se intersecato con la repressione delle identità e con l'oppressione di classe, si dica bestemmia. Perché, in effetti, è più facile deprecare le scomode istanze di cui la primavera del mondo si fa portatrice, tanto più

la condizione di cui sono testimoni, che di fatto dimostra la fallibilità certa del vigente regime. Chiediamoci, giusto per cominciare, come sia possibile che i figli di questo tempo siano così disillusi o perché sempre più consenso accresce fra di loro contro un mercato lavorativo umiliante e sfruttatore. Perché, poi, sono così immobili nel loro disagio, che sanno denunciare, cercano di comunicare, ma che viene totalmente derubricato a capriccio. Dall'immaginario collettivo del ragazzo-alieno vestito di americanate costose, che celebra l'idolo momentaneo dedito all'ostentazione del consumismo e della violenza o che è incapace di tradurre ed articolare con coerenza un pensiero che vada oltre i caratteri massimi per una *caption* di Instagram oppure che spende in viaggi intercontinentali per quegli sciatti quindici minuti di fama (o invidia) ed il resto in sciocchezze, cosa affiora davvero è l'abissale divergenza di ciò che si vorrebbe affibbiare con la deprimente realtà. Prematuramente, questa generazione impara divieti e precettazioni sul suo futuro, su ciò che può di fatto cambiare del proprio stato ed è ben poco. Non può avere un pensionamento proporzionale in retribuzione e tempi dei propri genitori, non ha nessuna concreta tutela lavorativa né retribuzione soddisfacente (già nel 2021 un sesto degli under 18 era in povertà assoluta secondo l'ISTAT), non può sostenere finanziamenti e spesso dipende dal tetto familiare per sostenere le spese vive, visto che sempre secondo il già menzionato istituto il 40% non raggiunge un salario superiore alle mille euro. In sostanza, la gioventù non è derubata del proprio futuro, ma direttamente del presente di cui sostentarsi e perciò rifiuta il lavoro, si rifugia in surrogati di "scelta", nel *lathe biosas* dei piccoli piaceri e purtroppo nella disfunzione psicologica.

CONTRADDIZIONI RAPPRESENTATIVE

È qui la contraddizione folle di questa rappresentazione mistificante e mostruosa: mentre li si dipinge piacioni e *nonchalant* nella movida e nell'agio vacanziero, vivono d'autolesione, depressione, ansia, alcolismo, poliassunzione (anche di psicofarmaci), solitudine ontologica e non più soltanto psichica e (*horror in fundo*) suicidandosi prima ancora di poter fallire alcuna carriera, ovvero suicidandosi prima di non dar l'esame di laurea. La tragedia giovanile si svolge sul palco del pubblico dibattito mentre a libagione son serviti. Il coro benpensante strepita come sadducei nel sinedrio, vedendo in un corpo misero e inerme il male che più lo rappresenta. I dati ascrivono alla condizione giovanile un contesto ben meno godereccio, indicano, infatti, che è da lungo tempo che sta avvenendo qualcosa di preoccupante tra le fila dell'umanità e, com'è ovvio che sia, sono gli ultimi arrivati, i figli di questa era, a percepire tale processo in corso come normalità, non avendo altro termine di paragone.

Già un anno dopo la pandemia, alcune sigle confederali della CGIL, con a capo le realtà studentesche di UdU e RSM, promossero una rilevazione statistica sulla salute psichica. Il risultato della somministrazione del questionario "*Chiedimi come sto*"¹ fu che su trentamila intervistati fra studenti medi ed universitari, il novanta per cento denunciava un forte disagio psichico, con più di due terzi in disregolazione alimentare od autolesione ed un quinto di abuso d'alcol o assunzione di stupefacenti. Appunto durante l'era Covid, l'emersione dello stato di malessere diffuso ha prodotto alcuni dibattiti sulla salute mentale dei giovani, purtroppo contornati dalla descrizione d'eccezionalità emergenziale, ma che ha successivamente portato (almeno) ad un tiepido risultato. Giustappunto, "*Headway - Mental Health Index 2.0*"² denota su scala europea che più di metà della popolazione adolescenziale nei tre anni post-Covid ha sviluppato ansia e depressione, che un quinto della forza-lavoro è affetta da problematiche psichiche e che in tutta l'UE circa 250mila persone sono morte di correlazioni o direttamente

di disturbi mentali e/o comportamentali, di cui 50mila, ossia un quinto, suicidandosi, aggiungiamo dalle rilevazioni dell'ISTAT che di queste 4mila ogni anno sono quelle giovanili³.

STIAMO VIVENDO UNA PSICO-PANDEMIA?

Questi dati non sono il segnale dell'emersione di un nuovo problema, ma la conferma di una precisa tendenza in crescita e, forse, d'un cambiamento sociale e di senso che, volendo essere magnanimi, a fatica la scienza ed i media riescono ad intuire o che, maliziosamente, si vuole convenientemente tralasciare. Più studi, sia a campione che estesi, che già rilevano un profondo divario della ricerca nell'attenzione privilegiata verso la popolazione adulta rispetto alla controparte giovanile, indicano che le diffuse sintomatologie e diagnosi, in gran numero depressivo-ansiose, sono duplicate dopo l'avvento della pandemia, impennando una tendenza storica che già evolveva in tal direzione⁴ e che esse necessitano un maggior interesse di fondi proprio per l'assenza di analisi dettagliate e per l'ostilità di trattamento. Vieppiù, mentre alcune ricerche hanno dimostrato che nel corso d'un trentennio c'è stato un aumento mondiale del trenta per cento delle diagnosi giovanili di disturbi mentali⁵, l'Italia ha incamerato nel bacino giovanile sempre più persone a rischio d'insorgenza di psicopatologie, sformendosi d'un servizio diagnostico o di cura che potesse almeno mitigarne il crescendo e tralasciando qualsiasi metodo per un'analisi più focalizzata sul disagio giovanile⁶. L'aggravante del disinteresse nella corretta catalogazione e metanalisi demografica ha spostato, di seguito, l'attenzione verso il mondo adulto e del lavoro. Di conseguenza, gli strumenti di rilevamento, prima ancora che di diagnosi, dell'insorgenza di psicopatologie sono stati costretti nei criteri economicistico-produttivisti del Capitalismo, spesso, poi, focalizzati sugli adulti in età lavorativa. Per l'appunto, una conseguenza invalidante di questa dinamica è deducibile dalle statistiche nazionali sulla salute mentale, come il report ISTAT "*La Salute Mentale nelle varie fasi della vita*"⁷, ove le condizioni di disagio e le diagno-

si emerse sono sempre comparate al rapporto economico in termini di spesa sanitaria e di produttività lavorativa, sia intesa come assenza dal luogo di lavoro sia come resa della propria produzione.

Le persone neurodiverse ed i pazienti giovani od appena che maggiorenni che spesso risentono di più di quei fattori scatenanti delle malattie mentali sono in toto od in parte disaccoppiati dal sistema di lavoro dipendente, cioè precari, sotto o non occupati, lavoratori in nero o studenti ed inserire una correlazione tra lavoro e vita soddisfacente o sana, significa oscurare i dati sulla realtà giovanile, che, sprovvista delle tutele e certezze delle precedenti generazioni, ha un rapporto contraddittorio e conflittuale col mondo del lavoro. Questo perché gli standard produttivistici che tendenzialmente stanno crescendo sempre più (sottraendo, poi, spazio alla socializzazione ed al tempo libero, quanto anche all'autocoscienza) non sono facilmente quantificabili se il lavoratore oggetto di studio è nella condizione potenziale di lavorare ovunque, in ogni momento e situazione, quanto anche impossibilitato alla sopportazione dei contesti lavorativi, per costui tossici.

DAL SURROGATO DI CURA A CURE VERE

Qui, il fenomeno dello spostamento verso il farmaco-centrismo che accennavamo all'inizio denota gli aspetti più problematici: i trattamenti sono sempre più *fisiatrici*, quindi anonimi, non dialettici ed ove lo fossero, sono radi a causa della lacunosità del servizio psicoterapico che è conclamata dalle ricerche sull'efficacia e dalla povertà di fondi. Ergo, in mancanza d'altro, ci si sposta sul trattamento per medicinale. Per l'appunto, da un lato, in assenza di strutture mediche, di per sé oberate da gravi casi psicotici ed in sottonumero professionale, esse vengono sostituite manchevolmente dalla medicina generale, capace soltanto di prescrivere farmaci e non di sostenere una psicoterapia soddisfacente. In questo senso, l'abbattimento della spesa per il sistema sanitario nazionale sta mietendo ancora più vittime, proprio perché l'irreperibilità della prestazione crea un vuoto clinico

nel controllo dell'efficacia dell'assunzione del farmaco, che in alcuni casi, tra l'altro, emerge in modi allarmanti. D'altra parte, secondo lo studio "ESPAD" dell'IFC-CNR⁸, nell'uso ricreativo degli psicofarmaci (in un contesto, a volte, persino poliassuntorio) con l'emersione di un quindici per cento di giovani under 19 a conoscenza di modalità di reperimento senza prescrizione a fini stupefacenti, dall'altra l'assunzione a scopo di *biohacking* produttivistico, cioè con la funzione di aumentare la propria produttività lavorativa tramite questi.

I medicinali, in verità, sono un essenziale supporto alla crescita personale e terapeutica del paziente, ma sempre più spesso si stanno tramutando nell'unica chance per sentirsi meglio che si dà loro. In tal senso, l'ostacolo ulteriore contro cui inciampiamo è la modalità di somministrazione dell'intervento in una concezione farmaco-centrica del trattamento del disagio psichico, il quale lascia spazio all'emersione di successivi fenomeni deteriori. La limitazione imposta da questo cortocircuito farmaceutico fa sì che si manifestino ancor di più quelle aggravanti del disagio in forme sempre più nevrotiche, incoscienti e deleterie. Pensiamo soltanto al peso della teoria del *Chemical Imbalance*, oggi non più così centrale nel pensiero medico sulla depressione; prima delle recenti ricerche, il punto focale del trattamento era consigliato da tale teoria nella restituzione di un equilibrio chimico della serotonina e quindi la farmacopea fu impiegata per restaurarlo, poi nei primi anni duemila sono state impiegate nel mercato le benzodiazepine e derivati. Questi medicinali, di per sé con alta capacità d'assuefazione, sono stati prescritti con prodigalità, creando in seguito un'ampia platea di persone dipendenti che a tutt'oggi continuano a recepire tal terapia ed all'apertura di servizi appositi del SERT. Nel mentre si è scoperta l'inefficienza teorica e farmacologica che aveva condotto alle SSRI (cioè a quella classe di farmaci che modula la ricaptazione serotoninica) e venne dimostrato che tali farmaci sono adatti a persone in uno stato depressivo grave e, quando prescritte a pazienti in condizioni di minore entità, annullano total-

mente lo spettro dell'umore, chetandoli in una sorta di sonno dell'emozione.

Ovviamente la psichiatria e la psicologia non possono essere ridotte ad un così scarno biologismo farmaco-centrista ed è per questo che si sollevano sia i lavoratori, oberati e stanchi, sia i giovani per una medicina diversa.

Il fatto incontrovertibile è che un tabù è stato abbattuto: l'analisi o la psicoterapia non sono più un marchio infame. Questa generazione, poi, dimostra ampia permeabilità al vocabolario psicologico, sostiene in larga parte quelle lotte per lo psicologo di base, discute in termini psicologici delle proprie relazioni ed ha cominciato a rivendicare le proprie condizioni, manifestando pubblicamente la serenità del curarsi. Forse è il momento di riconoscergli i loro silenti meriti ed unirsi in questa lotta.

¹ <https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/2022/11/chiedimicomesto-1.pdf>

² <https://www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2023/07/12/presentati-i-risultati-del-rapporto-hea->

[dway-sulla-salute-mentale/](https://www.ambrosetti.eu/healthcare/salute-mentale/), <https://www.ambrosetti.eu/healthcare/salute-mentale/>

³ http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_SUICIDI

⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2782796>

⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(22\)00073-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00073-6/fulltext)

⁶ <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/peggiora-la-salute-mentale-di-bambini-e-adolescenti#:~:text=Sono%20oltre%20%20milioni%20i,esordiscono%20sotto%20i%2014%20anni>

⁷ https://www.istat.it/it/files//2018/07/Report_Salute_mentale.pdf

⁸ <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/psicofarmaci-senza-ricetta-utilizzo-diffuso-tra-i-giovanissimi>

** Gianmarco Mereu fa parte del Coordinamento Nazionale dei Giovani Comunisti e del Gruppo di Lavoro sulla Salute Mentale.*

COME PEGGIORA IL LAVORO IN SANITÀ CON L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Elisabetta Papini*

Chi lavora in sanità vive tutti i giorni i danni dell'attacco al diritto alla salute e dell'AD. Questi non nascono oggi, ma appena 14 anni dopo la L. 833/78 con il D.Lgs. 502/92 (la prima contro-riforma), affidata all'allora Ministro della Sanità – del Partito Liberale, l'unico partito insieme all'MSI di Almirante a votare contro la L. 833/78 – Francesco De Lorenzo (poi indagato e condannato per Tangentopoli), poi con il D.Lgs. 229/99 (Bindi). Comincia così l'era dell'aziendalizzazione e della regionalizzazione in sanità, che si accentua con la modifica del Titolo V della Costituzione ed oggi con l'AD. Si espropria ai Comuni il ruolo che avevano in materia sanitaria, le USL diventano Aziende sanitarie locali (ASL) o ospedaliere (ASO) e si passa così al modello thatcheriano “meno stato più mercato”, si smantellano i Comitati di Gestione che vengono sostituiti dalla figura monocratica, autoritaria, patriarcale e antidemocratica del Direttore Generale. Questi non viene più nominato da assemblee comunali ma dal Presidente della Regione, con un processo di lottizzazione, non solo partitica, ma per correnti, cordate e lobby. Processi di lottizzazione cui non sarà estranea nessun forza politica compreso chi era contrario a questo processo di aziendalizzazione. L'obiettivo è ora il pareggio di bilancio e se con il D.Lgs. n. 502/92 pubblico e privato dovevano competere, con il D.Lgs. n. 229/99 possono collaborare e al contempo si dà seguito con più forza al percorso di creazione della c.d. “seconda gamba” che prevedeva i fondi integrativi nei contratti e negli accordi collettivi, anche aziendali.

IL “SERVIZIO” CHE DIVENTA “SISTEMA”

Ed è con la “collaborazione” pubblico/privato e

con la “seconda gamba” assicurativa che nel linguaggio degli operatori e tecnici – trasformati in manager nei master e nelle scuole di specializzazione di Luiss, Bocconi e Cattolica – di tutte le estrazioni politiche e culturali (ex comunisti, socialisti, cattolici e liberali vecchi e nuovi) che la parola “Sistema” comincia a soppiantare la parola “Servizio”.

Gli operatori sanitari diventano allora operai di un “sistema sanitario regionale” che non è più Servizio, è sempre meno Sanitario e non è più Nazionale ma regionale che, nella sua trasformazione in chiave aziendalistica, da metà degli anni Novanta, ha trasformato il processo di cura alla persona in un “prestazionificio”, con tempi e metodi finalizzati al conseguimento degli obiettivi di pareggio del bilancio o profitto.

LO SFRUTTAMENTO IN SANITÀ

L'attacco al diritto alla salute e al SSN si è poi sviluppato attraverso la precarizzazione del lavoro sempre più privatizzato ed esternalizzato da tutti i governi, di centrodestra e di centrosinistra, e si è alimentato con le campagne promosse da Confindustria, dai media, dai grandi gruppi assicurativi, dalle università pubbliche e private, dal mondo finanziario contro gli sprechi, la mala gestione, i casi di malasanità, le lottizzazioni politiche, l'attacco contro i lavoratori pubblici e contro il lavoro garantito in generale. In tale attacco hanno giocato e giocano un ruolo centrale il variegato mondo delle cooperative dei servizi, degli enti assistenziali e religiosi “no profit” del cosiddetto Terzo Settore, con una progressiva trasformazione di questi mondi dalle originali finalità sociali e solidaristiche, utili e di valore, a imprese finalizzate al profitto, incentivate ad

investire in forme di assistenza sanitaria e di intervento sociale con l'intento di sostituirsi al servizio e all'intervento pubblico. È la vittoria della sussidiarietà orizzontale, cavallo di battaglia delle grandi lobby private e confessionali. Ma è anche la vittoria del dumping contrattuale, dell'umiliazione quotidiana delle operatrici (i 2/3) e degli operatori, dello sfruttamento, anche attraverso molti contratti atipici e P.IVA, in cui è spesso difficile scorgere tracce dell'originario spirito di reciprocità e mutualismo autogestionario che fin dall'800 ha ispirato queste forme di organizzazione del movimento operaio, verso cui lo stesso Karl Marx metteva in guardia (Musto, 2018), come, parimenti, verso il coinvolgimento nella gestione delle assicurazioni sanitarie e previdenziali della Germania di Bismarck. In uno studio fatto con le attiviste e gli attivisti del Forum per il Diritto alla Salute, comparando i dati trovati nell'archivio del CNEL, i CCNL che riguardano gli operatori sanitari sono ben 45. Solo 4 sono firmati dalla CGIL insieme a CISL e UIL con le principali organizzazioni datoriali ARIS (per la sanità privata religiosa), AIOP (per la sanità privata laica) e Legacoop-Concooperative. 1 firmato da ARIS e AIOP e da un sindacato dei medici, altri 4 firmati da CISL e UIL senza la CGIL, tra questi il più importante è il contratto delle RSA (firmato da CISL, UIL, UGL, ARIS E AIOP) al centro di una estenuante lotta per il rinnovo che manca oramai da 12 anni. I restanti 36 CCNL sono firmati da organizzazioni sindacali minori e di matrice datoriale, quelli che una volta si chiamavano "sindacati gialli". In tutti questi contratti quello che è chiaro è quanto siano labili i confini tra i settori socio sanitario, socio assistenziale ed educativo. I contratti migliori esistono solo nelle grandi cliniche private dove ancora il pubblico è in grado di competere con il privato. In ambito ospedaliero, pubblico e privato si dividono i posti letto per le acuzie più o meno in modo uguale, mentre nella post-acuzie e lungodegenza ospedaliera, nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale residenziale e semiresidenziale (RSA per anziani non autosufficienti e demenze, Hospice per malati terminali, strutture per pazienti psichiatrici e tossicodipendenti, strutture per la disabilit , c.d. ex art. 26), come in tutta l'assistenza domiciliare, il privato possiede dal 90% al

100% dell'offerta e quel poco (meno del 10%) di pubblico che c'è, è finto, in realt  appaltato o subappaltato a societ  e cooperative). In questo mondo dominato dal comportamento distorto da grandi gruppi nazionali e multinazionali, da cooperative e da altri enti del terzo settore, la mancanza del pubblico (come strutture, come controlli, come capacit  di programmazione e di verifica) abbassa tutti gli standard, di presa in carico, di cura, di assistenza, di competenza e qualit  del lavoro e dell'assistenza, e di conseguenza dei diritti di chi fa il lavoro di cura. Questo significa che davanti ad uno stesso paziente ci pu  essere un operatore sanitario con un tipo di contratto e uno con un altro, con differenti garanzie, ma che hanno gli stessi doveri civili, penali, di professionalit , di qualit  della cura. I sindacati confederali non riescono a strappare contratti o a rinnovarli ed hanno enormi difficolt  a intervenire in questa giungla della precariet  dove regna lo sfruttamento pi  ignobile, il *mobbing*, il *burn-out*.

Oggi nelle corsie di ospedali, RSA, case di cura, si lavora con requisiti organizzativi ai minimi assistenziali, uguali a quelli che si stabiliscono per le giornate di sciopero. Requisiti non "adeguati" alla risposta delle complessit  assistenziale alla quale si risponde oggi e che si misura attraverso scale di valutazione che si sono elaborate in base a prove di evidenza scientifica.

IL "GENDER GAP VELATO"

In tutto questo le donne, che ricordo sono i 2/3 degli operatori sanitari (il 67,9%), sono quelle che pagano il prezzo pi  alto, perch  oltre a fare il lavoro di produzione fanno anche quello di riproduzione.

La societ    violenta con le donne e quando non   violenta   oppressiva, soprattutto nel lavoro.

I contratti collettivi nazionali di lavoro sono da sempre fondamentali per ridurre le disparit  di salario tra uomini e donne, proprio perch  non hanno mai segnato o indicato alcuna differenza tra i generi, affermando tutele e diritti che riguardano tutti coloro che sono occupati. A partire dal cosiddetto "Contratto della montagna" nel 1945 nel biellese. Ma ci sono altri motivi per cui le donne hanno uno stipendio pi  basso: prendono congedi e quindi sono pagate in percentuale minore o per niente, da una certa et  in poi il con-

gedo non è pagato per niente; sono costrette a chiedere il part-time (quando gli viene concesso) perché non riescono a conciliare vita e lavoro; hanno più giornate di malattia o malattia bambino, malattia bambino che ad un certo punto non è più pagata; di conseguenza non prendono mai il premio di produzione che elargisce “il sistema”. Ma allora, visto che il “sistema” ragiona a premi, alle donne, bisognerebbe dare non solo il premio di produzione, ma anche quello di riproduzione – marxisticamente e provocatoriamente parlando – perché è il secondo lavoro che fanno a casa, come mamme, badanti quando hanno anche un familiare fragile a casa o quando fanno le maestre come con la Didattica a Distanza (DAD) durante la pandemia. Potremmo chiamarlo “gender gap velato”. Ed in sanità ce n’è tanto.

TAYLOR IN SANITÀ

Lo sfruttamento del lavoro è poi nell’organizzazione del lavoro in sanità, a partire dall’ospedale che ha rappresentato quello che nel mondo della produzione delle merci era la fabbrica *dell’Organizzazione scientifica del lavoro* di Frederick Taylor. Cosa significa applicare i suoi principi, che di scientifico hanno solo lo sfruttamento, alla sanità? Significa che la cura e l’assistenza al paziente devono seguire rigidi standard analoghi a quelli delle catene di montaggio delle fabbriche di automobili, così tutto deve essere cronometrato, la visita, le cure igieniche, la somministrazione della terapia, il trattamento riabilitativo, il colloquio con il paziente, che è cambiato ed è sempre più “esigente” (Cavicchi, 2016). E anche se è stata introdotta la cartella clinica informatizzata, anch’essa impone rigidamente – nei menù a tendina – al professionista della salute, le domande da porre al paziente rendendo quasi impossibile procedere a colloqui liberi e a misura della complessità della persona che si ha di fronte come insegnano la “medicina narrativa” e le scienze umanistiche (Mannocchi, 2022).

UNA PIATTAFORMA PER LA SALUTE DI TUTT3

Cosa fare allora? Attuare la piattaforma elaborata in questi anni nei movimenti di lotta per il diritto alla salute dal titolo “*QUALE SANITÀ PER QUALE SALUTE*”, da subito assunta dal Forum

per il Diritto alla Salute e Medicina Democratica. Sintetizzo alcuni punti. Innanzi tutto **riequilibrio dei poteri della Repubblica**, tra Stato, Regioni, Aree Metropolitane, Comuni e **abolizione di ogni forma di AD**. Il **Fondo Sanitario Nazionale** se deve essere **aumentato**, e siamo tutti d’accordo, ma destinato al SSN e non al privato, perché oggi la sanità fatta dagli imprenditori, laici o cattolici, non viene fatta con i loro soldi ma con soldi pubblici, contemporaneamente si inizi la reinternalizzazione dei servizi esternalizzati, si aboliscano accreditamenti e convenzionamenti, si blocchi il fenomeno di medici gettonisti, infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione con finte P.IVA, si inquadrino in **contratti di dipendenza i Medici di Famiglia (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti Ambulatoriali** e si ricostituisca la medicina del territorio. **Piano di assunzioni straordinario**, mancano 75.000 infermieri e 40.000 medici, e **contratto unico** di tutti gli operatori sanitari, pubblici e privati, per superare le ingiuste differenze economiche e normative che ci sono che portano ad avere un paziente al centro e un OSS con un contratto a tempo indeterminato e uno dall’altra parte a partita IVA o con contratto di cooperativa che di cooperativo non hanno nulla che rientra nel terzo settore, oppure un fisioterapista che è partita IVA che è falsa partita IVA. Adeguamento salariale agli standard europei. **Abolizione della sanità di serie A e della sanità di serie B con il profittevole meccanismo dell’intramoenia**. **Abolizione dei fondi integrativi** che sono diventati sostitutivi e delle assicurazioni. **Democrazia nelle ASL** che sono organizzate in modo verticistico di tipo militare con a capo, come ho scritto sopra, la figura patriarcale, monocratica, autoritaria ed anacronistica del DG, che non va bene nemmeno quando è donna. Vogliamo la democrazia nella società così la vogliamo in sanità. Per ultimo, ma non ultimo, **abolizione delle spese militari**, diritto alla salute e ripudio della guerra vanno insieme.

* *Elisabetta Papini è coordinatrice nazionale del Forum per il Diritto alla Salute e attivista di Medicina Democratica. Femminista e transfemminista. Lavora come coordinatrice infermieristica in una struttura privata accreditata di Roma.*

LA SALUTE MENTALE, DAL “MANICOMIO” AL SOCIO-SANITARIO

Fulvio Picoco*

La legge 180/78, ha cercato di disciplinare il passaggio dal “manicomio” al socio sanitario e alla “salute mentale”. Trattandosi di una Legge quadro ogni Regione ha prodotto leggi di applicazione delle norme ed articoli sulla psichiatria in modo diversificato, cosa che sostanzialmente ha modificato i progetti-obiettivo “Tutela della salute mentale” 1994-1996 e 1998.2000, che pure istituivano la organizzazione dipartimentale nei servizi della Salute Mentale. Abbiamo quindi tutt’ora modelli organizzativi dei Dipartimenti di Salute Mentale diversi, disciplinati da leggi e norme regionali. Diverse sono anche le collocazioni organizzative e funzionali dei Servizi per le Dipendenze (non solo da sostanze ma anche dal gioco patologico) e della Neuropsichiatria infantile ed adolescenziale. Mission dei DSM è la prevenzione dei disturbi mentali, la cura, la riabilitazione, fare salute mentale nel territorio, nelle famiglie che lo richiedono, nelle scuole, nei luoghi di lavoro. Non è solo la remissione dei sintomi, ma l’inclusione sociale delle persone affette da patologia mentale, la lotta allo stigma, l’inserimento lavorativo e il recupero di una piena cittadinanza di chi soffre in qualsiasi modo a livello psichico e consentire ad ogni persona di avere relazioni sociali ed affettive, l’abitare, il lavorare.

Costruire la “RETE” delle strutture della salute mentale: mi riferisco a Territorio (CSM/SPDC) / DH, / Centro diurno / Gruppo appartamento / Residenza assistita / Comunità alloggio /CRAP. Costruire anche la rete con le istituzioni e il sociale definendo le buone pratiche di salute mentale di comunità per la tutela delle fragilità psico-sociali e in tale ottica sviluppa-

re anche la Riabilitazione domiciliare. Per fare tutto ciò servono risorse strutturali ed umane, dotazioni organiche (Medici Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Assistenti Sociali, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, OSS, ecc.) che dovrebbero essere adeguate a svolgere il delicato e difficile compito della cura e presa in carico delle persone che soffrono di patologia mentale. Le problematiche dei Servizi di Salute Mentale colpiscono una fascia debole della popolazione, che non ha voce per farsi sentire!

IPOTESI SU CHE FARE

Per superare le difficoltà che sembrano ormai diffuse in tutti i territori (così come sta accadendo in generale per tutto il SSN pubblico) e recuperare il “fare salute mentale” è necessario avere modelli organizzativi omogenei su tutto il territorio nazionale e stabilire le dotazioni organiche multidisciplinari minime per le varie tipologie di strutture, realizzandole concretamente. Investire in formazione, anche sul campo, nella capacità di valutare la qualità assistenziale, nei programmi di miglioramento continuo della qualità, in progetti di inclusione, necessario intervenire ancora per avere dati epidemiologici sui primi casi, sugli abbandoni, sulle porte girvoli, sulle strutture riabilitative, sui ricoveri in SPDC, sulle contenzioni (tema complesso e doloroso, che richiede analisi, lotta e prevenzione), sul funzionamento delle strutture riabilitative e il turn over delle persone in trattamento, ecc. Contenzioni e riabilitazione meritano un approfondimento, soprattutto in questo periodo in cui sembra rallentare o venir meno la spinta di Basaglia e della legge 180/78!

In giro per l'Italia numerosi i Dipartimenti di Salute Mentale in cui depauperate sono le dotazioni organiche (mancano Medici, Psicologi, Terapisti della Riabilitazione psichiatrica, Infermieri, Assistenti Sociali, OSS, ecc.), fatto che rende veramente difficile fare salute mentale.

Dov'è l'approccio unitario alla persona che richiede prima di tutto un processo di integrazione interno al DSM, tra le sue varie parti costituenti, in particolare lungo l'asse territorio-ospedale-territorio, ma anche nell'area della riabilitazione tra CSM e Strutture riabilitative e territorio?

Quali risposte sono state date alle recenti morti di persone contenute a letto, anche in reparti ospedalieri di territori che sono stati pilota nella realizzazione della progettualità di Basaglia ma basta che ci sia un cambiamento di cultura, una caduta di tensione etica e allora tornano le contenzioni, malgrado la legge 180 (un paziente della Val di Cornia che, ricoverato in psichiatria a Livorno, sarebbe rimasto contenuto al letto per una settimana, morto per polmonite, non connessa a Covid, nel mese di aprile 2021), ma anche alle morti di psichiatre avvenute recentemente (il 4 settembre 2013 l'omicidio della psichiatra Paola Labriola in un CSM di Bari; ultimo, il 21 aprile 2023 l'omicidio della psichiatra Barbara Capovani a Pisa)?

Quali le risposte ad altri segnali di voglia di tornare al passato, a logiche istituzionali che emergono più forti anche in seguito a fatti di cronaca quando persone affette da disturbi mentali commettono reati! È del tutto evidente che in questo genere di cose, le leggi non bastano e che contano altre cose, le singole persone, certamente, ma anche le istituzioni: Comune, Distretto, Azienda USL, Regione, Governo Nazionale.

LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

A proposito di logiche istituzionali, che dire poi della riabilitazione psichiatrica e delle varie strutture create? Certamente le Strutture Riabilitative (SR) ospitano i pazienti che in passato venivano ricoverati negli ospedali psichiatrici, tendenti alla cronicizzazione, con maggiori disabilità, con disturbi psicopatologici gravi, con patologie e disabilità insorte in giovane età, non coniugati, che non svolgono alcun lavoro, che

percepiscono pensione di invalidità civile, con comportamenti aggressivi e disturbanti, le cui famiglie desiderano una sistemazione che preveda per loro maggiore supervisione clinica e assistenziale che porta però a iperprotezione e scarsa autonomizzazione. Vi è una dimissibilità molto bassa, soprattutto dalle strutture a più elevata intensità assistenziale ed i fattori che intervengono sono molteplici:

- si dà priorità alle attività interne (gestione di sé, della casa, dei laboratori);
- è difficile la realizzazione di attività esterne;
- si raggiungono abilità relazionali e sociali in grandi gruppi;
- si hanno quindi scarse possibilità di reinserimento sociale in contesto non protetto e dubbi sul mantenimento delle abilità, anche in famiglia.

I costi elevati della "Riabilitazione" psichiatrica, che in molte realtà è affidata al privato sociale cooperativistico ma anche al privato imprenditoriale, non chiara determinazione del fabbisogno, basso turnover per difficoltà alla dimissione, con le stesse strutture che diventano case per la vita (ricoveri ultra decennali), determinano un elevato rischio di neo-istituzionalizzazione.

Che fare per favorire un minor bisogno di strutture riabilitative residenziali h24 e favorire la dimissibilità da queste? Ecco alcune indicazioni:

- Ovviamente potenziare le strutture territoriali, forse, equivarrebbe a ridurre i posti letto nelle SR (De Girolamo et al.-PROGRES-2002) attraverso una presa in carico "forte" dei casi gravi, la fattibilità di Progetti Riabilitativi Domiciliari, incentivando la semiresidenzialità o forme di residenzialità meno protette;
- Selezionare gli utenti secondo criteri di inclusione-esclusione attenti ad evitare ricoveri ad alto rischio di inappropriately;
- Selezionare gruppi omogenei di pazienti;
- Monitorare accuratamente il decorso clinico;
- Individuare indicatori predittivi di dimissibilità;
- Trattamenti intensivi erogati da personale opportunamente formato (con costi adeguati).

ti).

Ma dov'è l'interesse "politico" a raggiungere gli obiettivi della riabilitazione, non soltanto la remissione dei sintomi ma soprattutto la inclusione sociale, l'inserimento lavorativo, il recupero di una piena cittadinanza dei pazienti e consentire ad ogni persona di avere relazioni sociali ed affettive, l'abitare, il lavorare? Dove i fondi? Dove il personale, formato al lavoro territoriale?

Sembra in effetti esserci un rischio meno chiaro, più sottile e strisciante, confermato da segnali, non dico di nostalgia del modello manicomiale, ma di allontanamento dal modello Basagliano e dalla legge 180/78, oltre che dai Progetti Obiettivo Nazionali Salute Mentale, che è quello di tenere dentro il sistema della salute mentale le persone, protette sì, ma in un insieme di "scatole cinesi" che non danno la libertà.

Esistono tutti gli elementi per uno stato di allarme e per chiedere alle istituzioni governative interventi chiari e di salvaguardia ed incentivazione della cultura e delle prassi operative previste dalla legge Basaglia, la 180/78.

GESTIONE DEI COMPORAMENTI AGGRESSIVI E CONTENZIONE FISICA.

Anche la gestione della aggressività e il fenomeno contenzioni richiede una riflessione: si definisce aggressione ogni comportamento verbale, non verbale o fisico che risulta minaccioso fino a provocare danno, verso oggetti, se stessi, altri (definizione del *National Institute of Occupational Safety and Health*).

Diversi studi indicano che gli operatori delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali nel corso della loro attività lavorativa possono subire atti di violenza: numerosi i casi di aggressione (una stima statunitense indica per gli operatori ospedalieri un tasso di incidenza di aggressione non mortale pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 per 10.000 nei lavoratori delle industrie del settore privato).

Nel 2022 i casi di violenze, aggressioni e minacce nei confronti del personale sanitario accertati dall'INAIL sono stati 2.243 in aumento del 14% rispetto all'anno precedente e hanno riguardato più frequentemente i servizi di psi-

chiatra (CSM, SPDC, Residenze), della emergenza-urgenza (118, Pronto Soccorso), di continuità assistenziale, guardia medica, nei ser.t., nei luoghi di attesa.

Questi drammatici eventi hanno messo in luce la inadeguatezza della rete dei servizi sanitari, territoriali e ospedalieri, sia sul piano strutturale che organizzativo e chiamano ancora a dare risposte, per avere servizi che rispondano finalmente alle leggi ed ai bisogni attuali dei cittadini e degli operatori, in questa fase di crisi sociale.

I servizi più penalizzati sono quelli in prima linea e gli operatori sono a rischio più alto quando a contatto diretto con gli utenti e devono gestire situazioni caratterizzate da forte emotività e vulnerabilità, frustrazione e perdita di controllo, proprio lì, dove c'è più necessità di personale e di risorse, anche per ascoltare il disagio dei cittadini e per dare risposte. Ma la grave carenza di risorse attuale rende più difficile l'impatto con l'utenza, con peggioramento dell'atmosfera nell'ambiente di lavoro, maggiore probabilità che si verifichino comportamenti aggressivi ed aumento del rischio clinico. La gestione e prevenzione degli atti di violenza nelle strutture sanitarie è comunque una questione complessa e va quindi affrontata da più punti di vista: logistico-organizzativo, tecnologico, procedurale, formativo, delle risorse disponibili.

I Servizi devono rispettare i "Requisiti minimi organizzativi e strutturali" previsti nel DPR 37/1997 ed i "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie" dei Regolamenti Regionali, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo con dotazioni organiche adeguate per numero e formazione. Il Ministero della Salute ha voluto interessarsi della problematica e nel Novembre 2007 ha emanato la Raccomandazione n.8 per "prevenire gli atti di violenza a danno di operatori sanitari" ed ha suggerito alcune linee guida.

È necessario favorire prassi operative condivise, chiare, efficaci ed efficienti rispetto alla gestione dei comportamenti aggressivi (quando chiamare per chiedere aiuto, come intervenire, avere chiari i compiti degli operatori sanitari e degli altri, ad esempio vigilantes o forze dell'ordine...). La presenza delle Forze dell'Ordine

può funzionare come fattore di blocco della escalation aggressiva e viceversa favorire la de-escalation, poiché riconosciute culturalmente come istituzioni sopra le parti, garanti dell'ordine e titolate all'intervento nel caso di comportamenti aggressivi. Obiettivo: evitare il contatto fisico e il passaggio all'atto con danni alla persona (sé o altri) e poter eseguire terapia adeguata anche per via parenterale. Spesso il numero di operatori presenti, sanitari e non, se sufficiente determina le condizioni ambientali per detendere il conflitto. L'intervento sinergico tra Forze dell'Ordine, Vigilanti e Operatori Sanitari (territoriali e ospedalieri) può consentire una proficua terapia e la risoluzione di situazioni altrimenti dannose.

Nonostante tutto però la gestione dei comportamenti aggressivi da parte di utenti e/o loro familiari, nell'ambito dei servizi, viene lasciata per lo più agli operatori sanitari loro malgrado coinvolti ed esperienza comune è che spesso si è lasciati soli a dover gestire persone violente. In questa fase però si può verificare il dover trattenere con forza la persona agitata per qualsiasi patologia in atto o doverla contenere per procedere alla terapia e impedire che possa procurare danni a sé od altri. Intanto però è necessario aver esperito ogni ipotesi di soluzione non restrittiva o meno restrittiva e contenere solo quando ogni altro tentativo di cura (contenimento relazionale e tecniche di de-escalation, appropriato trattamento farmacologico) sia risultato senza esito, impraticabile o controindicato. Contenere vuol dire privare della libertà la persona (reato di rilevanza penale)!

La contenzione fisica è considerata un atto anti-terapeutico, che ricade tra i trattamenti senza consenso. Va attuata solo in ultima istanza ed in caso di documentato pericolo attuale di danno grave alla persona non altrimenti evitabile, in condizioni quindi di stato di necessità (art. 54 c.p.). Fermo restando che gli operatori sanitari, tutti, sono e devono essere tenuti alle sole prestazioni sanitarie, che devono poter erogare in condizioni operative sufficientemente sicure... la contenzione va fatta in modo da evitare il possibile danni fisici e/o psichici a chiunque presente. Per contenere correttamente una persona bisogna essere in almeno 5 operatori (per

bloccare i quattro arti e la testa, non ingaggiare colluttazioni).

Se si è in numero insufficiente chiedere aiuto ad altri servizi (prassi operative che vanno concordate e condivise). Per inciso la contenzione fisica se attuata, in qualsiasi reparto, richiede successivamente attento monitoraggio clinico e psicologico del soggetto contenuto e pertanto un numero adeguato di operatori presenti. Quando si tratti di pazienti che già hanno manifestato comportamenti violenti prima di arrivare al Pronto Soccorso o nei reparti (SPDC) e sono accompagnati dalle Forze dell'Ordine oltre che da operatori sanitari del territorio, diventi prassi operativa non lasciarli ai soli operatori sanitari ospedalieri, ma gestire insieme.

Si sottolinea che i comportamenti aggressivi spesso hanno a che fare con persone affette da patologia psichiatrica, tossicodipendenza e alcoolismo, stati confusionali da patologia organica, ma d'altra parte negli ultimi tempi si assiste all'aumento del fenomeno della sanitarizzazione di qualsivoglia problematica comportamentale e sociale (sociopatia o vera e propria delinquenza, problemi in ambito di lavoro, litigi...).

Ci si può trovare allora (ad esempio nel Pronto Soccorso, in corso di intervento del 118, nella Guardia Medica o in visita domiciliare a cura dei CSM) a dover gestire comportamenti francamente delinquenti: ovviamente necessario l'intervento delle Forze dell'Ordine.

In caso di violenza subita è utile fornire al personale coinvolto le informazioni sulle procedure previste (ricorso al Pronto Soccorso, infortunio, audit clinico, valutazione psicologica e sostegno, denuncia alla autorità giudiziaria, segnalazione al Datore di Lavoro/U.O. Gestione Rischio Clinico dell'infortunio e delle lesioni subite, anche di lieve entità...). È necessario registrare tutti gli episodi di violenza occorsi ed elaborare le informazioni raccolte al fine di definire ogni necessaria misura di prevenzione. Solo l'analisi dei dati consente la valutazione della frequenza, della severità e della dinamica degli episodi. Dopo l'analisi del contesto e l'identificazione dei rischi, vanno definite le soluzioni di tipo logistico-organizzativo e/o tecnologiche necessarie a prevenire o control-

lare le situazioni di rischio, anche in relazione alle risorse disponibili, identificando le azioni di miglioramento e verificandone l'efficacia. L'obiettivo è un clima organizzativo favorevole sia per gli operatori che per gli utenti. Tutti gli operatori ASL ed in particolare gli operatori dei servizi più a rischio (Pronto Soccorso, SPDC, Geriatria, servizi di continuità assistenziale e della emergenza urgenza, 118, CSM, SerT, luoghi di attesa), per essere protagonisti attivi dei processi di gestione e prevenzione del fenomeno aggressività, devono avere la possibilità di formarsi (meglio sul campo) su temi quali:

- identificare le situazioni operative a maggiore vulnerabilità,
- raccogliere ed esaminare i dati relativi agli episodi di violenza verificatisi nelle strutture,
- definire le misure di prevenzione e protezione da adottare,
- conoscere norme e procedure che disciplinano il rischio aggressione;
- acquisire tecniche di prevenzione (riconoscimento dei segni precoci) e gestione dei comportamenti aggressivi.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il luogo dove in modo forte e pressante si concretizza la necessità di gestire comportamenti aggressivi.

Perché in SPDC sempre più spesso si devono gestire comportamenti violenti?

Per:

- Ricovero di utenti con “doppia diagnosi”, oligofrenici, tossicodipendenti, alcolisti, disturbi di personalità antisociale.
- Mancanza di valide sinergie con i CSM e le agenzie di soccorso sanitario e non (118, Pronto Soccorso, Forze dell'ordine..) unite alla tendenza a “psichiatrizzare” qualsiasi comportamento violento o “fuori norma”.
- Invio poco attento senza aver eseguito terapie corrette e aver informato adeguatamente il paziente sulla necessità e modalità con cui avverrà il ricovero.
- Dotazioni organiche inadeguate numericamente e poco formate nella gestione dell'aggressività e nel riconoscimento dei segni precoci di crisi.
- Clima organizzativo poco sereno, *burn-out*

eccetera.

Mentre la presa in carico delle persone con comportamenti aggressivi è parte integrante dei compiti del DSM (CSM + SPDC), in sostanza la gestione è sempre più spesso demandata al SPDC e la “contenzione” è prassi confinata nello spazio angusto del reparto.

La tendenza a giudicare, a prendere le distanze o, addirittura, a scegliere il silenzio, anziché la discussione e gli approfondimenti critici in ambito dipartimentale, favorisce l'isolamento del SPDC, l'autoreferenzialità e la frattura col territorio. Il rischio è che venga meno uno dei principi fondamentali della Legge 180 ossia la “territorialità” del luogo di cura per acuti.

PRASSI OPERATIVE DA IMPLEMENTARE PER EVITARE LA CONTENZIONE

- ricercare comportamenti coesi e coerenti di tutta l'équipe; avere linee guida condivise.
- esprimere le emozioni (cosa che riguarda sia pazienti che operatori);
- comprendere le motivazioni della “aggressività”;
- discutere dei casi difficili; curare la formazione.
- È utile inoltre : ottenere notizie anamnestiche di eventuali pregressi comportamenti aggressivi, su terapie farmacologiche già risultate inefficaci o efficaci.
- Curare le modalità di invio in SPDC.
- Gestire la paura degli operatori ed il burn-out.
- Valutare i possibili effetti negativi dei trattamenti sia farmacologici che fisici utilizzando protocolli di monitoraggio delle condizioni cliniche.

Il comportamento violento spesso nasce nel “territorio”, non in SPDC. Che fare?

Ogni TSO, ogni episodio di aggressività, infortunio e contenzione, che pure deve essere eccezionale, diventi evento sentinella per tutto l'ambito dipartimentale e serva alla riflessione comune e alla ricerca di soluzioni condivise: necessità di linee guida e buone prassi.

Dal punto di vista dell'organizzazione si può intervenire almeno su tre aree:

- 1) Le risorse
- 2) Il risk management e il governo clinico

3) La integrazione in rete dei servizi per la salute mentale.

Linee d'indirizzo sono già presenti: nei P.O.N. "Salute Mentale", nel documento di raccomandazioni elaborato dalla Conferenza Stato-Regioni che ha affrontato la questione ("Contenzione fisica in Psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" del 29.7.2010). Va segnalato che in Italia vi sono SPDC *no restraint*, dove non si lega, ma nel censimento del 2022 erano solo 19 su 318, con una tendenza al peggioramento. Attuare una reale integrazione (non solo protocolli) e sinergia SPDC-CSM e con le altre agenzie della rete sanitaria e sociale, monitorabile con indicatori, sia nel momento del ricovero che durante la degenza e alla dimissione.

Darsi occasioni, avendo spazio, tempo, risorse, di: "formazione sul campo" per la gestione delle problematiche di persone con comportamenti aggressivi e riconoscimento dei segni precoci di crisi, di discussione, di gestione delle emozioni, di governo clinico (valutazione e procedure di MCQ), sia nei CSM che nei SPDC.

L'organizzazione deve aiutare a:

- garantire la dignità ed il rispetto della persona che necessita di cure, ma anche il diritto-dovere dell'operatore della salute mentale ad agire in serenità e sicurezza (rischi di lesioni fisiche e psicologiche) personali e problematiche medico-legali);
- stabilire una relazione terapeutica, pur se in condizioni di urgenza e rifiuto di cure, sia nell'ambito extraospedaliero per arrivare al ricovero nelle migliori condizioni possibili, che nel reparto;
- rispettare la territorialità del SPDC in quanto luogo di elaborazione di un progetto terapeutico e "presa in carico", al fine di favorire percorsi di cura e salute mentale.

Il frequente richiamo alle carenze di personale medico e di altre professionalità e alla carenza di risorse ed investimenti non deve sembrare una difesa rispetto al venir meno della spinta di Basaglia e della legge 180/78 e alla difficoltà di fare salute mentale nelle tre fondamentali aree della prevenzione, cura e riabilitazione e del reinserimento sociale, ma ci sono proble-

matiche reali che, se non intercettate per dare soluzioni, rischiano di mettere sempre più in difficoltà i servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale.

In qualche soccorso viene la Legge 13 ottobre 2020, n. 126 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia". All'art. 29 ter recita, nei vari commi:

- Al fine di efficientare i servizi di salute mentale le Regioni adottano "un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali".
- Si ridefinisca un modello organizzativo fondato su multiprofessionalità e multidisciplinarietà che permetta di sostenere e garantire un servizio di cura quotidiano e costante.
- Si proceda alla riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale tramite le rispettive aziende sanitarie locali.
- Si attui la costruzione di una rete di servizi e di strutture di prossimità con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, delle istituzioni presenti nel territorio e degli enti del Terzo settore, per garantire l'attuazione dei più appropriati modelli di intervento e la qualità delle prestazioni erogate attraverso la co-progettazione.
- Si promuova la partecipazione attiva della rete delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato.
- Si favorisca il sostegno all'inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.

Sebbene questa legge sia stata promulgata per la tutela della salute in relazione alla emergenza da COVID-19, contiene misure importanti per intervenire nei Dipartimenti di Salute Mentale così come si ritiene ancora, anzi più urgentemente se possibile, assolutamente necessario, soprattutto in un periodo sociale difficile e problematico e in cui il disagio psichico è sempre

più profondo e frequente e riguarda larghe fasce sociali, in particolare sia i giovani che gli anziani, mentre la sanità pubblica è sempre più in sofferenza e i servizi della salute mentale sono sempre meno in grado di ascoltare e dare risposte di presa in carico e di inclusione. Bisogna coinvolgere tutte le parti interessate a mantenere viva la cultura basagliana, dai medici, agli psicologi (ora le Regioni dovrebbero realizzare anche le norme per lo Psicologo di base, una figura che accanto ai Medici di base può aiutare molto nell'ascolto e presa in carico territoriale dei cittadini che hanno problematiche psicologiche di base, dall'ansia alle depressioni alle dipendenze patologiche, situazioni che potrebbero giovare dell'aiuto psicologico e non soltanto dei farmaci), a tutte le altre figure ed operatori che formano le équipes multiprofessionali, ma anche i Sindaci che in qualità di Autorità Sanitaria Locale (vedi art. 32 della legge 833/1978, art. 117 del DL 112/1998, art. 50 del DL 267/2000, DL 24 dell'8 marzo 2017 sulla "Sicurezza delle cure") si dovrebbero far carico dei bisogni di salute, bene comune, dei propri concittadini e fare attenzione che non sia gravemente ridimensionato il Servizio Sanitario pubblico e invece spesso sono protagonisti di un inesplicabile silenzio. Particolare rilievo deve avere la lotta alle dipendenze, sia da sostanze, ivi compreso l'alcool, che dal gioco patologico, che si stanno diffondendo tra i giovani con effetti devastanti sia sulla salute che sociali. Utili in questi ambiti l'attivazione di programmi di prevenzione e di informazione nelle scuole. Vanno coinvolti anche i pazienti, i familiari, associazioni e volontari, insomma creare un movimento sinergico che possa far invertire la rotta attuale e riprendere la navigazione verso gli obiettivi della rivoluzione di Basaglia. Necessario è poi avere dati e riflettere se è ancora attuale il rischio della neo-istituzionalizzazione nei Dipartimenti di Salute Mentale, nel-

le strutture riabilitative e/o se vi sia un rischio meno chiaro, più sottile e strisciante che è quello di tenere dentro il sistema della "salute mentale" le persone, protette sì, ma in un insieme di "scatole cinesi" che non danno la libertà e la reale inclusione. Si ribadisce che il processo di chiusura dei manicomi, vero atto rivoluzionario, non significa la fine di tutti i contenitori della sofferenza e dell'esclusione sociale e politica. Occorre vigilare perché questa legge, ma anche le altre leggi che interessano l'area del disagio psichico e i PON, siano applicate su tutto il territorio nazionale, anche per scongiurare i danni ulteriori che potrebbero venire dalla Autonomia regionale differenziata! Diventa urgente avere modelli organizzativi di qualità ed omogenei su tutto il territorio nazionale, determinare le dotazioni organiche multiprofessionali minime per le stesse tipologie di unità operative e strutture (CSM per bacini di utenza di 100.000 abitanti, SPDC di 15 posti letto, ecc.), implementare la cultura della inclusione sociale e della lotta ai meccanismi di neo-istituzionalizzazione, implementare la cultura della valutazione della qualità assistenziale attraverso indicatori condivisi e la capacità di riflettere su dati epidemiologici, evitando meccanismi autoreferenziali, avere risorse per la inclusione lavorativa e sociale.

** Fulvio Picoco è medico chirurgo, specialista in psichiatria, psicoterapeuta ad orientamento analitico-esistenziale individuale e di gruppo, già Direttore del SPDC del P.O. di S. Pietro Vernotico (Brindisi), già coordinatore e responsabile scientifico di due sottoprogetti del "Progetto Regionale per il miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattia mentale" (1999) della Regione Puglia attualmente in quiescenza e impegnato come libero professionista in attività riabilitativa; membro del Gruppo Operativo Sanità del PRC.*

IL VENTO DEL CAMBIAMENTO E LA RIFORMA 833/1978

Rosa Rinaldi*

No, non è sufficiente affermare che in questi decenni nessuno ci ha obbligato a superare in modo sbagliato gli ostacoli, tanti, che si sono frapposti tra la legge 833/78, la magnifica e avveniristica riforma sanitaria conquistata nel 1978, e la sua applicazione. Questo per rispondere alla “domanda” che Ivan Cavicchi pone nel suo interessantissimo articolo su “Quotidiano sanità”.

Ricordo bene l’insediamento dei comitati di gestione delle USSL (Unità socio sanitarie locali), previsti dalla riforma 833/78, e non “Aziende sanitarie”. Quei comitati erano composti da rappresentanti dei partiti e delle associazioni, quei comitati rispondevano ai consigli comunali che indicavano e decidevano i nominativi. Del resto non va dimenticato che il Sindaco o la Sindaca sono la massima autorità sanitaria nel territorio, un’autorità oggi svuotata di prerogative, e tuttavia abbiamo visto come, in occasione dell’epidemia da COVID, i Sindaci siano stati chiamati ad adottare tutti i provvedimenti necessari e siano stati chiamati in causa per le inadempienze in quelle drammatiche circostanze. Non dobbiamo dimenticare che la Riforma sanitaria 833/78 arriva in un momento fecondo per le trasformazioni sociali. Sono quelli gli anni in cui si conquista la straordinaria riforma della psichiatria e la chiusura dei manicomi; sono quelli gli anni di insediamento della medicina del lavoro, sono quelli gli anni della partecipazione, insomma un periodo fecondo di lotta e di conquista, sia sul piano della partecipazione che della ridefinizione delle priorità per la salute collettiva. Tante sono le campagne di prevenzione soprattutto verso il mondo del

lavoro, verso le donne e l’infanzia. Si insediano i consultori, si predica e si pratica la medicina territoriale si punta a ridurre l’ospedalizzazione attraverso vere e proprie campagne di massa. Si insediano e si allarga il numero dei consultori, così come le équipe psico-medico-pedagogiche e la medicina scolastica. Insomma: anni in cui il vento del cambiamento e la conquista di servizi per il benessere delle persone erano largamente avvertiti e vissuto. Quella riforma sanitaria, la 833/78 e tutto il processo riformatore dei servizi e della scuola, l’ingresso massiccio delle donne in fabbrica al Nord e più in generale nel mondo del lavoro ha aperto una vera e propria campagna per l’apertura degli asili-nido nel tempo diventati scuola dell’infanzia. Questo per dare conto di un clima e di istanze che hanno reso necessario un cambiamento profondo specie sulle questioni socio sanitarie e sulla partecipazione. Si pensi a cosa ha significato la chiusura dei manicomi, una sorta di rivoluzione culturale a partire dalle professioni che si mettevano in discussione e ad un impatto sociale davvero rilevante.

INVERTIRE LA ROTTA: SI PUO’

Ma allora cosa è successo? Mi verrebbe da dire che le cose giuste si sono fatte proprio sull’onda di grandi istanze sociali che ne rivendicavano anche il protagonismo nella programmazione e nella gestione. Nei primi anni ’90 si è invertita la rotta, presi dall’ubriacatura della trasformazione in azienda dei servizi pubblici a partire dalla sanità. Non più Unità socio sanitarie locali ma Aziende sanitarie, i comitati di gestione vengono sostituiti dai direttori generali nomi-

nati direttamente dai presidenti delle regioni, un'ondata che investe tutti i servizi pubblici: dall'ambiente, ai trasporti, alla gestione dell'acqua e dell'energia diventano aziende, con le stesse logiche di gestione, dai consigli di amministrazione ai presidenti delle aziende. Del resto l'aspirazione massima era trasformare l'Italia in "Azienda Italia", l'incipit arrivò da Craxi. Il resto è stato realizzato da tutti gli altri. Insomma: "È il mercato bellezza, e tu non ci puoi fare niente, niente", per parafrasare Humphrey Bogart alla fine del film *"L'ultima minaccia"*! Ed è stato così: è il mercato che ha imposto le sue regole, i suoi codici. Ma è ancora vero che noi non possiamo farci niente, che dobbiamo rassegnarci a questo stato di cose? Forse no, forse è il tempo di riprendere nelle nostre mani il riscatto della sanità pubblica, di ricostruire istanze politiche e sociali capaci di invertire la rotta.

È necessario pensare al servizio sanitario nazionale senza timore che ci venga il torcicollo o di essere accusati di passatismo. Sono convinta che per pensare al futuro della sanità bisogna sapere com'è stata conquistata nel 1978, e tenere bene a mente che l'articolo 32 della nostra Costituzione prevede il diritto alla salute per tutti e tutte, indipendentemente dalla propria condizione.

È necessario far scaturire nuovamente l'istanza di partecipazione, programmazione e controllo sui servizi territoriali, vanno reinsediati nel territorio nei quartieri comitati di cittadine e cittadini che si riappropriano della partecipazione e controllo sui servizi, vanno aperti sportelli contro le liste di attesa per le prestazioni sanitarie contrastando e arrivando al superamento della medicina "intra-moenia". L'apertura di sportelli contro le liste di attesa in sanità vanno moltiplicandosi e sono promossi sia da Rifondazione Comunista, che già diversi anni fa lanciò una vera e propria campagna nazionale, sia da comitati territoriali che si stanno sviluppando in diversi territori. In questo senso stiamo sviluppando incontri e iniziative, e soprattutto facciamo circolare le esperienze, perché si possano riconquistare prestazioni sanitarie in tempi adeguati ai bisogni e aderenti alle necessità delle persone.

Se non ce ne prendiamo carico noi, se non mettiamo al centro il diritto alla salute, si allargherà ed espanderà ulteriormente la sanità privata convenzionata che assorbe parassitariamente gran parte della spesa per prestazioni sanitarie.

Dobbiamo sempre considerare ed avere a mente che la sanità privata-convenzionata non ha alcun interesse a sviluppare la prevenzione, ma ha bisogno di moltiplicare la vendita di prestazioni sanitarie perché è sui rimborsi per prestazione che vive, e in genere offre le prestazioni maggiormente remunerative per loro, insomma prestazioni vendute come merce. Va fatta una distinzione tra privato non convenzionato e convenzionato. Il privato convenzionato è quello che assorbe ingenti risorse economiche sottraendole direttamente alla sanità pubblica, è il vero "concorrente" del servizio pubblico, assorbe ingenti risorse economiche per prestazioni e, in assenza di un vero e proprio intervento pubblico e di un suo reinsediamento nel territorio, assorbe gran parte delle risorse per prestazioni ambulatoriali e diagnostiche.

Non considerando che la prevenzione è il principio fondamentale su cui dovrebbe insediarsi il servizio sanitario nazionale pubblico, almeno per due ragioni fondamentali: il benessere delle persone e il risparmio sulle cure e prestazioni.

Non a caso, la L. 833 del 1978, ovvero la riforma sanitaria nazionale che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ha superato il sistema delle mutue e ha dato corso all'articolo 32 della Costituzione che prevede il diritto universale alla salute indipendentemente dalla propria condizione. Non è un fatto irrilevante, anzi è proprio il principio fondamentale voluto dalle e dai costituenti: gli stessi che hanno sancito che l'Italia è una repubblica fondata sul lavoro.

Insomma: i principi che hanno guidato alla scrittura della legge 833 oggi si sono smarriti, e persino le persone fanno difficoltà a riconoscere i propri diritti, ognuno si arrangia come può e ogni necessità diventa una montagna da scalare con difficoltà insormontabili.

Perché, dobbiamo chiederci, si sono smarriti i principi fondamentali per la salute, perché siamo costretti a "pietire" le prestazioni sani-

tarie necessarie, per avere qualche risposta non dobbiamo dimenticare cosa è accaduto, giacché non si costruisce futuro senza conoscere il passato, senza individuare le ragioni che ci hanno portato in questa condizione tanto disperata da dover rimettere al centro la riconquista del diritto alla salute.

CIÒ CHE CI DICE IL PASSATO

Dobbiamo ricordare che nel febbraio del 1993 scoppia Tangentopoli con l'arresto di Mario Chiesa, presidente del Pio Albergo Trivulzio, una struttura assistenziale di Milano e casa di riposo per anziani, chiamata dai milanesi "la Baggina". Viene indagato il presidente dell'ENPAM, Ente previdenziale dei medici, nonché padre del ministro della sanità De Lorenzo. Insomma, il governo frana e viene insediato il governo tecnico con Ciampi presidente. Craxi fugge ad Hammamet, De Lorenzo viene imprigionato e a Poggiolini, alto dirigente del ministero della Sanità e presidente della Commissione farmaco trovano in casa un vero e proprio tesoro in mazzette di banconote cucite nei divani. Insomma, un clima autenticamente di decadenza politica e democratica. Ciampi, con il DL 517, modifica solo una norma del DL 502 rendendo le mutue integrative e non sostitutive. Resta intatta l'aziendalizzazione della sanità, seguendo e scegliendo il modello della Thatcher in Inghilterra, la competizione va a vantaggio dell'efficienza, via i partiti e sì alla nomina dei manager, trasformazione in "Aziende sanitarie". Le aziende sono pubbliche ma applicano le regole del privato, direttori generali nominati dai presidenti delle regioni prendono il posto di qualunque organismo partecipato, insomma si insedia la competizione tra sistemi per inseguire il simulacro dell'efficienza. Alla base di tutto ciò c'è l'ideologismo del mercato, la rivincita che il capitale ed il mercato si vogliono prendere sulla straordinaria stagione degli anni '70. Insomma, dopo Craxi si insedia il craxismo e qualunque politica è all'insegna del perseguimento dell'insediamento materiale e culturale dell'Azienda Italia, aziende pubbliche finanziate dalle tasse dei cittadini e delle citta-

dine ma che assumono pienamente le logiche e il modello competitivo del mercato.

Questo passato e la pandemia da Covid avrebbero dovuto insegnare che l'investimento nella sanità pubblica è una priorità assoluta, una risposta politica alla crisi sociale che non solo risponde alle esigenze popolari ma produce ricchezza distribuendola equamente. Invece, a partire dalla gestione fallimentare della politica nella gestione pandemica, si è addirittura incrementata ulteriormente la dismissione del sistema pubblico, sono drammaticamente calati i posti letto delle specialità e nelle urgenze così come nei reparti di gestione ordinaria non sono state incrementate le dotazioni tecniche e le attrezzature scientifiche necessarie a far fronte alla gestione ordinaria, preannunciando quindi una nuova catastrofe in caso di nuova urgenza pandemica. Il personale è abbandonato a se stesso, sottorganico e sottopagato in maniera disastrosa, (il più anziano e il meno pagato in Europa). Questo sfacelo è stato scientificamente voluto, per produrre l'abbandono progressivo delle strutture pubbliche e la loro sostituzione con il privato convenzionato e personale non più dipendente dalla sanità pubblica ma da cooperative private. Non c'è altra lettura possibile della distruzione in atto e dello smantellamento del sistema sanitario pubblico, quando poi si preferisce addirittura sottrarre quote del PNRR alla spesa sociale per produrre armamenti e munizioni da inviare in Ucraina o per riempire i magazzini oramai vuoti della Nato.

C'è bisogno immediatamente di dare corso a piani straordinari di assunzione per il personale, di stipulare convenzioni con le università, per un intreccio più virtuoso tra formazione e lavoro; c'è bisogno di vere e proprie campagne relative alla sorveglianza e allo screening sulle popolazioni. Insomma, smetterla con la delega onerosa al privato sulla vigilanza e l'inchiesta epidemiologica.

C'è bisogno di un vero e proprio cambio di passo! Va reinsediata la medicina territoriale e va fidelizzato il rapporto di lavoro con i medici di base; insomma va riconquistato il rapporto di fiducia tra medico e paziente. Va riprogettato il

territorio con strutture di servizio dedicati alla prevenzione ed anche al piccolo intervento, vanno reinsediati i consultori e le équipes sociali e mediche, va garantita la medicina scolastica, va ripresa l'inchiesta psico-sociale tra i giovani ed in particolare i giovanissimi, va garantita la laicità dei servizi e negli ospedali; in particolare per quanto riguarda l'interruzione volontaria della gravidanza. Insomma, concludendo quello che vogliamo è possibile, è già accaduto ed ha migliorato le condizioni di vita di milioni e milioni di persone

L'INIZIATIVA DI RIFONDAZIONE COMUNISTA

Per quanto riguarda Rifondazione, siamo presenti e partecipiamo alla costruzione delle lotte locali e nazionali, contro l'autonomia differenziata e per la riconquista piena del diritto alla salute, alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

Già alcuni anni fa, abbiamo lanciato, nazionalmente, come Rifondazione Comunista una vera e propria campagna contro le liste di attesa, utilizzando a nostro vantaggio i pochissimi spazi che le normative consentono. Oggi possiamo dire che la campagna contro le liste di attesa sviluppata attraverso sportelli aperti alle cittadine e ai cittadini si stanno diffondendo. Pensiamo che conoscere e riconoscere i propri diritti per l'accesso alle cure sia un primo passo per riconquistare lo spazio pubblico e i servizi dedicati. È anche uno strumento per contrastare l'odiosa pratica para-privata delle prestazioni sanitarie "intraoemia". L'intraoemia è una pratica odiosa, perché ci si sente negare o fissare in tempi "biblici" una prestazione sanitaria necessaria e richiesta da un medico, come per esempio visite specialistiche, esami diagnostici ecc., con l'unica ragione che non c'è posto o che le "agende sono chiuse". Se però si chiede come poter fare prima, ti viene proposta la prestazione, a pagamento, "intraoemia" ovvero all'interno della struttura a cui ci si è rivolti, pubblica o convenzionata che sia. Una prestazione fornita dallo stesso personale medico o con le stesse attrezzature della struttura sanitaria pubblica.

Pensiamo che questa pratica mercantile davvero odiosa vada cancellata, e soprattutto resa nota alle persone che hanno necessità di cura e diagnosi. L'apertura degli sportelli sui territori è certamente utile a saper meglio riconoscere i propri diritti, ma anche a creare consapevolezza sui propri diritti e a riconquistare un protagonismo sociale. Gli sportelli sui territori sono importanti anche per recuperare e rilanciare sui temi della salute e dell'impatto ambientale, sul valore della prevenzione, sull'importanza di avere nei quartieri reti di servizi socio-sanitari; insomma, sono importanti per riappropriarci di uno spazio di conoscenza e di riconquista di spazi. Sono importanti anche per rimettere al centro il valore e la necessità dell'intervento pubblico per il benessere psico-fisico delle persone, per i diversi disagi che in questa epoca si manifestano, specie verso le giovani generazioni. Su questo aspetto stiamo lavorando con la nostra organizzazione giovanile.

Stiamo ritessendo una trama di conoscenza, di progettazione e di intervento con le nostre strutture territoriali per costruire le vertenzialità a livello territoriale; una vertenzialità e una progettazione aperta ad altre esperienze e da costruire insieme ai soggetti che vivono nel territorio, la scuola, i centri sociali, la strada, i servizi territoriali. Insomma, ricostruire la mappa di ciò che c'è e di ciò che va costruito. Per fare questo c'è bisogno di conoscere le persone, le storie, i percorsi, i territori, i servizi, chi ci lavora, e sviluppare idee e progetti per quello che ancora non c'è. Questo è quello che ci proponiamo di fare; se ne saremo capaci dipenderà certamente da noi, ma non solo.

** Rosa Rinaldi è responsabile nazionale sanità e Presidente del Comitato Politico Nazionale PRC, già sindacalista per la Fiom nazionale, componente della Segreteria nazionale della CGIL Funzione Pubblica, componente del Direttivo della Direzione Nazionale Cgil. Dal 2003 al 2006 è stata Vice Presidente della Provincia di Roma, dal 2006 al 2008 Sottosegretaria al Ministero del Lavoro nel Governo Prodi.*

LE CONDIZIONI DI LAVORO DI NOI INFERMIERI

Giuseppe Saragnese*

Qualche anno fa Gino Strada, fondatore di Emergency, durante il COVID disse *“Il mio grazie va agli infermieri, un esercito che È sempre disponibile, pronto e che ha tenuto a galla il nostro Sistema Sanitario. Non penso si tratti eroismo ma di un grande senso di responsabilità.”*

I DIVERSI FATTORI DELLA CRISI DEL LAVORO INFERMIERISTICO

Ma cosa è successo in questi anni, quali cambiamenti e miglioramenti sono avvenuti? Ci sarebbe bisogno di un libro per fare una disamina accurata e approfondita, in estrema sintesi: le condizioni di lavoro sono peggiorate, oltre la più nera previsione.

Nel 2022 uno studio della Università di Roma “Unicamillus” segnalava le criticità tra il bisogno di cure e le disponibilità di risorse del SSN che aveva subito da anni di tagli ai servizi e al personale. Nonostante tutto gli infermieri hanno lavorato, con mille sacrifici in più che nel passato, per assistere i pazienti che richiedevano cure intensive durante il COVID, addirittura, e comunque, senza Dispositivi di Protezione Individuali. Numerosi i ricorsi all’assistenza di psicologi in quel periodo, con segnalazioni di gravi disagi personali che si sono riversati anche sui familiari che hanno subito l’impatto fisico e mentale dei loro congiunti, tanti abbandoni con licenziamenti, e “rifugio” nelle strutture private, ma anche richieste di trasferimenti fuori dagli ospedali.

Sicuramente la pandemia ha trasformato l’assistenza infermieristica perché il personale sanitario ha dovuto acquisire velocemente nuove competenze e adattarsi a nuovi protocolli sanitari senza essere preparati adeguatamente e but-

tati allo sbaraglio ad affrontare la guerra contro un avversario sconosciuto.

In Italia mancano 150 mila infermieri (dati Gimbe), sono iscritti all’Ordine degli infermieri (FNOPI) poco più di 332 mila con una media di 6,2% per 1000 abitanti, standard molto lontani dagli altri Paesi europei.

Tra le cause, c’è l’invecchiamento della popolazione infermieristica (causato dalle mancate assunzioni e dall’aumento dell’età pensionabile), il peggioramento delle condizioni lavorative e lo scarso numero di posti disponibili nei corsi di laurea. Sicuramente lo scarso riconoscimento professionale ed economico (vedasi le scarse risorse economiche messe, anche dal governo Meloni come dai governi precedenti) per il rinnovo contrattuale della sanità con aumenti irrisori di presunti 150 euro mensili). Inoltre ci sono indennità (turno, festività, notturno) ferme da tantissimi anni, e purtroppo l’azione del sindacato è irrilevante, come si è visto negli ultimi scioperi poco partecipati in Sanità. Questo perché i lavoratori si sentono abbandonati in una gabbia dove il conflitto è inesistente e anche la libertà di parola è sostanzialmente repressa.

In questo stato di cose, ci sono anche centinaia di infermieri (i più giovani) che da anni scappano all’estero, e chi resta non vede l’ora di andare in pensione, malgrado l’obiettivo si allontani causa le ultime manovre governative che allungano l’età pensionabile.

Numerosi studi hanno dimostrato in questi anni che un numero sempre più elevato di infermieri ha l’intenzione di lasciare il posto di lavoro perché costretti a lavorare con carichi sempre più gravosi e in condizioni di lavoro peggiorate, soprattutto nei Pronto Soccorso, dove aumenta l’afflusso di pazienti perché la Sanità territoriale È stata distrutta e i medici di base sono sempre

meno, e in alcuni territori ormai mancano del tutto e non vengono sostituiti. Queste sono – anche – le cause delle crescenti difficoltà degli infermieri e dei medici nel rapporto con malati e familiari, che si trovano spesso a sopportare attese insopportabili nei corridoi.

Certamente c'è anche il problema, strettamente collegato alle altre problematiche, mai affrontato nell'ambito della nostra professione, degli scarsi incentivi a restare, quasi fosse un silenzioso ed efficace invito aziendale ad andare via dalla sanità pubblica.

Dall'altra parte, è aumentato, in particolare nei Pronto Soccorso, il personale sanitario "gettonista": soprattutto medici che sopperiscono (con qualità e continuità assistenziale tutta da verificare) alla carenza di personale e a cui la Sanità Pubblica paga stipendi enormemente più alti dei colleghi dipendenti, creando dissapori e relativa assenza di relazioni umane e professionali che nulla di buono portano all'assistenza dei pazienti: da decenni, hanno visto anche ridurre tempi e qualità a causa della riduzione drastica dei tempi standard di assistenza e che, paradossalmente, determinano il fabbisogno degli organici medici e infermieristici, debilitando lo stesso essenziale lavoro d'equipe.

Altro dato preoccupante riguarda la fuga di molti infermieri che lasciano la professione nel pubblico per fare la "libera professione" sul territorio affermando che la loro qualità della vita è nettamente migliorata. In un recente studio dell'Università di Genova, il 59% di infermieri nel Servizio pubblico soffre di stress correlato. Il 36% sente di non avere più il controllo del proprio carico di lavoro. Il 47,3% si percepisce privo di energia e il 40,2% ravvisa un esaurimento emotivo elevato. Il 45,4% riferisce del poco tempo per la vita personale e familiare, e il 45,2% dice di voler lasciare nel 2024 la propria attività causa totale insoddisfazione lavorativa.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Questo stato di insoddisfazione ha a che fare

anche con il veloce aumento in questi anni degli applicativi informatici come strumento di lavoro. Provocano una minore attenzione verso le cure dirette ai pazienti? Pure su questo tema è indispensabile, anche sul fronte sindacale, una maggiore attenzione con studi di conoscenza sul campo.

In questo quadro, molte sono le responsabilità dei vari governi, che non hanno stanziato risorse economiche adeguate agli standard europei. Gli stessi sindacati in questi anni hanno firmato contratti inadeguati senza consultare i lavoratori. Gli ordini professionali, a loro volta, non hanno tutelato adeguatamente le professioni sanitarie.

Dunque, lavorare nella sanità pubblica, per noi infermieri dipendenti, e per i medici, è diventato un percorso quotidiano a ostacoli, e per chi è arrivato a una certa soglia di età la situazione è pesante, gravoso e usurante. L'età media (tra i 50 e i 64 anni) è aumentata vertiginosamente dal 2005. Per le stesse aziende (quelle che hanno ancora come faro i principi del Servizio Sanitario Pubblico), il dato è uno svantaggio in termini di produttività, perché compromette la capacità di gestire i carichi di lavoro, sostenere i ritmi e adattarsi alle nuove tecnologie.

In conclusione, il minimo indispensabile per la salvaguardia del SSN e della stessa salute e sicurezza degli operatori è rappresentato da un'adeguata sorveglianza sanitaria; dalla riduzione dell'età pensionabile, in particolare per i lavori usuranti come quello degli infermieri; dal favorire il ritorno di chi è stato indotto ad andare nel privato e all'estero; dall'assunzione urgente di nuovo personale: dall'incentivo salariale e da un forte riconoscimento professionale.

** Giuseppe Saragnese è infermiere professionale all'asst-pg23 Bergamo, componente del Direttivo Fp CGIL Bergamo, Aderente a Le Radici del sindacato, opposizione in CGIL.*

ANCHE IN CALABRIA SI PUÒ ESSERE TRATTATI BENE!

Pino Scarpelli*

I DISASTRI DELLA SANITÀ CALABRESE

Assenza dei servizi socio-sanitari e sociali, inefficacia e inefficienza della rete assistenziale, diseconomie di gestione, mancata programmazione del fabbisogno formativo degli operatori, alterato rapporto pubblico-privato, scarsa democrazia interna del sistema, pesanti carenze strutturali e tecnologiche, grave assenza di una ricerca pubblica finalizzata all'assistenza, logiche perverse sulla spesa farmaceutica, mancanza di controlli sull'operato "liberista" dei Direttori Generali delle ex ASL, aziende sanitarie gestite spesso in modo monocratico a fini clientelari, le pessime organizzazioni sindacali che stanno a guardare complici della gestione clientelari che fa molto comodo ai signori della casta sindacale., esternalizzazioni dei servizi anche al di fuori di sane logiche gestionali, costante aumento del precariato, politiche gestionali di scarsa interazione con gli Enti Locali.

In sintesi, questo è il quadro della Sanità nel nostro Paese, e se lo è in generale immaginiamo nel Mezzogiorno e in Calabria quale sia la realtà!

La fragilità del nostro sistema sanitario e la sua incapacità di assicurare a ogni cittadino il diritto alla cura, ancor più drammaticamente evidenti in fondo allo Stivale, ci farebbero gridare alla indispensabilità di ritornare ad un'unica sanità pubblica e nazionale, non venti sanità regionali saldamente in mano ai privati e ai loro colossali profitti e malamente amministrate da un pessimo ceto politico che su di essa ha realizzato posizioni e potere.

Sarebbe prioritario strappare la sanità ai famelici appetiti dei suoi attuali padroni e restituirla al suo legittimo proprietario che è la collettività

sociale con il suo inesaudito diritto costituzionale alla salute!

I disastri operati dai processi di regionalizzazione di tante competenze e servizi sono sotto gli occhi di tutti, e il processo iniziato con la sciagurata riforma del Titolo V della Costituzione oggi rischia un enorme salto di qualità con l'approvazione della cosiddetta Autonomia Differenziata e l'effetto dirompente che inevitabilmente determinerà. I disastri diventeranno sicure catastrofi... e allora sarà difficile metterci mano. A meno di non accontentarsi dei discorsi dei pifferai di turno sui LEP.

LE CHIACCHIERE NASCONDONO SEMPRE BEN CORPOSI INTERESSI

Non si tratta solo di rivendicare il giusto stanziamento delle risorse, ma anche di vigilare sul loro uso. Il raggiungimento dell'efficacia si coniuga con l'efficienza dell'operato di chi ne ha le prerogative, come ampiamente dimostrato. Risulta sì necessario ma non sufficiente reclamare più risorse: è necessario al contempo realizzare un'organizzazione in grado di dare risposte adeguate e ottimali, una rilevazione precisa dei bisogni assistenziali complessivi, sociali, sociosanitari e sanitari, una pianificazione degli interventi da attuare e una programmazione delle azioni primarie per dare risposte mirate, rapide, al massimo risolutive. La tutela della salute delle nostre collettività passa meno dalle roboanti dichiarazioni delle Amministrazioni regionali in carica, delle opposizioni in seno ai Consigli regionali, delle tre maggiori Organizzazioni Sindacali, più indirizzate a portare acqua agli uni o agli altri piuttosto che a difendere il diritto alla Salute dei cittadini e passa di più per la partecipazione e il coinvol-

gimento fattivo di quei bravi operatori sanitari (medici, paramedici, OSS) e della collettività tutta sull'utilizzo e la gestione delle risorse. Ma la trasparenza, in un campo così ricco e attrattivo per le scorrerie di gente senza scrupoli, è il più grande dei nemici, si sa!

Potenziare la strumentazione esistente e aumentare il numero delle professionalità operanti nel settore sono le vere priorità dei nostri territori, entrambe invisibili (al di là delle chiacchiere che siamo costretti quotidianamente ad ascoltare e a cui troppo spesso gli organi di informazione fanno da cassa di risonanza piuttosto che attuare serie ed approfondite inchieste) a chi fa della sanità un terreno di potere politico-clientelare e di profitto economico.

Non a caso il grande tabù su cui nessuno ha voglia di condurre una vera e propria campagna che è l'aberrazione del numero chiuso per l'accesso alle Facoltà di Medicina, con il contorno di corsi di preparazione a carissimo prezzo che si svolgono in Italia con il beneplacito di tutti. O l'utilizzo dei "medici a gettone", medici che vengono chiamati dall'esterno delle strutture pubbliche per coprire a costi inauditi la carenza strutturale di personale.

L'ultimo rapporto SVIMEZ sulla Sanità nel Mezzogiorno pubblicato di recente ribadisce le forti criticità della situazione. E in Calabria è, se possibile, ancora peggio: qui sono negativi tutti i dati e le problematiche elevatissime: dalla rete di emergenza urgenza alla rete ospedaliera, dalla medicina territoriale agli imbarazzanti tempi delle liste d'attesa, si rileva solo una serie infinita di difficoltà che neppure il Commissario alla Sanità calabrese, Presidente della Regione, ha mai nascosto e che motiva l'altissima mobilità sanitaria passiva dei calabresi verso altre regioni e che costa circa 300 milioni di euro all'anno.

I SOLITI NOTI SI OPPONGONO ALL'ARRIVO DEI MEDICI CUBANI

E veniamo al tema dell'arrivo dei medici cubani in Calabria.

Nell'estate 2022 è stata resa pubblica l'idea di chiedere l'apporto di medici provenienti da Cuba, tramite un accordo che ne prevede la presenza fino al 2025. Inizialmente erano alcune

decine; oggi sono oltre 300 i medici cubani che operano in Calabria, e il numero dovrebbe ancora crescere fino a 500. Già in questo momento rappresentano una cifra considerevole, se si pensa che i medici ospedalieri in servizio nella nostra regione sono circa 2.000.

La richiesta di questo numero di medici è stata resa indispensabile dalla situazione disastrosa prima delineata, dalla carenza strutturale di medici, infermieri, operatori sanitari, persino di ambulanze e di materiale e attrezzature di ogni tipo, di consultori e di diversi servizi, dallo stato di depotenziamento di strutture e ospedali. Dei tanti posti disponibili, banditi tramite i concorsi effettuati negli ultimissimi anni, ne sono stati coperti neppure il 50% e numerosi servizi si sarebbero dovuti chiudere.

E ora veniamo ai paradossi, che continuano a caratterizzare il dibattito in Calabria dall'estate di due anni fa: questa operazione è stata fortemente voluta da un Presidente di Regione di Forza Italia, che in precedenza aveva svolto rilevanti funzioni anche parlamentari per questa forza politica, ma è stata sin da subito avversata dall'opposizione di centrosinistra calabrese e dalla CGIL, il cui segretario regionale chiedeva chiarimenti "sull'utilizzo di queste figure e il rispetto del Contratto Nazionale" (alludendo su modalità di pagamento e condizioni di lavoro, ma evidentemente ignorando il rispetto dei diritti e la cultura del lavoro esistenti a Cuba). Tant'è che addirittura un consigliere regionale del PD veniva convocato dalla preoccupatissima Ambasciata statunitense di Roma per discutere su quanto stesse accadendo in Calabria. Tanto stupore ha determinato la sua scelta di recarsi in quegli uffici, come se un cittadino o un rappresentante nelle istituzioni elettive in Italia fosse in dovere di relazionare a uno Stato estero su questioni della vita interna.

Ancora oggi periodicamente qualcuno prova vanamente a ostacolare quanto accade. Qualcuno che ben rappresenta i poteri forti del settore, che godono di cospicui vantaggi e veri e propri intollerabili privilegi da uno stato delle cose che penalizza i cittadini tutti ancor di più chi non ha "santi in paradiso" né portafogli ben gonfi da aprire alla bisogna. Spesso è qualche rappresentante dell'area PD, in vena di opposizione

tanto idiota quanto interessata, e in particolare il presidente (da ben 27 anni, una sorta di carica vitalizia!) dell'Ordine dei Medici di Cosenza, che lancia velenosi e forsennati attacchi contro i medici cubani, della cui presenza appare ossessionato sin dal primo giorno. L'ultimo assalto qualche settimana fa: con parole forti e ai confini con il razzismo, egli metteva in discussione i loro titoli di studio e le loro pratiche, omettendo vergognosamente che parlava di specialisti apprezzati nel mondo.

Queste posizioni, oramai sempre più residuali, non devono stupire. Anzi, stupisce come la forza della realtà abbia sopraffatto tutte le critiche e le polemiche, nonostante la forza dei potentati di cui erano espressione. Una vera e propria alleanza a tutela di interessi particolari di una ristrettissima casta abituata a gestire come “cosa loro”, a fare il bello e il cattivo tempo, a disconoscere il sacrosanto diritto alla salute dei cittadini. Una cerchia di politici che ha usato la sanità calabrese come il terreno delle loro scorrerie clientelari, di presunti “manager” che hanno amministrato enormi capitali e risorse umane a loro piacimento, di qualche barone che ha gestito il pubblico come cosa privata, un feudo da governare. I padroni della sanità privata, interessati alla chiusura e all'affossamento delle strutture e dei servizi pubblici. Le cooperative dei medici “a gettone”, che sottraggono forti risorse pubbliche con le loro tariffe da 150 euro all'ora! Tutti costoro non hanno mai levato una voce negli anni per denunciare lo stato delle cose ma hanno sempre prosperato con le situazioni di emergenza, né avevano alcunché da dire neppure quando nell'inverno 2020 la Calabria finì in zona rossa non per numero di casi ma per mancanza di posti in terapia intensiva!

LE BUGIE HANNO LE GAMBE CORTE

Naturalmente la mala fede non ha retto alla concretezza dei fatti. L'apporto alla sanità calabrese dei medici cubani appare con tutta evidenza notevole: le loro professionalità, competenze, disponibilità ed empatia relazionale stanno producendo per le strutture e per i servizi, tutti essenziali, effetti ampiamente positivi ed estremamente utili, permettendo di evitarne in diversi casi la chiusura. La loro presenza è largamente e

unanimemente apprezzata dalle comunità locali, dalle associazioni che ne tutelano i diritti, dagli Enti Locali nei cui territori lavorano, dalle colleghe e colleghi italiani che operano seriamente nelle note condizioni e con i quali è costante lo scambio di conoscenze e pratiche e l'interazione professionale.

È stato qualche settimana fa pubblicato su “The Lancet”, la rivista di medicina forse più importante del mondo, un report sul contributo dei medici cubani nel fronteggiare la crisi drammatica del sistema sanitario calabrese, redatto da un gruppo coordinato dal prof. Bruno Nardo, docente di Chirurgia Generale presso Medicina dell'Università della Calabria e direttore dell'UOC di Chirurgia Generale presso l'Ospedale di Cosenza.

Del resto, come dice Rubens Curia, medico calabrese e portavoce di “Comunità competente”, una rete informale di associazioni e comitati di cittadini molto attiva sul tema della sanità e non solo, “Con tutte le polemiche che ci sono state se mezza cosa fosse andata storta sarebbe scoppiato un putiferio”.

Inizialmente risultati “una boccata d'ossigeno”, sono oggi considerati universalmente “indispensabili” e infatti vengono richiesti ovunque. Sostegno, entusiasmo e gratitudine li accompagnano, pur nella consapevolezza che non sono loro a poter essere la risoluzione dei problemi strutturali, per affrontare i quali occorre programmazione gestionale e politica, volontà di cambiamento reale e rottura con un triste passato, risorse e trasparenza.

I riconoscimenti e il plauso che quanto sta accadendo in Calabria sta ricevendo fa sì che altre Regioni stiano attivandosi per poter avvalersi di questi professionisti.

Come è stato possibile tutto ciò? Sarà che questi medici vengono da Cuba dove, da oltre 60 anni, si vive nella prospettiva della centralità dei diritti sociali e dei servizi pubblici per soddisfarli. O forse perché, più semplicemente, come diceva qualcuno “trattano tutti bene e allo stesso modo”. In Calabria non ci siamo abituati. Ma neppure nel resto d'Italia.

** Pino Scarpelli è componente della Segreteria nazionale dell'Associazione di Amicizia Italia-Cuba.*

CONTRO L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Gianluigi Trianni*

Non si può prescindere, in questa sede, dal rimandare a quanto autorevolmente documenta il report GIMBE del marzo 2024 sull'impatto dell'autonomia regionale differenziata sul SSN, non solo già frazionato in 21 servizi sanitari e gravemente sotto finanziato, ma già caratterizzato da enormi diseguaglianze regionali in termini di adempimenti ai LEA, di aspettativa di vita alla nascita, di mobilità sanitaria, oltre che di attuazione della Missione Salute del PNRR.

Né si può prescindere dal rimandare al saggio *Spezzare l'Italia. Le regioni come minaccia all'unità del Paese* di F. Pallante, il cui titolo è già descrittivo del rischio Autonomia regionale differenziata anche per la sanità.

Né si può discettare della letterale impossibilità con l'autonomia regionale differenziata di una adeguata funzione contrattuale nazionale, già oggi parcellizzata regione per regione, e addirittura, azienda sanitaria per azienda sanitaria, per quanto attiene le remunerazioni e la gestione dei diritti contrattuali dei professionisti dipendenti.

Elemento questo che connota l'autonomia regionale differenziata non solo come processo politico eversivo della Costituzione (cfr. Artt. 1-12 della Cost), una sorta di golpe bianco progressivo nei decenni a partire dagli anni '90 (cfr. D.lgs. 502/92), ma anche come un attacco esiziale ai diritti ed alle remunerazioni del lavoro professionale dipendente, anche dei medici, e alla possibilità per loro di difenderli con la contrattazione sindacale.

Mi limiterò quindi ad alcune considerazioni su aggiuntive su altri aspetti.

UNA SOLA SALUTE

In primo luogo, è ormai patrimonio consolidato della comunità scientifica che la salute non può essere affrontata unicamente dal settore sa-

nitario, poiché le politiche in tutti i settori hanno un impatto sulla salute o immediatamente diretto o comunque indiretto in termini di qualità della vita e di dignità umana, che ne è il presupposto. L'OMS riconobbe il ruolo che il contesto sociale, economico e politico ha sulla salute delle persone già con la dichiarazione di Alma Ata (1978) e dalla Carta di Ottawa (1986).

L'U.E. nel 2006, ha lanciato l'approccio "Health in All Policies" [Stahl 2006].

Lo stesso Ministero della Salute nel 2007 ospitò la conferenza intergovernativa congiunta EU-WHO "Health in All Policies: achievements and challenges".

Più recentemente a seguito dell'epidemia di Covid-19 generata dalla trasmigrazione del virus SARS Cov. 2 dal mondo animale (pipistrelli) all'uomo in un contesto di progressivo danno ambientale da "antropizzazione irresponsabile generata dalle attività "profittevoli", la comunità scientifica e l'OMS hanno sostenuto l'approccio "One Health" alla politica sanitaria, cioè la gestione integrata della tutela della salute umana, animale e della dell'ambiente

È evidente quindi che la disarticolazione in 21 ambiti territoriali regionali/provinciali, vera e propria via regionale al neoliberalismo delle altre 22 materie, oltre alla sanità, cruciali per il lavoro i suoi diritti e l'ambiente costituisce di per sé pericolo per la salute.

Per gli effetti sulla qualità delle cure della privatizzazione si rimanda alla letteratura anglosassone, per esempio a B. Goodair, A. Reeves (3). Quindi non è sufficiente lo scorporo della materia Sanità dal processo politico dell'Autonomia regionale differenziata.

Tutte le 23 materie "debbono essere scorporate" Alla luce delle *mission* delle politiche sanitarie

più attuali e responsabili nessuna materia legislativa va lasciata alla autonomia regionale differenziata!

PRIVATIZZAZIONE DEL SSN

In secondo luogo, con inverarsi della Autonomia regionale differenziata a fronte della sua ulteriore disarticolazione, il potere programmatico pubblico in Italia verrebbe ulteriormente indebolito a fronte dell'espandersi e del consolidamento proprietario ed organizzativo delle multinazionali sanitarie (es. Synlab, Affidea) ed assicurative (Unipol Generali ed altre), potenziate tutte dalla disponibilità di capitali d'investimento delle private equity, quindi dalla loro finanziarizzazione.

Nel 2021, in Italia, G. Trianni e A. Gazzetti (4) contrariamente a quanto si richiama di solito, sulla base di report del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) segnalano che il mercato della sanità non ammontò solo al circa il 22,7%, della spesa, a pari 37,16 Mld di euro da spesa privata diretta o "out of pocket", comprensiva del mercato assicurativo, ma arrivò a ben € 106,262 Mld pari al 64,9 % del totale della spesa sanitaria (accertata) essendo alimentata dalla convenzionata specialistica, ospedaliera e di base, dai servizi di supporto all'assistenza, comprensivi di PPP (partenariato pubblico privato) e di farmaceutica.

Nel 2024 in pieno e sempre più insistente battaglia pubblicitario di collaborazione pubblico privato reclamata dalle associazioni imprenditoriali di settore, tale fenomeno si incrementerà sia per il ricorso a finanziamenti aggiuntivi per il convenzionato per fronteggiare le liste di attesa, sia per fenomeni di ristrutturazione interna al settore privato come l'accordo dello scorso novembre 2023 per costituire una rete ambulatoriale privata, "smart clinic", con accesso privilegiato ai suoi assicurati di Generali da Nord a Sud utilizzando le competenze specialistiche del gruppo San Donato, oggi operante prevalentemente in Lombardia, sia per politiche neoliberali che l'attuale governo prosegue sulla scia dei precedenti quali ad esempio le politiche di espansione delle "Farmacie dei servizi" con il recente decreto "semplificazioni" quali strutture di sanità territoriale prossimità private.

ART. 11 DEL DDL 1665

In terzo luogo, in base al comma 1 dell'art. 11 del ddl 1665 Calderoli, gli "atti di iniziativa delle Regioni" già presentati, e sui quali è già stato avviato il confronto con il Governo, proseguirà secondo le "pertinenti disposizioni della presente legge". Perciò Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna godranno di un iter privilegiato che potrebbe vederle acquisire l'autonomia legislativa in molte materie già nel corso del 2024.

Lo ha già ripetutamente dichiarato il presidente del Veneto Zaia, annunciando la ripresa immediata delle trattative nelle nove materie non vincolate ai Lep, libere dai vincoli della determinazione dei Lep e dei loro finanziamenti (4).

Tali materie, tra le quali peraltro pur "risparmiando" i medici sono coinvolte tutte le altre professioni sanitarie, quella relativa a "Professioni" non sono insignificanti solo perché meno proposte in maniera critica all'opinione pubblica come la scuola, la sanità, l'ambiente e l'energia e tutte ad altissimo rischio di ulteriore privatizzazione e finanziarizzazione, (previdenza complementare e integrativa e banche), e di "esternalizzazione" ed appalto di servizi pubblici (protezione civile), di deleteria competizione tra regioni (Commercio estero e rapporti internazionali).

Ma, a mio parere, vista la pulsione del ministro Calderoli a fare e vedersi accettate dalle sue maggioranze, "porcate" e lo sport politico nazionale che è quello di manipolare i fatti e i riferimenti ai principi della Costituzione, come denuncia P. Maddalena (5) si che tra omissioni e manipolazioni potremmo dire che la Costituzione formale e giuridica è una cosa e quella "agita" un'altra è possibile che anche la sanità sia subito "devoluta" alle pulsioni autonomistiche di Veneto, Lombardia ed Emilia – Romagna.

Infatti, a differenza dei Lep delle altre materie, i Lea sono già previsti e già "tariffati" dal primo gennaio 2024 dalla normativa in essere, ed il finanziamento è costituito dal Fondo sanitario nazionale già definito dalla legge di Bilancio 2024! Tutto è possibile.

FUNZIONI AMMINISTRATIVE "DEVOLUBILI"

In quarto luogo, come segnala Villone (7) delle

oltre 500 funzioni nelle quali si articolano sul piano amministrativo le 23 materie devolubili ex Autonomia regionale differenziata, individuate dal Ministero delle autonomie (8), alle 184 riferibili alle materie non Lep, per ciò stesso tutte devolubili subito, ad esempio quelle delle Professioni, anche tra le altre, comprese quelle della Sanità sono reperibili funzioni extra Lep/LEA, ad esempio quelle sul personale.

Più che il rischio c'è la certezza del marasma istituzionale, amministrativo e gestionale, e dei relativi sovraccosti e paralisi, nel quale precipiterebbe / precipiterà la sanità pubblica ed il sistema sanitario in tutte le regioni in Italia.

Per un approfondimento si allegano due schede *ad hoc*.

CONCLUSIONI

Siamo dieci giorni dal 29.04.24 giorno nel quale inizierà alla Camera la discussione al termine della quale con ogni probabilità, visto l'accordo di programma dell'attuale governo ed il quadro politico di saldo scambio "Autonomia Differenziata" / "Premierato" interno della maggioranza "ampiamente assoluta", sarà il ddl Calderoli sarà legge.

La maggioranza continua irresponsabilmente ed arrogantemente ad essere ignorate le denunce ed opposizioni del sindacalismo medico, del sindacalismo autonomo e della parte maggioritaria del sindacalismo confederale, così come di vasti e maggioritari settori della cultura e delle professioni e di Anci, Corte dei conti, Ufficio Parlamentare di Bilancio, Banca d'Italia, Conferenza Episcopale Italiana, settori non di Confindustria le ACLI e persino alla Commissione Europea.

Le minoranze "abbaiano ma non mordono" con forti manifestazioni di dissenso istituzionale come, ad esempio, quella del Presidente e di centinaia di sindaci della Campania.

È incredibile: siamo a dieci giorni da un ulteriore passo ad alto rischio di irreversibilità di quel processo che, non esito a definire, di eversione della Costituzione e dell'unità della Repubblica e, tra tutto l'enorme altro, anche di demolizione del Sindacalismo medico e dei suoi ambiti di contrattazione a difesa dei diritti e dei redditi dei medici, già oggi compromessa dalla regionalizzazione in essere.

A questo punto occorre elevare il livello della

opposizione:

Sono necessarie da subito:

- una stagione di scioperi anche generali;
- la preparazione dei Referendum abrogativi eventualmente possibili;
- la preparazione della richiesta alle Regioni di ricorso alla Corte costituzionale;
- la richiesta alla Emilia-Romagna di ritiro immediato della sua richiesta di ARD 2018/2019, già avanzata con LIP regionale da oltre seimila elettrici ed elettori;
- una campagna di invito alle elettrici ed agli elettori in occasione delle elezioni europee ed amministrative comunali di sabato 8 e domenica 9 giugno di non votare candidate e candidati e liste che nei rispettivi programmi e nelle rispettive iniziative elettorali non si dichiarino concretamente ed insistentemente contro il DDL Calderoli e l'autonomia regionale differenziata.

Bibliografia

L'autonomia differenziata in sanità, Report Osservatorio GIMBE 2/2024

F. Pallante, *Spezzare l'Italia. Le regioni come minaccia all'unità del Paese*, Einaudi, 2024

B. Goodair, A. Reeves, *The effect of health-care privatisation on the quality of care - National Institutes of Health (NIH) (.gov)*, Lancet Public Health. 2024 Mar.

G. Trianni A. Gazzetti, *Privatizzazione, concentrazione di capitali e finanziarizzazione nella sanità italiana* - Quotidiano Sanità 2023.05.22

DDL 1665 Calderoli. "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" (approvato dal Senato DDL

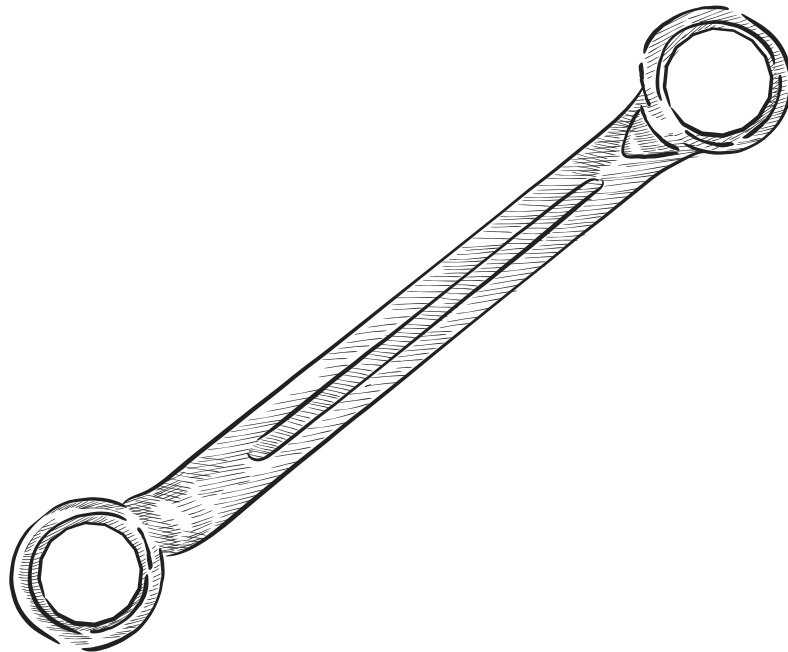
P. Maddalena - *L'autonomia regionale differenziata solidarietà e territori* - Relazione alla Fondazione Banco di Napoli, 24.02.28.

M. Villone *Autonomia lo scambia Lega Meloni*, La Repubblica Napoli 2024.04.04

Ricognizione della Normativa e delle Funzioni Statali nelle Materie di cui all'articolo 116, terzo comma, Cost. - Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie

* *Gianluigi Trianni fa parte di Medicina Democratica e del Comitato contro ogni Autonomia Regionale Differenziata.*

MATERIALI



Pubblichiamo nella sezione “Materiali” due interventi che, per un disguido, non hanno trovato spazio nello scorso numero sul patriarcato. Ce ne scusiamo con le autrici, Cristina Gramolini e Giovanna Capelli. Al contempo, è un modo per proseguire la riflessione...

PATRIARCATO D’OGGI

Cristina Gramolini*

“Patriarcato” è un termine militante per dire il dominio maschile, invece nelle scienze antropologiche è un termine che si riferisce a forme di società primitive.

Nel primo senso io l’ho incontrato in casa da bambina e ha rovinato la mia infanzia.

Oggi la prima cosa che mi viene in mente se penso ‘patriarcato’ è la strage di donne, come una guerra infinita casa per casa. L’impotenza, l’indifferenza, la rassegnazione.

Il femminismo è stata l’opera delle donne per salvare se stesse, ha tanti percorsi ma quella comune matrice. Prima di incontrarlo vedevo donne sopportare senza volontà di lottare ed ero sfiduciata, penso che questo abbia avuto un peso nella difficoltà di identificazione femminile che ho attraversato. Un giorno finalmente una donna mi si è presentata come integra e senza imitare gli uomini, come invece facevo io, o l’ho voluta vedere così. È cominciata per me in quel punto una revisione della mia interpretazione della realtà, ho dato retta al femminismo, a cui prima guardavo come a una incoerente lamentela, ho voluto disimparare i paradigmi universali di cui ero imbevuta, rivoluzionari ma neutri. Essere rivoluzionari è difficile, ma essere femministe lo è di più perché è ancora più scoraggiato, controcorrente, smentito dalla cultura. Ho rivestito il mio lesbismo di femminismo, ho creduto che fosse femminista inconsciamente.

Un problema di oggi in Occidente è che si è reso il femminismo appetibile per calcoli estranei alle donne e così tutti sono femministi, forse è una vittoria e come tutte le vittorie porta a mancare le promesse; oppure è un’appropriazione da parte di chi vuole usarlo per ottenere consensi, o un vezzo pubblicitario, o un conte-

nitore svuotato per disinnescare la pericolosità, o un’ideologia non consumata da sciupare, o senso comune un po’ piatto.

Comunque non mi lamento che sia in auge se questo salva qualche vita, anche la destra prende le distanze dal primato maschile e anche la Chiesa: i tradizionali nemici della libertà delle donne oggi hanno accenti più miti. Resta che la violenza maschile incombe su di noi in tutte le età della vita, bambine, ragazze, adulte, anziane; ed è violenza fisica, sessuale, culturale, psicologica, finanche i farmaci sono progettati su un corpo medio maschile! La violenza maschile contro le donne si fa forte del ricatto sui figli ed è trasversale alle altre forme di ingiustizia, come la divisione in classi o il razzismo. Non ci resta che continuare a erodere la misoginia con il pensiero e l’impegno, con pazienza perché “C’è ancora domani”, per dirla con una brava attrice e regista come Paola Cortellesi.

Da qualche tempo le femministe usano dire che il patriarcato è subentrato al patriarcato. Nel libro *Noi le lesbiche* (2021) abbiamo scritto che “il fratello libertino, almeno in Occidente, non dispone più dei corpi femminili secondo un diritto naturale. Per accedervi deve comprare o sedurre. La dialettica vittima-oppressore propria del vecchio patriarcato si gioca ora sul terreno della libertà e dei diritti”, per esempio nella richiesta di una legislazione sulla maternità surrogata.

Il controllo della donna sulla sua capacità generativa e la sua responsabilità vengono invocati per creare un nuovo campo commerciale libero da ingombri, ammantato di autodeterminazione. È ben giusto che la donna decida se e quan-

do essere madre e se coinvolgere partner di sua fiducia per la crescita di chi nasce. In forme di famiglie che si vogliano post-patriarcali è possibile già qui e ora che una donna voglia dare un figlio a un uomo anche senza rapporti sessuali e senza cliniche della fertilità, ovvero con l'autoinseminazione, affinché se ne prenda cura insieme a lei o da solo; e se lei volesse dare a lui anche la responsabilità genitoriale esclusiva può ricorrere al parto anonimo in modo che il padre possa essere l'unico genitore legale.

Invece di questo percorso davvero autogestito e basato sugli affetti, abbiamo sostenitori del modello americano dei contratti che vincolano le gestanti a rinunciare preliminarmente al nascituro e a farsi impiantare l'ovocita di un'altra donna (con rischi per la salute dell'una e dell'altra) perché non abbia legami genetici con il figlio. Questi contratti applicano affiancamenti psicologici per convincere la donna che quanto avviene al suo corpo non la riguarda. La monetizzazione di questa pratica pretesa solidale garantisce profitti crescenti alla medicina riproduttiva.

Non può essere accettata a sinistra una pratica sociale di questo tipo che porta il capitale fin dentro i corpi umani; la speciosa argomentazione che senza di essa alcuni esseri umani non nascerebbero affatto mi pare più adatta a un posizionamento *pro life* che alla sinistra.

Il matrimonio è stato una istituzione finalizzata ad assicurare agli uomini una discendenza certa a cui trasmettere l'eredità, mentre per le donne è stato un modo per far fruttare il corpo fertile al fine di ottenere la migliore posizione. Oggi con la gestazione per altri (gpa) l'uomo che non ha interesse per nessuna donna non ha necessità di vigilare vita natural durante sulla fedeltà sessuale di una moglie, può passare al *temporary shop*, con vantaggi economici che mi ricordano quelli del passaggio dall'uso dei servi a quello dei salariati. Il servo non aveva capacità né libertà, lavorava e apparteneva al signore che si sobbarcava i costi (magri) di tenerlo in vita, mentre il proletario è libero di vendere la sua prestazione a un acquirente che lo retribuirà fino a quando ne trarrà un vantaggio economico: la precarietà fluida del sistema odierno rende incerto il suo reddito. La gpa consente di

parlare di proletarizzazione del materno, con la committenza da un lato e il lavoro riproduttivo salariato dall'altra parte.

Proprio questo snodo porta alcune donne comuniste a considerare insensato il divieto di gpa, come lo è del lavoro salariato, finché vigono le regole del mercato per sopravvivere; occorre invece secondo loro ottenere condizioni di lavoro meglio retribuite e sicurezza per la salute. Questo discorso sindacale vale per il lavoro dipendente, ma chiedo perché mai dovremmo accettare la conquista capitalistica della fisiologia dei corpi viventi quando è una frontiera che possiamo non superare? Per autorizzare il lavoro riproduttivo servono leggi positive attualmente in Italia non esistenti e senza le quali quel lavoro non può svolgersi. È più facile il mercato nero di organi (e mi auguro che non venga rivendicato come autodeterminazione) che il mercato nero della gestazione, perché la committenza vuole figli legittimi e pertanto i neonati devono essere registrati, non possono essere importati illegalmente.

Provo solidarietà verso le donne in stato di bisogno che concedono di condurre la gravidanza e partorire per altri, ma non per chi lucra su di loro né per la committenza che diffonde stucchevoli quanto improbabili quadretti di gioia generale. Chi non può avere figli deve poterne adottare, fare famiglia allargata, fare autoinseminazioni, ci sono molteplici percorsi nel rispetto dell'inviolabilità della donna. Accampare che si trovino donne interessate a erogare il servizio riproduttivo non dimostra l'autodeterminazione ma il grado di ricattabilità raggiunto da chi cerca reddito.

Un altro tema che riguarda la permanenza del patriarcato e il suo sviluppo fratriarcale è l'ondata di transgenderismo in corso: si tratta di ribellione alle norme del genere oppure no? L'accettazione del proprio corpo sessuato non è automatica, è un lavoro che tocca a tutte le persone e alcune incontrano maggiori difficoltà di altre, è sempre stato così e gli esiti sono diversi, tra accomodamenti, sintesi felici, dissidi insanabili, per questi ultimi c'è dal 1982 una legge che consente il cambio di sesso dopo un iter specifico.

Se una bambina assume comportamenti ritenuti

anche da lei mascolini, penso dovrebbe essere lasciata libera di crescere senza sensi di colpa e di approdare alla sua dimensione adulta, quando potrà fare scelte alla luce di esperienze consapevoli; lo stesso vale per un bambino con comportamenti percepiti femminili.

Esiste invece un farmaco studiato per inibire le pubertà precoci ma che dal 2019 è stato autorizzato anche in casi di disforia di genere nei minori. All'inizio di questo 2024 è scoppiato il caso dell'ospedale Careggi di Firenze dove si pratica il blocco della pubertà su minori disforici per rimandarne la maturazione sessuale al fine di dare loro più tempo per comprendere la propria identità di genere. Le autorità sanitarie evidenziano anche che ciò permette di procedere, se necessario, a una riassegnazione del sesso chirurgicamente più semplice; manco a dirlo, i portatori di interessi ripetono che bloccare la pubertà non dà controindicazioni: quando si vuole la si può sbloccare e lo sviluppo riprende come nulla fosse successo. Come nel caso della gpa, anche qui dobbiamo aver fede che siano pratiche sostenibili, che non fanno alcun male, se ne fanno un po' è sempre meno di quello che deriverebbe dal non attuarle. Così direbbe la scienza, possiamo non crederci? Siamo contro i bambini?

Dobbiamo quanto meno chiederci chi guadagna dalla medicalizzazione: come nella gpa anche qui ci sono interessi economici forti, ovvero creare consumatori di farmaci per tutta la vita a partire dalla prepubertà. Si dirà che sono casi rari, ma si deve sapere che sono in forte aumento le richieste di trattamento, specialmente delle ragazze.

Assistiamo nei movimenti a una idealizzazione della transessualità, raccontata come favolosa parodia finale del patriarcato e buona per tutti. È comprensibile il bisogno delle persone transessuali di descriversi felicemente per risarcirsi da umiliazioni patite in passato, ma non è convincente transessualizzare ogni anticonformismo di genere, temo anzi che riconfermi gli stereotipi se siamo passati da 'sei una femmina e devi vestirti di rosa' a 'se vuoi vestirti di rosa sei una femmina'!

Alcuni settori del mondo trans dal canto loro

chiedono l'autocertificabilità del cambio di sesso, da ottenere sulla base della sola dichiarazione solenne della persona interessata, che ha il pregio di sottrarla alla medicalizzazione. Tuttavia il caso di persone di sesso maschile autoidentificate donne comporta il rischio di perdite di spazi e diritti per le donne, ad esempio nelle politiche di pari opportunità, nelle quote, negli sport, negli spazi autogestiti e antiviolenza. Per quanto riguarda le lesbiche, l'abuso del concetto di inclusione si manifesta con lo slogan "Esistono lesbiche con il pene, fattene una ragione", cioè le persone trans da uomo a donna non operate e attratte da donne. Accogliere tale prospettiva nega la soggettività lesbica, un modo inedito di vietare il desiderio di una donna, accusato di essere discriminatorio e di mettere in pericolo le persone trans.

Le libertà delle donne di espressione e di associazione ne escono minate in quanto potenzialmente escludenti (l'UDI si è vista negare l'iscrizione al RUNTS perché è un'associazione di donne!), le nostre proteste vengono additate come discorsi di odio, mentre al contrario il senso del limite e la differenza sono un primo passo fuori dal patriarcato.

Sono questi alcuni dei problemi attuali del sessismo su cui riflettere e da non lasciare ai conservatori. Le sinistre per il momento non vogliono capire la posta in gioco e si attestano sulla solidarietà con gli ultimi, invece che studiare una composizione delle diverse istanze, come sarebbe loro compito, aprendo a tutto campo il dibattito per trovare le necessarie soluzioni libertarie e rispettose di tutte e tutti.

** Cristina Gramolini è docente di storia e filosofia nella scuola superiore a Milano, ha partecipato nel 1996 alla fondazione dell'associazione Arci-Lesbica, in cui svolge tuttora il suo impegno. Ha scritto numerosi interventi su tematiche lesbiche e femministe su quotidiani della sinistra, riviste, raccolte e sul blog de "Il Fatto Quotidiano". È stata tra le curatrici della pubblicazione "Il movimento delle lesbiche in Italia" (2008) e di "Noi le lesbiche. Preferenza femminile e critica al transfemminismo" (2021).*

IL FEMMINISMO E LA CRISI DEL PATRIARCATO

Giovanna Capelli

Il titolo che ho dato a questo mio contributo è molto presuntuoso e va preso come una provocazione, una traccia iniziale e incompleta e imperfetta di una discussione necessaria perché vorrebbe impostare un ragionamento sul ruolo centrale del femminismo nel contesto attuale fissando e chiarendo alcuni presupposti che dovrebbero essere condivisi per poter non solo leggere la realtà, ma darsi un progetto per cambiarla.

IL PATRIARCATO ESISTE ANCHE IN OCCIDENTE

Il patriarcato opera nella profondità della struttura sociale, nella cultura e nella strumentazione linguistica e simbolica, non solo come residuo arcaico, ma in forme nuove e aggressive aderenti a ogni modello di società, anche alla modernità capitalistica. Il patriarcato come termine è entrato nel linguaggio politico corrente non casualmente. In questo momento della storia, nell'esplosione delle contraddizioni e dei conflitti, questa categoria politica, un tempo maneggiata con cautela da teorici e teoriche, in genere collocati nell'ambito marxista e poi dal movimento femminista è diventata immediatamente virale nel dibattito pubblico e, pur perdendo qualche elemento della sua articolazione, squarcia l'indifferenza e la quieta adesione al senso comune e apre una nuova fase di lotte e di potenziale unità fra le molteplici anime del femminismo e di convergenza del femminismo nel suo complesso con altri movimenti globali che criticano e vogliono cambiare l'ordine delle cose esistenti. Assumo quindi il termine patriarcato nel valore con cui viene usato nel contesto attuale nel movimento femminista, nella duplice funzione di paradigma di analisi

e come elemento unificante delle mobilitazioni femministe, che lo vogliono decostruire, lottando per una società senza patriarcato. Dopo il femminicidio di Giulia Cecchettin Elena, la sorella parlando dell'assassino, che ben conosceva, ha affermato che persone come Turetta non sono mostri, ma, **figli sani del patriarcato, della cultura dello stupro che legittima ogni comportamento che va a ledere la figura della donna, a partire dalle cose a cui talvolta non viene nemmeno data importanza ma che di importanza ne hanno eccome, come il controllo, la possessività, il catcalling**". Queste parole e soprattutto il modo con cui sono state accolte, commentate e anche ferocemente contrastate, indicano che il termine ha colpito nel segno, ha individuato un avversario comprensibile, rappresenta un avanzamento nella condivisione di massa degli obiettivi del femminismo, della sua capacità di diventare un movimento popolare e quindi forte, in grado di aprire conflitti che non solo denuncino le disuguaglianze, le asimmetrie di potere, le violenze fisiche, economiche e psicologiche prodotte dal patriarcato, ma ottengano risultati, scuotano le coscienze, modifichino i comportamenti e cancellino gli innumerevoli aspetti del patriarcato che performano costantemente, spesso inavvertiti la vita quotidiana delle società neoliberiste. L'aspetto del patriarcato più percepito come ingiusto che si scontra quotidianamente con l'autodeterminazione delle singole donne è l'ostacolo alla libertà di disporre di sé, a partire dal proprio corpo, se far nascere un figlio o no, se e con chi fare all'amore, se continuare una relazione o troncarla, se vestirsi come si vuole, senza che nessuno sia giudice dell'appropriatezza di quell'abito, se studiare, lavorare o avere un fi-

glio o volere tutte le cose insieme e poterlo fare, tutte scelte che riguardano la cosiddetta sfera privata, prima e fuori della legge, che da millenni i maschi esercitano liberamente e in genere senza rendere conto a nessuno. E qui non si tratta dell'Iran, dell'Afghanistan, dell'infibulazione, delle spose bambine, degli aborti selettivi per privilegiare la nascita dei maschi in India, in Cina e in molti paesi del Caucaso, ma dell'Europa e degli Usa, quel mondo occidentale che si considera la culla della civiltà dei diritti civili, sociali e politici. In questo mondo tutto queste libertà per le donne non sono scontate sono ancora un terreno di lotta, di conquiste recenti, ma anche di pericolosi arretramenti a partire dalla possibilità di abortire liberamente. Negli Usa dal 24 giugno del 2022, quando la Corte suprema ha annullato la storica sentenza del 1973 (Roe v. Wade), che fondava costituzionalmente il diritto alla interruzione volontaria della gravidanza, ogni singolo stato può legiferare autonomamente, con il risultato che su 50 stati, la IVG è garantita in 21 e nel distretto di Columbia, (e non in tutti pagato dall'assistenza pubblica), è proibito o fortemente limitato in 26, e in tre non esiste né facilitazione né divieto. In Europa, oltre alla legge antiabortista polacca, malgrado la legislazione vigente che permette l'aborto, in tutti gli altri stati, una serie di barriere mettono in difficoltà la donna, a partire dall'obiezione di coscienza e dal counseling obbligatorio prima dell'aborto. Quindi la donna rimane oggetto da controllare, a partire dal suo corpo, di cui non può disporre pienamente, come ha dimostrato Barbara Duden, quando ha ripercorso il processo per cui le parti più intime del corpo femminile, a partire dall'utero sono state rese terreno di indagini mediche, poliziesche, giuridiche, e teologiche e sono diventate luogo pubblico. Ciò è avvenuto nel secolo scorso nella costruzione della riflessione sull'aborto e ora si verifica nello scontro sulla violenza sessuale, in cui diventa pubblica la vagina della ragazza stuprata nei processi, quando le si chiede se era bagnata, cioè se ha provato piacere, il che equivarrebbe a una forma tacita di consenso. Che la donna sia ancora soggetto estraneo alla cittadinanza lo

dimostra l'assurdo scempio che nel Parlamento dell'UE si è fatto nella recezione della Convenzione di Istanbul, nel punto in cui si domanda ai governi "di adottare una serie completa di misure per combattere tutte le forme di violenza contro le donne e la violenza domestica. Ogni disposizione della convenzione è volta ad evitare le violenze, aiutare le vittime e garantire che gli artefici siano portati davanti alla giustizia. Esige che vengano criminalizzate e legalmente punite varie forme di violenza contro le donne, per esempio violenza domestica, stalking, molestie sessuali e violenza psicologica. Il fatto di dare un nome alla violenza contro le donne e sapere che è un crimine contribuirà a sradicare questo fenomeno"¹. Ebbene a fronte dei femminicidi che aumentano, degli stupri, delle violenze sessuali e domestiche, delle molestie sul lavoro che le donne hanno il coraggio di denunciare si elimina dalla Direttiva europea il punto dirimente che fa di questi atti reati contro la persona e cioè il consenso, la specificazione che tutto quello che avviene sul corpo femminile senza il suo consenso esplicito è reato, anche se la donna tace, non urla. Forse l'immaginario maschile fa coincidere il mancato consenso con la donna massacrata di botte o addirittura ammazzata come Maria Goretti.? Il calvario in tribunale delle donne stuprate trasformate in colpevoli da inquisire non è finito con il delitto del Circeo e con l'approvazione della legge sulla violenza sessuale come delitto contro la persona, ma continua nelle nostre aule anche in queste settimane se alla ragazza italo-norvegese che ha denunciato Ciriaco De Gregorio, Francesco Cossiga, Edoardo Capitta e Vittorio Lancia per stupro di gruppo si sono permessi in tribunale di fare 1600 domande, particolarmente intime per dimostrare che era consenziente, e questo in un processo in cui lei è vittima, non imputata. Questo dibattito regressivo non avviene in un salotto, ma nel Parlamento europeo che in questi giorni ha ratificato la Direttiva insieme a Consiglio e Commissione. Non sarà il consenso della donna la ratio della definizione giuridica del reato di violenza sessuale. Il tema del consenso è affidato in una semplice raccomanda-

zione assolutamente non cogente. Questo esempio, come altri che potrei citare dimostra che non ci troviamo davanti a elementi patriarcali deboli, in via di affievolimento, ma a un sistema complesso di relazioni di potere e di dominio, il patriarcato, che ha segnato tutta la storia delle modernità, la costruzione degli stati, del diritto, delle relazioni politiche e sociali, e orienta le scelte delle massime istituzioni rappresentative.

LA CRISI DEL PATRIARCATO

Il femminismo e le lotte antiautoritarie che si sono sviluppate dal Sessantotto hanno aperto delle crepe nel patriarcato, avviando una crisi, che è profonda e lacerante e che inizia quando di fatto e di diritto le donne si sono sottratte al controllo degli uomini nella riproduzione e nella sessualità e sono entrate nel lavoro produttivo e nella vita pubblica, scoprendo che la semplice lotta per la parità e l'uguaglianza non risolve i problemi della loro autodeterminazione e che la asimmetria di potere le rende ancor oggi cittadine di seconda classe. Molti e molte sottovalutano il portato di questa crisi, prima di tutto negando l'esistenza del patriarcato e quindi non cogliendo gli elementi dissolutori della crisi di un ordine e la portata delle sue conseguenze, poiché il nuovo ordine non c'è, è difficile costruirlo e ipotizzare come dovrebbe essere e il risultato è un grande caos. Molti sono i vantaggi conquistati in questo disordine, soprattutto in Occidente per le donne e non solo, ma per tutti i soggetti non contemplati nello schema binario eterosessuale e anche per gli uomini, grazie alla azione che potremmo definire civilizzatrice del femminismo. La presenza delle donne ha cambiato i luoghi del lavoro, di studio, della ricerca, l'onda generosa del loro desiderio di partecipare le ha rese protagoniste di tutti i movimenti sociali e democratici, hanno lavorato nella scuola per il declino dell'autoritarismo e della fiducia cieca nell'autorità, alla valorizzazione della disobbedienza, alla qualità delle vite dei giovani e delle giovani di più generazioni sdoganando gli stereotipi di genere. Hanno fatto respirare il vento della liberazione. Ma, dentro i vantaggi enormi di questa rottura

con il passato, si sono sviluppati anche dei fenomeni negativi: per la sconfitta storica subita dal proletariato nella seconda metà del 900, le libertà si sono giocate, dentro l'egemonia culturale neoliberista, del primato del consumo, del profitto, della competizione e si è anche aperta la crisi del modello maschile. Stefano Ciccone, Presidente dell'Associazione Maschile Plurale, attiva nella cura del maschio maltrattante afferma "la stessa costruzione del potere maschile, potere sociale, potere simbolico, potere nelle relazioni si è incrinata sia nel senso che sono entrate in crisi istituzioni maschili che riproducevano privilegio, controllo, autorità ma anche che si è andata esaurendo la loro capacità di conferire identità, di produrre saperi capaci di rispondere alle domande di senso degli stessi uomini" (Essere maschi Tra potere e libertà, Rosenberg&Sellier Torino 2018). Così può avvenire che le destre fasciste o postfasciste tentino di ricostruire in questa crisi nuove identità e narrazioni per rimettere in piedi un ordine gerarchico e autoritario attraverso il recupero di alcune parole come patria, autorità, divieti, ordine sicurezza. Alla ribellione giovanile che emerge dalle lotte studentesche si risponde con punizioni, divieti, invio della polizia o addirittura tentativi di militarizzazione delle scuole, che stanno sempre più diventando terreno di conquista del militarismo e dell'interventismo bellico, attraverso il rapporto diretto fra scuola e forze armate, per sollecitare la prospettiva di carriere militari in Italia o all'estero ed esaltare il ruolo dell'esercito come risolutore di tutti i problemi che attraversano la società civile (<https://osservatorionomilscuola.com/info/>)

IL FEMMINISMO COME SOGGETTIVITÀ RIVOLUZIONARIA E IL RUOLO DEGLI UOMINI

In tutto il mondo, come in Italia attraverso le rivendicazioni e le mobilitazioni di Non Una di Meno il femminismo si dichiara intersezionale: si pone il problema non solo della contraddizione di genere, ma dello sfruttamento e dell'oppressione, dell'alienazione in tutti i campi, del genere, della razza della classe, della distruzione dell'ambiente e del pianeta e dei nessi fra

tutte le forme di violenza, quelle riconoscibili ed evidenti, quelle più nascoste iscritte nelle coscienze dei dominanti e anche delle dominate. Il femminismo agisce come un soggetto rivoluzionario che lavora e lotta per la rivoluzione antipatriarcale, anticapitalista, ambientalista. La vicenda del femminicidio e il suo riconoscimento come reato specifico e poi il dibattito che spesso scaturisce, quando si contesta la espressione “la violenza degli uomini contro le donne”,(perché ogni maschio la considera un pugno nello stomaco e cerca di sottrarsi a una responsabilità che da un lato sente di non condividere e dall’altro non può confutare) ha aiutato a capire meglio collettivamente come si può collocare il genere maschile nella prospettiva della lotta contro il patriarcato: da un lato è un avversario politico da incalzare e criticare con durezza in quanto allevato e nutrito dalla cultura patriarcale, dalla quale si deve affrancare, ma dall’altro anche esso è colpito nella sua parte prevalente da violenza e oppressione di classe, di razza. Giustamente il femminismo chiede agli uomini di agire autonomamente su di sé in modo collettivo per liberarsi dai condizionamenti patriarcali che ispirano i loro comportamenti, le loro reazioni, il loro modo di stare al mondo e anche di progettare il cambiamento. Prima erano solo piccoli gruppi di avanguardia

che ora si moltiplicano e allargano le loro riflessioni, ma rimane ancora tutto un percorso da costruire, per produrre politica. Chi deve cambiare sono gli uomini. Senza la loro azione il patriarcato non muore.

La crisi del capitalismo e la crisi del patriarcato hanno esiti simili, il primo sfocia nella prosecuzione della politica attraverso la guerra il secondo in una guerra di bassa intensità contro le donne, di cui i femminicidi e le violenze sessuali sono solo l’aspetto più evidente Sarebbe il tempo di scavare su questo rapporto guerra / femminicidi e violenza contro le donne, domandarsi se l’intersezionalità non sia solo trovare analiticamente i nessi fra le contraddizioni ma anche valutare il peso che esse hanno nel contesto dato e scegliere una pratica politica adeguata. Non saprei quale parola usare: alleanza, convergenza, cammino comune, intreccio? Forme nuove di pratica politica esigono forse parole nuove Il neoliberismo agisce anche sui soggetti antagonisti producendo una continua frammentazione. Se la guerra rafforza il patriarcato e il patriarcato rafforza la guerra, come uscire da queste crisi da sinistra è un tema da porre.

¹ <https://rm.coe.int/istanbul-convention-questions-and-answers-italian/1680944876>

BDS BOICOTTAGGIO DISINVESTIMENTO SANZIONI

PER I DIRITTI DEL POPOLO PALESTINESE

COS'È IL BDS



Un movimento nonviolento guidato dalla società civile palestinese volto a porre fine alle politiche di occupazione militare, di colonizzazione e di apartheid portate avanti da Israele. Si richiama alla lotta per l'abolizione dell'apartheid in Sudafrica.

COSA CHIEDE



Il rispetto del diritto internazionale e la tutela dei diritti umani universali. In particolare, la fine dell'occupazione, pari diritti per i palestinesi cittadini di Israele, e diritto al ritorno dei profughi.

CHI LO SOSTIENE



Sindacati, chiese e associazioni in tutto il mondo, incluse organizzazioni ebraiche e israeliane, oltre a personalità come Angela Davis, Naomi Klein, Ken Loach e Moni Ovadia. In Italia aderiscono al BDS numerose organizzazioni tra cui la Fiom CGIL, Pax Christi, e Un ponte per... Amnesty International considera gli attivisti BDS "difensori dei diritti umani".

COME LAVORA



Porta avanti campagne mirate nei confronti di imprese e istituzioni israeliane e internazionali coinvolte nelle violazioni dei diritti del popolo palestinese affinché pongano fine alla loro complicità. Le campagne si basano sulla complicità e non l'identità.

I RISULTATI



Il movimento BDS ha costretto grandi multinazionali come la Veolia a ritirarsi da attività nelle colonie illegali di Israele, ha cambiato la narrativa della causa palestinese basandola sui diritti, e ha unito il mondo della solidarietà al popolo palestinese intorno ad azioni concrete ed efficaci.

UNISCITI ALLA LOTTA DEL POPOLO PALESTINESE PER
LA LIBERTÀ, LA GIUSTIZIA E L'UGUAGLIANZA



BDSITALIA.ORG

Hanno scritto in questo numero:

Vittorio Agnoletto, Fulvio Aurora, Enrico Bosani, Giovanna Capelli, Ivan Cavicchi, Silvana Cesani, Franco Cilenti, Elisabeth Cosandey, Maria Esposito, Paolo Ferrero, Paolo Flamini, Chiara Giorgi, Cristina Gramolini, Nando Mainardi, Gianmarco Mereu, Elisabetta Papini, Fulvio Picoco, Rosa Rinaldi, Giuseppe Saragnese, Pino Scarpelli, Gianluigi Trianni, Laura Valsecchi.