



Medicina e potere è una lettera periodica a cura di un gruppo di attiviste/i del Forum per il Diritto alla Salute e di Medicina Democratica

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE



lavoroesalute

Rivista aderente a Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Medicina e potere

Di nuovo ci si ritrova su questo spazio, gentilmente offerto dal mensile, molto seguito, di Lavoro e Salute, con la rubrica intitolata "Medicina e potere". Il nome trae origine da una collana che curò G. Maccacaro dove si poneva al centro il rapporto della medicina, che non è neutrale, con i poteri economici e politici e di cui la sanità è uno degli aspetti. Questa rubrica o lettera periodica nasce su iniziativa di alcuni attivisti del Forum per il Diritto alla Salute e di Medicina Democratica impegnati per il diritto alla salute, contro la privatizzazione nelle politiche sanitarie e le corse al profitto in medicina, per difendere il Servizio Sanitario Nazionale, ma anche criticarlo dove operi scelte ingiuste.

Lo "scivolo" della destra

Oggi abbiamo la destra al governo e per capire cosa sta facendo il governo Meloni alla sanità bisogna partire da un'evidente constatazione politica che rischia di sfuggire: la destra non ha avuto bisogno di cancellare l'architettura costruita dalle controriforme degli anni Novanta. Non ha dovuto abolire il D.lgs. 502/92 né la riforma, cosiddetta ter, D.lgs. 229/99. Può spingere ulteriormente quello che resta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) verso il mercato proprio perché quell'assetto legislativo contiene già gli strumenti necessari: aziendalizzazione, accreditamento, convenzioni, autorizzazioni ad accordi contrattuali con gli erogatori privati, remunerazione delle prestazioni, separazione tra chi finanzia e chi materialmente eroga.

È questo lo "scivolo" sul quale la destra può muoversi senza incontrare un vero ostacolo legislativo. Il D.lgs. 502/92 ha trasformato le USL in aziende e ha introdotto un modello nel quale il soggetto pubblico non deve necessariamente produrre direttamente tutto ciò che finanzia. Il sistema dell'accREDITamento, consolidato e regolato anche dalla riforma ter, del 1999, che non corresse il D.lgs. 502/99, consente alle Regioni di accreditare strutture pubbliche e private, comprese quelle che lucrano, e di stipulare accordi per l'erogazione di prestazioni a carico del SSN. Il D.lgs. 229/1999 ha corretto diversi aspetti della riforma precedente, riaffermando programmazione e integrazione, ma non ha smantellato l'aziendalizzazione né il sistema pubblico-privato accreditato, anzi ha fatto scoppiare il privato, in tutte le sue forme, fino ai grandi capitali con il fenomeno della finanziarizzazione.

Per questo il governo Meloni può aumentare l'acquisto di prestazioni dal privato, progettare nuovi ospedali nazionali nei quali possono entrare strutture integralmente private, ampliare il ruolo delle farmacie private convenzionate e riorganizzare il territorio senza dover demolire l'ordinamento precedente. La cornice



è già compatibile con queste scelte. La destra ha trovato uno scivolo pronto.

Già la legge di bilancio 2024 innalzò i tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera dagli erogatori privati accreditati; la manovra successiva, nel 2025, previde un ulteriore incremento. Il decreto sulle liste d'attesa del 2024 consentì inoltre di garantire la prestazione ricorrendo anche all'intramoenia o al privato accreditato quando il pubblico non riusciva a rispettare i tempi, "legalizzando" di fatto una situazione già esistente. Il problema non è negare al cittadino una prestazione immediata quando il servizio pubblico non riesce a garantirla. Il problema è ciò che accade se la soluzione emergenziale diventa struttura, diventa "sistema": meno capacità pubblica, più lista d'attesa, più lista d'attesa, più acquisto dal privato, più acquisto dal privato, più risorse e domanda alimentano un settore che cresce mentre il pubblico resta debole.

Dalla privatizzazione alla finanziarizzazione

È a questo punto che bisogna distinguere privatizzazione e finanziarizzazione. Privatizzare significa trasferire una quota crescente della produzione sanitaria a soggetti privati o affidare a questi ultimi attività finanziata dal pubblico. La finanziarizzazione è un passaggio ulteriore: strutture sanitarie, reti di cliniche e servizi diventano attività economiche sulle quali investire capitale, costruire gruppi, realizzare acquisizioni e concentrazioni. Si era già sviscerato su queste pagine che la crescita della spesa militare, la normalizzazione del riarmo e l'assunzione del conflitto come orizzonte stabile della regolazione internazionale avrebbe sacrificato sull'altare delle compatibilità del mercato, del debito, dei pareggi di bilancio e della competizione geopolitica, la progressiva subordinazione dei diritti sociali.

Il welfare, e in particolare la sanità, sono diventati terreno di investimento, rendita, assicurazione, intermediazione e valorizzazione del capitale.

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINUA DA PAG. 2

Fondi integrativi, assicurazioni, accreditamenti, convenzionamenti, esternalizzazioni, cooperative spurie, appalti, subappalti e lavoro precario compongono un ecosistema nel quale il pubblico finanzia il privato e il privato riorganizza il pubblico secondo le proprie convenienze.

Una clinica privata accreditata non vive necessariamente soltanto delle risorse pubbliche, può ricevere una parte dei propri ricavi attraverso prestazioni acquistate dal SSN. Questo flusso relativamente stabile rende il settore interessante anche per grandi gruppi e investitori. Il denaro pubblico finanzia la prestazione; la prestazione produce ricavo; l'impresa sanitaria può essere acquistata, aggregata ad altre imprese, inserita in un gruppo più grande. Il bisogno di salute entra così nel circuito della valorizzazione del capitale.

Il welfare da conquista democratica e del mondo del lavoro è oggi diventato terreno di investimento dell'imprenditoria, "white economy", assicurazioni, gruppi della sanità privata: Unisalute, Generali, Reale mutua, Allianz, AXA, etc., Gruppo San Donato, Fondazione Gemelli, Fondazione Bambino Gesù, Gruppo Garofalo, Gruppo Angelucci, Giomi, Humanitas, etc., cooperative di medici, ma anche la Compagnia delle Opere di Comunione e Liberazione (CL), la Comunità di Sant'Egidio e molto privato sociale confessionale e non, favorito dalla L. n. 328/2000 Turco, tutta orientata sulla sussidiarietà e il privato sociale, per cui il SSN è oggi un contenitore di attività private con denaro pubblico in un esteso processo di "rimutualizzazione" del SSN, per cui non è necessario che il SSN produca direttamente servizi, trasformandosi in una moderna grande mutua. Questo processo è favorito dal controllo da parte dei quadri collocati ai vari livelli del SSN: le classi dominanti si sono appropriate del welfare. Con un contentino al privato sociale in ossequio al cattolicesimo della sussidiarietà orizzontale. Quadri che sono formati dalla cultura dominante, ormai egemonica, in università pubbliche e private (Cattolica, Bocconi).

Il "secondo pilastro", le due sanità

L'Ufficio parlamentare di bilancio (UPB) ha documentato nel 2026 che quasi un terzo della spesa sanitaria pubblica finanzia servizi prodotti da fornitori

privati e ha richiamato i processi di concentrazione del settore. Nello stesso studio emerge la crescita della sanità intermedia: gli iscritti ai fondi sanitari sono passati da 5,8 milioni nel 2013 a 16,3 milioni nel 2023, dati, questi, del Ministero della Salute. L'UPB osserva inoltre che una parte molto rilevante delle prestazioni finanziate dai fondi ha carattere sostitutivo, e non semplicemente integrativo, rispetto al SSN.

È difficile non credere che il SSN, con queste cifre, non si basi sul cosiddetto "secondo pilastro" o che si dica, in contesti pubblici, da parte di chi usufruisce di questi fondi, che "l'Italia non deve fare la fine della Germania", che ricordiamo, ha un sistema Bismarck, assicurativo (con assicurazioni sociali obbligatorie), ma con obiettivi Beveridge, cioè, con universalità, equità e solidarietà [si veda: di E. Turi, *Salute e sanità nell'Unione Europea tra mutualità, assicurazioni sanitarie, servizi a diretta produzione pubblica e mutualismo. Quali movimenti per la salute?* su:

Medicina Democratica 261-262, maggio-agosto 2024].

In Italia il "secondo pilastro" è una disuguaglianza, le categorie che usufruiscono dei fondi sanitari assicurativi che sono private, sono varie: accanto ai grandi fondi dei lavoratori dipendenti e lavoratori dipendenti del settore privato coperti dai CCNL, dirigenti e quadri, dipendenti di grandi gruppi aziendali

(Banche), troviamo giornalisti, avvocati, notai, parlamentari, personale universitario, metalmeccanici, lavoratori del commercio, artigiani, familiari dei lavoratori iscritti, quando lo statuto del fondo consente l'estensione della copertura, a questi si sono aggiunti il personale della scuola, docenti e personale ATA, per questa copertura sono stati previsti ulteriori 15 milioni di euro all'anno per ogni anno dal 2026 al 2029.

Non hanno tutti lo stesso tipo di fondo, alcuni derivano dai CCNL, altri dalle casse professionali, altri ancora sono sistemi autonomi di categoria, come quelli parlamentari. Però producono un fenomeno comune: una parte della popolazione dispone, oltre al SSN universale, di un secondo canale di finanziamento/rimborso delle cure, che spesso copre anche visite, diagnostica e altre prestazioni che sono già comprese nei LEA.

C'è chi ce l'ha e chi non ce l'ha, e chi non ce l'ha, sono sempre i soliti, precari, disoccupati, molti autonomi, pensionati, in cui si concentrano la maggior parte delle malattie cronico degenerative e non appartenenti a determinate categorie.



CONTINUA A PAG. 4

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINUA DA PAG. 3

Non è il governo Meloni ad aver prodotto da solo queste trasformazioni. Ma le sue scelte si collocano dentro un sistema che la rende possibile e, invece di ridurre la dipendenza dal mercato sanitario, ne utilizzano gli strumenti.

Gli ospedali di terzo livello: che cosa sta proponendo il governo

Poi, con la delega presentata dal governo nel 2026 per riorganizzare assistenza territoriale e ospedaliera rende ancora più visibile questa direzione. Il disegno di legge introduce una nuova classificazione: accanto agli ospedali di base, di primo e di secondo livello compaiono gli "ospedali di terzo livello", definiti come strutture di eccellenza con bacino di utenza nazionale o sovranazionale.

Il punto politico decisivo è scritto nel testo della delega: tra questi ospedali possono essere comprese anche strutture nelle quali la titolarità e la gestione delle attività assistenziali siano direttamente e integralmente riconducibili a fondazioni, associazioni, altri soggetti privati, anche religiosi, o enti ecclesiastici civilmente riconosciuti. La stessa norma prevede la possibilità di destinare a tali ospedali specifiche risorse per coprire funzioni assistenziali di livello nazionale.

Non significa che ogni ospedale di terzo livello sarà privato. Significa però che la riforma mette sullo stesso nuovo livello di riferimento nazionale strutture pubbliche e determinate strutture integralmente private e contempla per queste ultime l'accesso a specifiche risorse pubbliche, il pubblico e il privato sullo stesso piano, fu lo spirito del D.lgs. 229/99 che insieme all'architettura del D.lgs. 502/92 mostra tutta la sua funzionalità: non occorre privatizzare formalmente un ospedale pubblico, si può ampliare il ruolo di produttori privati dentro il servizio finanziato dalla fiscalità generale.

Le professioni sanitarie: il problema non è inventare profili, ma avere personale adeguato ai bisogni

La stessa impostazione rischia di emergere nella riforma delle professioni sanitarie. Il disegno di legge governativo C.2700 propone una razionalizzazione complessiva delle professioni, interviene su formazione, competenze, certificazione e responsabilità professionale. Ma il problema

fondamentale del SSN non può essere ridotto a una nuova distribuzione di competenze tra professionisti.

Negli ospedali e nei servizi territoriali sono cambiati i pazienti prima ancora delle professioni. La popolazione è più anziana; aumentano multimorbilità, cronicità, non autosufficienza, demenze, fragilità sociale, politerapie e bisogni assistenziali complessi. Un paziente non può essere contato semplicemente come un posto letto occupato. A parità di posti letto, due reparti possono avere carichi assistenziali completamente differenti.

Per questo il fabbisogno di personale deve essere costruito sulla complessità assistenziale reale: intensità delle cure, dipendenza della persona, instabilità clinica, bisogno educativo e relazionale, rischio, continuità assistenziale. Prima di moltiplicare profili o spostare

funzioni verso figure con formazione diversa, bisogna chiedersi quanti infermieri, OSS, tecnici, riabilitatori, assistenti sociali e medici servono realmente per garantire cure sicure e dignitose. Ivan Cavicchi, filosofo della medicina, ne *Il riformista che non c'è* (2013) smascherò l'ipocrisia che non si può cambiare la sanità senza coinvolgere i professionisti della salute che ci lavorano.



Se una riforma aumenta competenze e responsabilità senza aumentare salario e numero di organici, con un criterio adeguato che risponda alla complessità assistenziale dei pazienti di oggi, la "valorizzazione" rischia di diventare una redistribuzione della scarsità: meno persone chiamate a fare più cose. E la carenza di personale pubblico torna ancora una volta a essere lo scivolo verso l'esternalizzazione e l'acquisto di prestazioni.

Dalla repressione ai migranti alla repressione dei medici e di chi cura

Nel febbraio 2026 la Procura di Ravenna ha aperto un'inchiesta su medici del reparto di Malattie Infettive dell'ospedale di Ravenna. L'ipotesi accusatoria riguarda certificazioni di non idoneità al CPR che, secondo gli inquirenti, sarebbero state falsamente redatte allo scopo di impedire il trasferimento di migranti nei centri. I medici hanno respinto questa ricostruzione, sostenendo che i dati clinici contenuti nelle certificazioni fossero veri.

La vicenda ha assunto dimensioni maggiori a settembre. Il 16 settembre 2026 sono state effettuate perquisizioni personali, domiciliari e informatiche nei confronti di oltre venti medici in diverse città: Bari,

CONTINUA A PAG. 5

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINUADA PAG. 4

Biella, Bologna, Firenze, Livorno, Milano, Rimini, Roma e Varese. Salvo un caso, i medici destinatari delle perquisizioni non erano in quel momento iscritti nel registro degli indagati, quindi, non dovevano essere perquisiti, e soprattutto, in queste modalità.

Una violenza repressiva gravissima, denunciata a gran voce, da sindacati, associazioni, partiti etc.

Da una parte si vogliono, anche con paternalismo, riformare le professioni sanitarie, senza coinvolgere i professionisti stessi, e poi si reprimono se non si sottomettono alla logica razzista e securitaria del governo. Questa è la destra al governo.

Farmacie: la prossimità non deve diventare un sostituto commerciale del servizio pubblico

Un altro tassello riguarda il ruolo delle farmacie. Con la legge di bilancio 2024 il governo ha avviato il trasferimento di una parte della distribuzione dei medicinali dalla distribuzione diretta ospedaliera alla distribuzione territoriale attraverso farmacie pubbliche e private convenzionate. Il Ministero rivendica questa scelta come una riforma di prossimità e di maggiore accessibilità.

Nel 2026 il governo ha inoltre presentato una delega per il riordino della legislazione farmaceutica che comprende esplicitamente la prestazione di servizi sanitari sul territorio da parte delle farmacie e il rafforzamento della rete assistenziale farmaceutica.

La prossimità è un valore. Ma anche qui bisogna chiedersi quale modello di territorio stiamo costruendo: non abbiamo bisogno di nuove farmacie private convenzionate, ma di presidi sanitari di prossimità utili, soprattutto nelle aree interne, per facilitare l'accesso alle cure. C'è bisogno di farmacie comunali, pubbliche, restituendo in questo modo un ruolo al Comune in materia di sanità che gli fu espropriato proprio con le due controriforme della L. 833/78. Tutto ciò che è pubblico innesta circoli virtuosi sani di risorse pubbliche, la farmacia non può diventare il sostituto commerciale di servizi territoriali pubblici che non vengono costruiti o adeguatamente finanziati. Il criterio deve restare il bisogno di salute, non la disponibilità sul territorio di un soggetto economico capace di erogare una prestazione.

Medici di medicina generale: la dipendenza mancata e il nodo delle Case di comunità

Il nodo della dipendenza dei medici di medicina generale (MMG) è altrettanto rivelatore. Se le Case di comunità devono diventare il centro dell'assistenza territoriale, occorre decidere quale rapporto organizzativo debbano avere con i professionisti che garantiscono la medicina di base. Per lo stesso motivo fallirono le Case della Salute.

Nel 2026 è stata discussa la possibilità di consentire ai medici di medicina generale di passare, almeno volontariamente, alla dipendenza pubblica. Il progetto ha incontrato una forte opposizione di una certa parte sindacale e una frenata politica dentro la stessa maggioranza. Successivamente esponenti del centrodestra hanno rivendicato in Senato che non vi fosse alcuna dipendenza obbligatoria e che il regime convenzionale rimanesse il canale ordinario di presenza dei MMG nelle Case di comunità. E aggiungiamo: non solo i MMG ma anche i pediatri di libera scelta (PLS) e gli specialisti ambulatoriali convenzionati. La questione è se sia possibile costruire una vera équipe territoriale pubblica, multiprofessionale e continuativa

mantenendo professionisti essenziali in un rapporto organizzativo largamente esterno alla struttura. La medicina generale deve conservare prossimità e rapporto fiduciario con la persona, ma deve anche essere pienamente integrata nella programmazione pubblica, nel lavoro d'équipe, nella continuità assistenziale e nelle Case di comunità.

La mancata costruzione di una soluzione forte su questo punto rischia di lasciare le Case di comunità come

contenitori fisici privi di una vera équipe professionale stabile.

Su Medicina e potere si analizzò e si denunciò, per la prima volta, questo pericolo, si veda: *Territorio, case della comunità, cronicità, non autosufficienza*, Lavoro e Salute Anno 41 n. 6 giugno 2025.

L'aumento del ticket e i nuovi LEA

Con la Piattaforma dei 16 punti La salute non è una merce si collegava l'ampliamento dei LEA anche all'abolizione dei ticket, si veda a proposito: *COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?* La salute non è una merce. Piattaforma assemblea di Firenze 17 giugno 2023, Lavoro e Salute - Medicina e Potere, Anno 42 n. 5 maggio 2026.



CONTINUA A PAG. 6

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINU5

Ma cosa fa il Governo Meloni? Aumenta i ticket e aggiorna i LEA, in un SSN diviso in 21 "sistemi" dall'Autonomia Regionale Differenziata.

Dal 21 settembre 2026 è entrato in vigore il nuovo tariffario nazionale per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza protesica, definito dal decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) del 7 agosto 2026.

Il provvedimento aggiorna la remunerazione di numerose prestazioni. L'incremento medio delle tariffe interessate è stato indicato intorno al 5,8%.

Il ticket sanitario, che giuridicamente è una "tassa", è un contributo specifico richiesto solo nel momento in cui si decide di usufruire di una determinata prestazione individuale, una specifica ecografia, una visita specialistica, per la quale oggi sono lunghe le liste d'attesa, e sulle quali, questo governo come gli altri, non ha espresso volontà politica per la risoluzione: è talmente alta l'offerta che se il pubblico tornasse a gestire la sanità, le liste d'attesa si potrebbero abbattere.

Inoltre dopo anni di ritardo sono stati aggiornati i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, i nuovi atti sono stati pubblicati il 30 settembre 2026, modificando il DPCM del 2017.

Aggiornare l'elenco non equivale a garantire l'esigibilità del diritto: una prestazione può essere LEA e restare difficilmente accessibile se mancano personale, strutture, finanziamenti e capacità pubblica di erogarla.

Rimane il problema delle disuguaglianze regionali perché in atto l'Autonomia Regionale Differenziata: i LEA sono nazionali, ma vengono concretamente erogati da sistemi regionali profondamente differenti.

Inoltre non viene affrontato uno degli ambiti nei quali il carattere universalistico del SSN è storicamente più debole: proprio l'odontoiatria. Persino il Consiglio Superiore di Sanità (2022) aveva proposto un ampliamento dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN, sottolineandone i possibili effetti sulla riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali.

Nella piattaforma dei 16 punti "La salute non è una merce" si chiedeva l'inclusione dell'odontoiatria nei LEA, cioè la riconduzione della salute orale dentro un diritto alla salute realmente universalistico. Questo salto non avviene e non lo propone nemmeno

l'opposizione. L'assistenza odontoiatrica del SSN continua a essere sostanzialmente circoscritta ai programmi rivolti all'età evolutiva e alle persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria o sociale. Per la grande maggioranza della popolazione, quindi, curare i denti continua a significare rivolgersi prevalentemente al mercato e pagare di tasca propria. È una delle contraddizioni più evidenti del nostro SSN: denti e bocca appartengono al corpo, ma nella concreta organizzazione dell'assistenza continuano a essere trattati, per larga parte della popolazione, come se fossero fuori dal diritto universale alle cure.

È proprio qui che emerge il limite politico dell'operazione. Aggiornare le prestazioni non significa ricostruire l'universalismo del SSN. La questione decisiva non è soltanto quanti codici vengano aggiunti a un nomenclatore, ma chi eroga quelle prestazioni, con quali risorse, in quali tempi e con quale possibilità di accesso indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. Senza un rafforzamento strutturale

dell'offerta pubblica, il rischio è che i nuovi LEA convivano con un sistema nel quale chi può permetterselo compra sul mercato ciò che il pubblico non riesce a fornire in tempi utili, mentre chi non può permetterselo rinuncia o rinvia le cure. L'universalismo, invece, si misura proprio da qui: dalla capacità del servizio pubblico di garantire concretamente a tutte e tutti ciò che riconosce formalmente come diritto.

Il danno del modello aziendalistico

Tutti questi pezzi rimandano alla stessa domanda: perché un'istituzione incaricata di garantire un diritto fondamentale deve continuare a essere pensata secondo il paradigma dell'azienda?

Un servizio pubblico deve utilizzare bene le risorse, combattere sprechi e inefficienze e rendere conto dei risultati. Ma l'efficienza non è neutrale. L'azienda misura costi, volumi, prestazioni e produttività. La salute di una popolazione richiede prevenzione, tempo di cura, continuità, relazioni, integrazione sociale e sanitaria e interventi sulle condizioni di vita e di lavoro.

Molte delle cose più importanti per la salute non producono una prestazione vendibile. Prevenire una malattia significa evitare che una prestazione diventi necessaria. Ridurre l'inquinamento, rendere sicuro il lavoro, contrastare povertà e isolamento significa intervenire prima che il danno arrivi all'ospedale, come invece oggi avviene, nel pronto soccorso, la sanità si accolla, di fatto, tutto quello che la società non vuole



PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINUA DA PAG. 6

risolvere: incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro, violenza di genere, crisi psichiatriche (in forte aumento), infarti e sindromi metaboliche che si potevano evitare, etc.

Il paradigma aziendalistico ha progressivamente spostato il baricentro dal bisogno alla prestazione, dalla programmazione alla produzione, dal diritto al budget. Per questo non basta chiedere più finanziamenti, come oggi si fa: bisogna decidere quale SSN quelle risorse devono finanziare e per questo bisogna bloccare ogni meccanismo di profitto a partire dal privato in tutte le sue forme, come è stato proposto ogni volta a La Via Maestra anche mantenendo il punto, spesso con un dibattito serrato, in sede di elaborazione del testo della Legge di Iniziativa Popolare sulla sanità. Si veda: *Perché il Forum per il Diritto alla Salute non ha aderito alla LIP sulla sanità della CGIL?* (<https://www.blog-lavoroesalute.org/>, maggio 2026).

La Costituzione: il diritto prima delle compatibilità

La Corte Costituzionale con la sentenza 275/2016 ha affermato: È "la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione". Benissimo, e questa sentenza compare nella Legge di Iniziativa Popolare sulla sanità della CGIL e anche nei testi elaborati da associazioni, enti del terzo settore, vicini a chi invece esalta il pareggio di bilancio e nel 2012, quando fu inserito in Costituzione, era tra i sostenitori della modifica.

Nel 2012 l'articolo 81 fu modificato introducendo il principio dell'equilibrio tra entrate e spese, tenendo conto delle fasi del ciclo economico. [14] Non si tratta di rivendicare una spesa senza limiti. Si tratta di rimettere in discussione una gerarchia: i diritti sociali non possono essere considerati la variabile che si riduce ogni volta che le compatibilità finanziarie lo richiedono. L'organizzazione economica dello Stato deve essere costruita per rendere esigibili i diritti, non per trasformarli in promesse subordinate al bilancio. L'articolo 32 della Costituzione definisce la salute fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Quella parola, "fondamentale", deve avere conseguenze materiali.

Va riaperta anche la questione del Titolo V. La riforma del 2001, approvata dal centrosinistra, ha collocato la tutela della salute nella legislazione concorrente e, con

l'articolo 116, terzo comma, ha aperto alla possibilità di ulteriori forme di autonomia. Il governo Meloni ha tentato di dare attuazione a quella previsione con la legge 86/2024 sull'autonomia differenziata.

La Corte costituzionale, con la sentenza 192/2024, ha dichiarato illegittime diverse disposizioni e ha ricondotto l'autonomia ai principi di unità, solidarietà ed eguaglianza, escludendo una devoluzione indiscriminata di intere materie. [15] Ma il problema politico rimane: un diritto fondamentale non può cambiare sostanza a seconda del territorio nel quale si vive.

Se il diritto è universale, universali devono essere le condizioni materiali per esercitarlo. È quindi necessario discutere una responsabilità nazionale più forte nella programmazione, nel personale, negli investimenti e nella garanzia dei livelli di assistenza.

Dalle comunità alla collettività

C'è infine una parola che domina il linguaggio non solo sanitario contemporaneo: "comunità". Ma da dove viene questo termine "comunità"? E perché usare la parola "comunità" quando si parla di sanità se l'art. 32 della Costituzione parla di "collettività"? Z. Bauman (2001) ricorda che si usa il termine comunità quando si cerca protezione e M. Fisher (2022) denuncia che "implica un'idea di dentro e fuori (...) C'è chi è dentro la comunità e chi resta al di fuori". È un



termine usato dalla Destra, anche durante il ventennio. La prossimità è indispensabile. La partecipazione è indispensabile. Ma la comunità diventa una parola pericolosa quando viene usata per trasferire alla società locale ciò che lo Stato sociale non garantisce più. C'è chi sostiene che è il luogo del compromesso, di oggi, dove ciò che confligge deve giungere ad un compromesso nella costruzione della comunità. Difficile pensare di far andare d'accordo chi taglia servizi sanitari o li svuota, come viene fatto con i consultori, e chi è sfruttato, fra chi è fragile e non ha una risposta di prossimità e chi lo dovrebbe prendere in carico e non lo fa. I conflitti vanno risolti, non annullati.

Una comunità può organizzare solidarietà, difendere un servizio sul territorio, sostenere una persona fragile e sola, ma non può finanziare il SSN, assumere decine di migliaia di professionisti, governare i grandi gruppi sanitari, redistribuire la ricchezza o garantire l'uguaglianza tra territori. E soprattutto deve aprirsi e cercare di convergere in una lotta più grande per riprendersi il SSN. Tante comunità separate possono essere sconfitte una alla volta: chi difende l'ospedale,

CONTINUA A PAG. 8

PERCHÉ RICOSTRUIRE UNA COLLETTIVITÀ PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

CONTINUADA PAG. 8

chi il consultorio, chi la salute mentale, chi la non autosufficienza, chi la disabilità, chi la sicurezza sul lavoro, chi combatte l'inquinamento, chi rivendica personale e salario nella sanità.

Dobbiamo allora recuperare una parola più impegnativa: collettività. La collettività nasce quando soggetti e lotte differenti riconoscono la radice comune dei propri problemi e costruiscono una forza capace di modificare i rapporti di potere.

In uno degli incontri dei Congressi per la Salute, a Roma, c'era uno striscione che recitava:

"+ PRESIDI SANITARI TERRITORIALI = + SANITÀ COLLETTIVA".

"Pensare globalmente e agire localmente" propone il movimento ambientalista, non solo "agire localmente" perché è necessario continuare a ricreare un movimento collettivo, ampio e partecipato, attraverso forme di lotta alternative, originali e nonviolente, da ripensare insieme, che prefigurino nei contenuti e nelle forme la società e la sanità che vogliamo.

Oggi abbiamo molte vertenze, molte lotte locali, molte mobilitazioni importanti, ma spesso restano frammentate e rendono tutti noi deboli. Abbiamo anche il fenomeno di operatori e operatrici sanitari, che forse frustrati dalla mancanza di riconoscimento, dallo sfruttamento come si denuncia da sempre su queste pagine, si autopromuovono da soli sui social, tanti infermieri e medici che diventano "influencer", "tiktokker", che "raccontano" in maniera acritica la sanità di oggi, ma poi non si vedono in nessun presidio di lotta, non si vedono in nessuna vertenza.

Ma le lotte locali senza un pensiero globale diventano lotte corporative e il mutualismo nelle forme ambigue di oggi, ambulatori popolari o sportelli popolari aperti 2 volte al mese sono una concezione egoistica del welfare coniugati all'individualismo narcisistico di massa alimentato dal web e che portano all'assopimento delle coscienze e allo spostamento a destra delle masse per la difesa dei propri presunti privilegi o interessi, si veda su questo: *Mutualismo, municipalismo urbano, tutela universale del diritto alla salute, difesa e rilancio di un servizio sociosanitario nazionale pubblico e universale? Ma siamo seri?* Lavoro e Salute Anno 42 n. 2 febbraio 2026 INSERTO Medicina e Potere, Riprendiamoci il Servizio Sanitario Nazionale.



Riprendersi il SSN

Riprendersi il Servizio Sanitario Nazionale non significa tornare nostalgicamente al 1978. Significa recuperare la radicalità politica che rese possibile quella riforma: la salute non è una merce, la malattia non è soltanto un fatto individuale e le condizioni nelle quali lavoriamo, abitiamo, mangiamo, respiriamo e invecchiamo sono questioni politiche.

Significa finanziare adeguatamente il SSN, ma anche mettere in discussione l'aziendalizzazione, superare la figura anacronistica, paternalistica, patriarcale e autoritaria del Direttore Generale, e bloccare ogni meccanismo di profitto del privato in tutte le sue forme. Significa costruire organici sulla complessità assistenziale e non soltanto su parametri contabili. Significa integrare davvero la medicina generale nel servizio pubblico territoriale. Significa impedire che farmacie, strutture accreditate e nuovi ospedali privati diventino il sostituto di ciò che il pubblico non riesce più a garantire. Significa contrastare la finanziarizzazione della cura.

E significa riconoscere la responsabilità specifica della destra oggi al governo: non aver avuto bisogno di inventare una nuova grande controriforma perché quelle precedenti le consegnano già gli strumenti per procedere. Il compito di chi vuole difendere il diritto alla salute non può allora essere soltanto fermare l'ultimo provvedimento. Bisogna risalire lo scivolo e cambiare l'architettura che rende possibile ogni nuovo passo.

Il SSN nacque da conflitti sociali, lotte operaie, movimento delle donne, battaglie contro le istituzioni totali, esperienze territoriali ed elaborazione scientifica e politica. Non fu una concessione.

Per riprendercelo non basteranno tante comunità che resistono separatamente, ma ognuna è sola di fronte alla repressione del potere. Serve una nuova collettività capace di contendere le decisioni sulla salute, sulle risorse e sull'organizzazione della società.

Perché la domanda resta la stessa: chi decide quali bisogni devono avere risposta e dove devono andare le risorse di una società? È una domanda di salute. Ma è, prima di tutto, una domanda di potere democratico: poco potere diviso in molte mani, anziché tanto potere in poche mani.