



INSERTO

- Usciamo insieme dal vicolo cieco. Riprendiamoci il Servizio Sanitario Nazionale
- Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale
- Piattaforma La salute non è una merce. Assemblea di Firenze del 17/6/2023
- Mutualismo, municipalismo urbano, tutela universale del diritto alla salute, difesa e rilancio di un servizio sociosanitario nazionale pubblico e universale? Ma siamo seri?

USCIAMO INSIEME DAL VICOLO CIECO RIPRENDENDOCI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Come avevamo scritto nel precedente numero di Medicina e Potere su Lavoro e Salute di gennaio 2026, vorremmo soffermarci, in questo articolo, a spiegare meglio gli emendamenti presentati dal Forum per il Diritto alla Salute (FDS), insieme a Medicina Democratica (MD), alla proposta di Legge di Iniziativa Popolare (LIP) promossa dalla CGIL, nel percorso de La Via Maestra.

Essi vogliono rappresentare un intervento organico e radicale per arrestare il progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), contrastare la privatizzazione strisciante e ricostruire un servizio pubblico universale, equo e partecipato. Avevamo constatato con positività che, grazie a noi del FDS e di MD, che abbiamo mantenuto "il punto" sulle questioni della sanità per noi più dirimenti, alcune volte anche con lo scontro, si riconoscevano parti largamente influenzate dalla Piattaforma dei 16 punti - La salute non è una merce, tra cui:

- l'eliminazione del tetto di spesa per le assunzioni;
- il finanziamento a servizi erogati direttamente dal SSN, anche se questa formulazione può essere

facilmente elusa o aggirata, e la moratoria di nuovi convenzionamenti/accreditamenti;

- il regime di dipendenza dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di libera scelta (PLS) e dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati (cosiddetti SUMAI);

- la specializzazione universitaria per i MMG;

- forme di equiparazione contrattuale tra sanità pubblica e privata.

A queste abbiamo aggiunto ulteriori emendamenti, che abbiamo inviato al gruppo di lavoro de *La Via Maestra*, "Diritti sociali e Welfare", dove è compreso anche il tema della sanità e che, aggiungiamo una critica, si è riunito veramente poche volte, al contrario del percorso fatto per l'elaborazione politica della Piattaforma dei 16 punti - La salute non è una merce, proveniente dall'esperienza dei Congressi per la Salute.

Non smetteremo mai di evidenziare che la sanità è un tema complesso, come quello dell'energia,

CONTINUA A PAG. 2

Racconti e opinioni
lavoroesalute

● Rivista aderente a Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute

USCIAMO INSIEME DAL VICOLO CIECO RIPRENDENDOCI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CONTINUA DA PAG. 1

dell'ambiente o i temi internazionali e, come questi, richiede un insieme di conoscenze tecnico-scientifiche e amministrative non garantito dall'analfabetismo relativo delle generazioni più anziane, che non si aggiornano o non vivono più situazioni sociali reali, né da quello assoluto delle nuove generazioni, che non trovano più nelle università, nei partiti, nei sindacati e nei movimenti luoghi di conoscenza e di scambio intergenerazionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale è sotto attacco da anni. Tagli, definanziamento, privatizzazioni, precarizzazione del lavoro e disuguaglianze territoriali stanno svuotando dall'interno uno dei più importanti strumenti di giustizia sociale del nostro Paese.

Il diritto alla salute, oggi, non è solo l'articolo 32

Già dall'articolo 1 della LIP chiediamo di inserire, tra gli articoli della Costituzione citati, il 2, il 3, il 5, il 9, il 32 e il 41, soprattutto se si parla di prevenzione che non può essere garantita solo dal SSN ma deve entrare, con la salute, in tutte le politiche delle istituzioni pubbliche e dei privati. Questo perché oggi il diritto alla salute non sta più "dentro" il solo articolo 32 (forse non lo è mai stato), ma deve essere attuato congiuntamente all'ambiente e quindi all'articolo 9, che tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, insieme all'articolo 41 che, pur riconoscendo la libertà dell'iniziativa privata, stabilisce che essa *"non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana"*. È il "meta-diritto" di cui parla Ivan Cavicchi da anni nei suoi libri. Inoltre, questo meta-diritto alla salute oggi riguarda anche gli altri articoli della Costituzione che



rispondono ai determinanti sociali della salute, cioè, quelli che riguardano le condizioni di vita, di reddito, di lavoro, di istruzione, della casa. Oltre agli articoli 2, sui diritti inviolabili e sulla solidarietà, e 3, sull'uguaglianza e sull'obbligo dello Stato di rimuovere gli ostacoli, quindi povertà ed esclusione, vi sono l'articolo 4, che riconosce il diritto al lavoro, l'articolo 34 sull'istruzione, gli articoli 35 e 38 sulla sicurezza sociale, sul diritto a una retribuzione adeguata, sull'assistenza e sulla previdenza sociale. Ma prima di tutti l'articolo 11 contro la guerra: diritto alla salute e rifiuto della guerra vanno insieme.

Basta aziendalizzazione! La sanità deve essere pubblica e democratica

Sempre nel primo articolo chiediamo di enunciare esplicitamente che la salute deve essere sottratta a ogni meccanismo di profitto, riaffermando la sua natura di diritto fondamentale e non di merce. Chiediamo poi il superamento del modello dell'aziendalizzazione, introdotto dal D.lgs. 502/92 e non corretto dai governi di centrosinistra con il D.lgs. 229/99, che ha prodotto ospedali in competizione tra loro, territori abbandonati, servizi tagliati perché "non redditizi" e ha trasformato la sanità in un "sistema" - infatti così viene chiamato oggi - governato da logiche manageriali e di pareggio di bilancio, in cui collaborano pubblico e privato che con il 50% dei finanziamenti su base nazionale e punte del 90-95% nel territorio (riabilitazione, lungodegenza, assistenza domiciliare, hospice) detiene la golden share delle terza azienda pubblica italiana, che le Regioni e le Aziende sanitarie non riescono più a controllare.

Chiediamo di abolire il pareggio di bilancio come vincolo per la tutela della salute, così come la *governance* verticistica fondata sui direttori generali. Al posto delle "aziende" proponiamo la trasformazione democratica delle aziende sanitarie in **Enti Sociosanitari Territoriali e Ospedalieri**, con dimensioni adeguate, radicati nei territori e nei bacini di utenza, con un governo partecipato da lavoratrici e lavoratori, enti locali e cittadinanza organizzata.



CONTINUA A PAG. 3

USCIAMO INSIEME DAL VICOLO CIECO RIPRENDENDOCI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CONTINUA DA PAG. 2

La sanità deve rispondere ai bisogni: questo, crediamo, lo si possa fare rendicontando e supervisionando le risorse impiegate nel servizio pubblico, ma senza essere sottomessi all'ingiusto meccanismo del pareggio di bilancio.

E se proprio la figura patriarcale, paternalista e anacronistica del Direttore Generale dovesse rimanere - per noi sarebbe meglio abolirla - chiediamo che siano introdotte procedure di selezione pubblica tramite concorso, come avviene nella scuola per i dirigenti scolastici, e lo stesso per il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario e la loro contrattualizzazione nel CCNL della sanità.

Un nuovo governo pubblico del SSN: la salute in Comune

Non solo la Regione può avere un ruolo nella sanità. Già l'attuale normativa prevede un ruolo degli enti locali, a volte poco conosciuto dagli amministratori stessi, dai cittadini e dagli operatori sanitari, per quanto riguarda la programmazione dei servizi e delle attività. L'ente locale può incidere sui determinanti di salute: aria, acqua, reddito, casa, alimentazione, mobilità, istruzione, cultura e servizi sociosanitari, ancora non integrati.

Per questo proponiamo, per un nuovo governo pubblico della sanità, la creazione di un nuovo modello di generazione dei servizi sanitari, partecipato, con il coinvolgimento della collettività e delle operatrici e degli operatori sanitari, attraverso nuove forme di gestione e con la figura dell'**Assessore ai servizi sociali e sanitari del Comune o dei Municipi**, che devono concorrere alla programmazione sanitaria e alla verifica delle risposte ai bisogni di salute.



Più risorse pubbliche, meno profitti privati

Nella LIP si chiede un incremento strutturale del finanziamento del SSN fino a raggiungere almeno il 7,5% del PIL entro il 2030. Siamo d'accordo, purché tali risorse siano destinate esclusivamente al SSN propriamente detto e, contemporaneamente, si avvii una sospensione degli iter di accreditamento privato e una progressiva riconversione al pubblico dell'offerta sanitaria privata. È una scelta politica chiara e coraggiosa: ogni euro sottratto al pubblico per alimentare il privato è un euro sottratto all'universalità, all'equità e alla qualità delle cure. La salute non può continuare a essere terreno di rendita e speculazione.

Lavoro, diritti e dignità per il personale sanitario

Tutti ricordiamo il Covid-19. Soprattutto lo ricordano gli operatori e, ancor di più, le operatrici sanitarie (il 69,7%), che in quel periodo furono chiamate "equilibriste" perché, oltre all'impegnativo lavoro in reparto, dovevano fare i salti mortali per andare a casa a fare le madri o le maestre, con le scuole chiuse, o le badanti se vi era una persona con disabilità. Lo ricordano coloro che rimasero per intere settimane dentro le RSA con i pazienti.

Ricordiamo chi ha perso la vita per garantire, in quei giorni difficili, il "servizio sanitario", non il "sistema". Ricordiamo anche la retorica paternalista con cui tutti gli operatori sanitari venivano chiamati "eroi" o "supereroi". Cosa è rimasto di tutta quella enfasi? Poco o nulla. Nemmeno nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, come abbiamo più volte denunciato, è stato previsto un euro in più per il personale sanitario. Per questo l'aumento del Fondo Sanitario Nazionale deve andare prioritariamente a un **piano straordinario di assunzioni**, insieme a un piano di ripubblicizzazione dei servizi, con la reinternalizzazione del personale sanitario oggi in outsourcing, in appalto e subappalto nelle pseudo-cooperative.

CONTINUA A PAG. 4

USCIAMO INSIEME DAL VICOLO CIECO RIPRENDENDOCI IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CONTINUA DA PAG. 3

La LIP prevede un **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro unico** per tutto il personale sanitario, e su questo siamo d'accordo. Un nostro emendamento chiede che tale contratto sia esteso non solo al personale che lavora nel privato accreditato, ma anche a quello esternalizzato, per avviare una progressiva riconversione al pubblico dei servizi e del lavoro. Su questo punto la CGIL ha inserito un nuovo articolo durante il dibattito, che giudichiamo positivo e che ci aspettiamo di ritrovare nella nuova versione della LIP. Concordiamo sul termine "**personale adeguato**", ma chiediamo, con un ulteriore emendamento, che venga specificato "**alla complessità assistenziale dei pazienti**", oggi profondamente cambiata e misurabile con scale validate scientificamente, mentre il personale è ormai ridotto al minimo come standard organizzativo.

Senza queste misure concrete, oltre all'eliminazione del tetto di spesa, non vi sarà alcuna valorizzazione del personale sanitario, né possibilità di assunzioni stabili, condizioni di lavoro dignitose e omogenee, contrasto al dumping contrattuale o programmazione pluriennale dei fabbisogni nei servizi territoriali e ospedalieri.

Senza lavoro dignitoso non c'è diritto alla salute.

No ai fondi sanitari, altra forma di privatizzazione e disuguaglianza

Con il penultimo emendamento chiediamo l'abrogazione di tutte le facilitazioni fiscali per le assicurazioni sostitutive e/o integrative previste dai CCNL che, se esistenti, devono essere estese a tutti i cittadini, compresi i pensionati, per la copertura delle prestazioni non garantite dal SSN tramite i propri enti



territoriali o ospedalieri o non previste dai LEA, con particolare riferimento alle cure odontoiatriche.

No all'intramoenia, anomalia tutta italiana

Con l'ultimo emendamento, auspicando l'abolizione dell'intramoenia e dell'extramoenia, riteniamo necessaria la sospensione in tutte le Regioni e/o enti in cui non siano rispettati i tempi di attesa per le prestazioni previste dai LEA, tempi continuamente disattesi e spesso causa di ritardi nella diagnosi e nel conseguente intervento terapeutico di nuove patologie.

Per un nuovo inizio

Gli emendamenti alla LIP del FDS e di MD, insieme alle altre realtà che hanno espresso adesione a queste proposte, possono trasformare la LIP in una vera e propria riforma che continui il percorso della Legge n. 833/78, bruscamente interrotto dalle due contro-riforme del D.lgs. n. 502/92 e del D.lgs. n. 229/99.

Non abbiamo bisogno di altre leggi delega che scavalcano il Parlamento, come quella proposta in questi giorni dall'attuale governo di destra. Non abbiamo bisogno solo di un aumento del FSN.

Abbiamo bisogno di una riforma della sanità, certo, ma anche di un'idea forte e di un pensiero lungo che ripensi la società a partire dal diritto alla salute. Non è più possibile che tutti i problemi di salute che la società non può o non vuole risolvere ricadano sulla sanità nello stato attuale in cui si trova, come vediamo nel pronto soccorso, nelle lungodegenze e nelle RSA.

La CGIL, con *La Via Maestra*, dovrebbe avere più coraggio, come negli anni Settanta, quando esisteva un movimento operaio e democratico che oggi manca, così come manca una classe politica all'altezza. Lo stesso coraggio dovrebbe esserci all'interno del movimento StopReArmEU, dove, per contrastare i "re" di questo mondo (ne parliamo nel successivo articolo), servirebbe una visione lunga per l'intera società e per il mondo, fondata su un pensiero e su un'elaborazione politica vera, vissuta nella carne di chi lavora e di chi deve essere curato.

Sta alla mobilitazione sociale e politica renderla realtà.

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale.

LIP della Cgil, gli emendamenti del Forum per il diritto alla salute

Art. 1

Finalità, principi fondamentali e governo pubblico del Ssn

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 3, 5, **9 e 32 e 41** della Costituzione e dei principi e degli obiettivi di cui agli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, reca disposizioni per rendere effettivo il diritto alla tutela della salute della popolazione e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone, **contro ogni meccanismo volto al profitto**, presenti sul territorio nazionale secondo le norme dello Stato, attraverso interventi volti ad arrestare il declino del Servizio sanitario nazionale, Ssn, e promuoverne il progressivo rafforzamento. Le finalità sono perseguite disponendo interventi negli ambiti prioritari in cui le barriere all'accesso sono maggiori e riconoscendo il valore del lavoro di chi tutela e promuove salute, assiste e cura.

2. Il governo pubblico del Ssn, garantito da Stato, regioni ed enti locali, definisce i criteri generali di organizzazione e di funzionamento dei servizi e delle attività di promozione della salute, di prevenzione e di cura, garantisce la partecipazione del personale, dei cittadini, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati alla programmazione delle attività, alla valutazione dei risultati e al miglioramento della qualità dei servizi, **avviando un processo di democratizzazione con il superamento della attuale forma istituzionale delle aziende sanitarie, e la formazione di Enti socio sanitari territoriali e ospedalieri denominati di seguito Enti, con denominazione unica su tutto il territorio nazionale e organizzazione uniforme concordata in sede di Conferenza unificata Stato Regioni e che devono**



tornare ad essere di dimensioni adeguate al territorio e ai bacini orografici a cui rispondono, abolendo l'obbligo del pareggio di bilancio e la sua organizzazione verticistica con a capo il Direttore Generale, attraverso una sua contrattualizzazione, nell'ambito del CCNL della sanità e un concorso unico nazionale per titoli ed esami con relativa graduatoria, così anche per il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. I comuni e gli altri enti locali concorrono alla programmazione sanitaria e alla verifica dei risultati a livello regionale e locale, **creando un nuovo modello di gestione dei servizi, partecipata con il coinvolgimento della collettività e degli operatori attraverso nuove forme di gestione con la figura dell'Assessore ai Servizi sociali e sanitari del comune, del municipio o dei comuni di competenza territoriale.**

3. Le disposizioni di cui alla legge 26 giugno 2024 n. 86, recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione", non si applicano alle funzioni relative alla materia "tutela della salute".

Art. 2

Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

1. L'ammontare del finanziamento del **fabbisogno** Fondo sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è previsto in aumento a partire dal 2026 fino a raggiungere nel 2030 un livello non inferiore al 7,5 per cento del Prodotto interno lordo nominale dell'anno di riferimento. Il finanziamento è destinato a garantire l'erogazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali ad elevata integrazione sanitaria, **con destinazione al solo Servizio Sanitario Nazionale di diritto pubblico.** Dalla data di applicazione della presente legge gli iter di accreditamento ex art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 sono sospesi e non possono essere presentate nuove istanze.

2. Il finanziamento del **fabbisogno-Fondo** sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è progressivamente incrementato fino a raggiungere almeno il 6,45 per cento del Pil nel 2026, almeno il 6,75 per cento nel 2027, almeno il 7,0 per cento nel



Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 5

2028 e il 7,5 per cento a decorrere dal 2030. Il finanziamento non può mai prevedere un valore assoluto inferiore a quello dell'anno precedente, indipendentemente dall'evoluzione della spesa per il settore della difesa.

3. L'incremento del finanziamento di cui al presente articolo è interamente destinato al potenziamento dei servizi e dei percorsi di cura direttamente erogati dalle strutture pubbliche del Ssn. Le regioni e le province autonome provvedono ~~a mantenere invariati rispetto all'anno 2024~~ a rivedere i livelli di spesa per gli accordi e i contratti di fornitura delle prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati, **riorientando e riallocando le risorse nella direzione di una riconversione pubblica dell'offerta sanitaria specialmente in quegli ambiti in cui questa è minoritaria rispetto a quella privata.**

Art. 3

Rafforzamento e valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

1. La Repubblica riconosce il valore sociale del lavoro di chi tutela e promuove la salute, **contro ogni meccanismo di profitto**, assiste e cura e promuove interventi per la valorizzazione del personale del Ssn, quale elemento indispensabile per la tutela della salute e del benessere della popolazione, nel rispetto dell'articolo 36 e 41 della Costituzione.

2. La spesa per il personale del Ssn non è soggetta ad alcun tetto o vincolo; è abrogata ogni disposizione in contrasto o incompatibile con quanto previsto dalla presente legge.



3. La programmazione nazionale e regionale e l'organizzazione ~~delle aziende~~ e degli enti del Ssn assicurano l'adeguamento degli organici, anche in relazione al potenziamento dell'assistenza territoriale, la qualificazione del personale e la valorizzazione del lavoro sulla base dei seguenti principi e criteri:

- a) promozione della salute delle persone attraverso processi di educazione sanitaria della popolazione in riferimento ai fondamentali determinanti di salute: relazioni familiari e sociali, lavoro, istruzione, cultura, ambiente, infrastrutture. In tal senso deve essere favorito il valore sociale degli operatori sanitari, sia nei percorsi formativi, sia attraverso politiche di integrazione con i comuni e con i distretti socio sanitari;
- b) tempestiva presa in carico ed erogazione delle prestazioni e dei servizi secondo i principi di universalità, equità e globalità dell'assistenza del Ssn;
- c) appropriato impiego e orientamento di tutte le professionalità operanti nell'ambito delle aziende e degli enti del Ssn in continuità con i servizi sociali;
- d) promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e pieno rispetto delle norme in materia di organizzazione dell'orario di lavoro;
- e) programmazione pluriennale nell'ambito del piano triennale dei fabbisogni di cui all'art. 6 del D.lgs. n. 165 del 2001 **orientata a una prevalente gestione diretta e copertura dei servizi da parte degli enti sanitari e sociosanitari pubblici e a garantire risorse umane e professionali adeguate alle necessità di cura e di presa in carico degli assistiti.**

4. Entro il 31 marzo 2026, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le province autonome, in accordo con le organizzazioni sindacali confederali e di categoria comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri generali per la determinazione del fabbisogno di personale ~~delle aziende e~~ degli enti del Ssn **in misura adeguata in rapporto ai bisogni di salute della popolazione.** Entro il 31 maggio 2026, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali di fabbisogno del personale secondo i nuovi criteri e nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del Servizio sanitario regionale,

CONTINUA A PAG. 7

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 6

e li trasmettono al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze. Nelle more della determinazione dei nuovi criteri, le regioni e le province autonome elaborano i piani triennali nel rispetto dei principi e criteri di cui al comma 3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, dispone con proprio decreto, entro il 30 giugno 2026, la quota di finanziamento per l'assunzione del personale per ciascuna regione e provincia autonoma in relazione alle carenze di personale evidenziate.

5. La contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale, per quanto di rispettiva competenza, orientano le scelte di carattere normativo ed economico nel senso di favorire gli obiettivi di cui alla presente legge. Al fine di adeguare le retribuzioni tabellari del personale dipendente del Ssn, renderle attrattive rispetto al contesto europeo, contrastare la migrazione di professionisti e superare la precarietà, gli stanziamenti per i rinnovi dei contratti collettivi nazionali della sanità garantiscono le adeguate risorse.

6. Nell'ambito del contratto collettivo nazionale del comparto di specifica afferenza, per il personale dipendente del profilo sanitario e sociosanitario delle strutture di assistenza residenziale e semiresidenziale di proprietà pubblica, è prevista un'apposita sezione contrattuale al fine di equipararne il trattamento economico e normativo a quello delle corrispondenti professionalità operanti **nelle aziende** e negli enti del Ssn. I maggiori oneri trovano copertura in occasione del finanziamento per il rinnovo dei contratti collettivi nazionali secondo quanto previsto dall'art. 48 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.



7. **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Unico** per il personale di tutti i profili del profilo sanitario e sociosanitario, della sanità pubblica, convenzionata e privata, compreso il personale esternalizzato. Gli accordi contrattuali con le strutture accreditate di diritto privato sono condizionati all'applicazione, per **tutto** il personale ~~del profilo sanitario e sociosanitario~~, di un contratto collettivo nazionale di lavoro che preveda un trattamento economico e normativo equiparato a quello delle corrispondenti professionalità **delle aziende** e degli enti del Ssn. Gli schemi di accordi contrattuali e di convenzionamento predisposti dalle regioni e dagli enti sanitari pubblici devono prevedere l'impegno dei contraenti ad applicare al personale i CCNL che prevedano tale equiparazione. La dichiarazione del CCNL applicato al personale rientra tra gli obblighi informativi e di trasparenza previsti dal contratto e devono essere pubblicati e aggiornati sul sito di ogni soggetto erogatore di diritto privato contrattualizzati o convenzionato e su quello degli enti e aziende pubbliche contraenti nelle apposite sezioni destinate alla trasparenza. E altresì fatto obbligo ai soggetti erogatori di dare pubblicità sui loro siti delle misure di conciliazione vita-lavoro previste per i propri dipendenti.

Art. 4

Adeguamento e qualificazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale

1. Il Ministero della salute e il Ministero dell'università e della ricerca, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, promuovono l'accesso ai percorsi formativi e sostengono la valorizzazione delle professioni sanitarie, attraverso interventi di riconoscimento sociale, formativo, professionale e di carriera delle professioni sanitarie del Ssn, anche attraverso l'acquisizione di competenze avanzate, nonché di comunicazione delle nuove opportunità occupazionali in relazione al potenziamento del Ssn. Il Ministero della salute, il Ministero dell'università e della ricerca, le regioni e le province autonome promuovono la valorizzazione del Ssn e dei suoi professionisti come luogo di formazione post-laurea e di formazione permanente anche attraverso l'istituzione dei distretti sociosanitari e degli ospedali di insegnamento. Il SSN assicura le risorse necessarie



CONTINUA A PAG. 8

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 7

per garantire a tutto il personale impegnato nella tutela della salute una formazione indipendente e scevra da conflitti di interesse.

2. Al fine di rafforzare la dotazione del personale del Ssn, le regioni e le province autonome nell'arco di tre anni procedono all'adeguamento del personale attraverso assunzioni a tempo indeterminato delle unità necessarie, al netto del turn over, a coprire i piani di fabbisogno di personale adeguato **alla complessità assistenziale dei pazienti, misurata secondo scale validate a livello scientifico**, di cui all'articolo 3, compreso il rafforzamento degli organici dei servizi territoriali.

3. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e il Ministro dell'economia e delle finanze, dispone con proprio decreto, entro 60 giorni dalla data di approvazione della presente legge, per gli iscritti ai corsi di laurea infermieristica l'esonero, per la durata dell'intero corso di studi, del pagamento delle tasse universitarie e le relative modalità di compensazione economica agli atenei interessati. L'esonero è riconosciuto agli studenti che maturano nel corso dell'anno non meno del 75 per cento dei crediti formativi previsti. La misura è valida fino all'anno accademico 2035-2036.

4. Con decreto del Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, da emanarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è istituita la Scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e di cure primarie. Il trattamento economico corrisposto ai medici iscritti alla Scuola è equiparato a quello previsto per i medici iscritti alle altre Scuole di formazione specialistica.



5. I titolari del diploma di specializzazione di cui al comma 4 accedono mediante concorso pubblico alla dirigenza medica dell'area sanità del Ssn. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, attualmente titolari di un rapporto convenzionale con il Ssn, nonché gli specialisti ambulatoriali interni al Ssn, **possono optare per il passaggio** sono immessi al ruolo della dirigenza medica dell'area sanità secondo modalità di inquadramento stabilite da uno specifico accordo collettivo nazionale di equiparazione, sezione contrattuale del CCNL area della sanità, stipulato presso l'Aran, che tenga conto del livello retributivo in godimento, dell'anzianità posseduta nel rapporto con il Ssn e dell'esperienza professionale maturata.

Art. 5

Diritto a condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri

1. Tutti i lavoratori hanno diritto a lavorare in condizioni ambientali e lavorative sicure e salubri, tali da garantire la protezione della salute propria e della collettività. Il Ssn programma ed attua interventi per assicurare che tutti i luoghi in cui sono ricevute le persone e in cui operano i professionisti siano sicuri e accoglienti.

2. Fermo restando quanto stabilito dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, il datore di lavoro o il committente devono adottare ogni misura rispondente al criterio di massima sicurezza possibile e al principio di precauzione che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessari per tutelare l'integrità e la salute dei lavoratori. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali confederali comparativamente più rappresentative, sono definiti i criteri e le modalità per realizzare l'interoperabilità delle banche dati in possesso di Inps, Inail **e delle aziende e degli enti del Ssn**.

Lo stesso decreto definisce altresì i criteri e le modalità per l'istituzione del "Durc su Salute e Sicurezza" che certifica la regolarità contributiva e l'assenza di denunce di infortuni gravi, gravissimi e mortali negli ultimi 5 anni. Tale Durc è requisito obbligatorio per

CONTINUA A PAG. 9

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 8

accedere ad appalti pubblici e privati e a finanziamenti pubblici.

3. Con decreto del Ministro dell'istruzione e del merito, di concerto con il Ministro della salute e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, da adottare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sentite le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, è inserito l'insegnamento della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro nei programmi scolastici delle scuole a partire dalla classe prima della scuola di primo grado.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di intesa con la Conferenza Unificata, da adottare entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, è definito un Programma straordinario nazionale di azione per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela della salute nei luoghi di lavoro in attuazione dei principi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Il Programma individua, su base triennale, gli ambiti prioritari di intervento rispetto ai quali assicura il coordinamento fra le competenze delle aziende sanitarie e quelle dell'Ispettorato del Lavoro e dell'Inail, nonché degli altri istituti con competenze ispettive, al fine di migliorare le verifiche ispettive in termini di qualità, quantità e frequenza, anche attraverso l'incremento del necessario personale.

5. Le regioni e le province autonome procedono, entro il 31 dicembre 2026 anche a valere sulle risorse provenienti dalle sanzioni comminate dalle aziende sanitarie in relazione alle violazioni della normativa su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, all'assunzione del personale medico specialista in medicina del lavoro e dei tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei



luoghi di lavoro, sulla base del fabbisogno di personale individuato secondo le modalità di cui all'art. 3.

Art. 6

Sviluppo dei servizi territoriali e Distretto socio-sanitario

1. Al fine di garantire un omogeneo sviluppo dell'assistenza territoriale sull'intero territorio nazionale, le regioni e le province autonome provvedono entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge a emanare o adeguare il provvedimento generale di Programmazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, nel rispetto del decreto 23 maggio 2022, n. 77. La sua attuazione costituisce adempimento obbligatorio per l'accesso al finanziamento integrale del Ssn, secondo il modello di governo e gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi dei servizi per l'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico ai sensi della presente legge.

2. Le disposizioni di cui al decreto 23 maggio 2022, n. 77 in contrasto o incompatibili con quanto previsto dal presente articolo sono soppresse. Al fine di garantire un'omogenea attuazione sull'intero territorio nazionale del riordino dell'assistenza territoriale nel Ssn, al decreto 23 maggio 2022, n. 77 sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 1, comma 1, le parole "rispettivamente" e "avente valore descrittivo" sono sostituite dalle parole "aventi valore prescrittivo";

a) all'Allegato 1, tutte le parole "facoltativo", "raccomandato" e "fortemente raccomandato" sono sostituite dalla parola "obbligatorio".

3. Il Distretto socio-sanitario di cui all'art. 3-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni è un'articolazione del governo **della Azienda dell'Ente sanitario** territoriale che attraverso le Case della Comunità e la rete degli altri servizi territoriali sanitari e sociali con queste integrate assicura:

a) le cure primarie secondo un approccio multiprofessionale e interdisciplinare in ambulatorio e a domicilio, attraverso il coordinamento della rete dei servizi distrettuali che comprende i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i servizi



Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 9

specialistici ambulatoriali, le strutture operative a gestione diretta e le strutture ospedaliere;

b) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale nonché delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni singoli o associati, secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24.06.2025;

c) la gestione integrata dei servizi tramite l'accordo di collaborazione con gli Ambiti territoriali sociali (Ats) che costituisce adempimento obbligatorio;

d) la collaborazione con i comuni e la partecipazione della popolazione di riferimento alla elaborazione delle necessità di intervento e alla valutazione dei risultati raggiunti secondo quanto previsto dall'articolo 1 della presente legge.

Il distretto garantisce altresì i servizi a gestione diretta di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 3-quinques del decreto legislativo 229/1999.

4. La Casa della Comunità è il luogo di incontro, elaborazione, valutazione e condivisione fra le istanze e le risorse della comunità ed i servizi sociali e sanitari di Comuni e ~~Aziende sanitarie~~ che concorre ad assicurare la salute ed il benessere delle persone e della Comunità di riferimento. Nella Casa della Comunità, le attività dei servizi sanitari e dei servizi sociali si integrano con tutte le altre risorse presenti nella comunità per attuare congiuntamente programmi inclusivi per la promozione della salute e per la prevenzione, la cura e l'assistenza a livello territoriale, ospedaliero e residenziale. A questo scopo, la Casa della Comunità si avvale dei servizi presenti al suo interno, comunque coordinati con le attività e i servizi



in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti; della donna, della maternità, infanzia, e adolescenza e della famiglia; nonché delle persone con esperienza di sofferenza mentale nell'adolescenza e nell'età adulta.

Art. 7

Assicurazioni sanitarie sostitutive e/o integrative nei CCNL

Sono abrogate tutte le facilitazioni fiscali per le assicurazioni sostitutive e/o integrative previste dai CCNL che vanno estese a tutti i cittadini anche pensionati per la copertura delle prestazioni non garantite dal SSN tramite i propri Enti territoriali o ospedalieri o non previste dai LEA, con particolare riferimento alle cure odontoiatriche.

Art. 8

Libera professione intramuraria

La libera professione intramuraria del personale di tutti i profili coinvolti non può esser attivata in tutte le Regioni e/o gli Enti in cui non siano rispettati i tempi di attesa per le prestazioni previste dai LEA.

Art. 7 Art. 9

Politiche in favore delle persone anziane e delle persone non autosufficienti

1. Le politiche sanitarie e le politiche sociali assicurano, in maniera integrata e attraverso risorse pubbliche, assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, cure domiciliari, semiresidenziali e residenziali e sostegno alla popolazione, specie di quella anziana non autosufficiente e in condizioni di fragilità. È garantito il rispetto del diritto delle persone a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio in condizioni di dignità e sicurezza.

2. Le regioni e le province autonome assicurano, entro il 31 dicembre 2026, la piena integrazione fra ~~le aziende sanitarie~~ **gli enti** territoriali e gli Ats, individuati di norma in coincidenza con i distretti sanitari o come loro sub-articolazione ed organizzati secondo le Linee guida del decreto interministeriale del 24.06.2025.

L'accordo di collaborazione fra le aziende sanitarie

CONTINUA A PAG. 11

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 10

territoriali e gli Ats al fine della gestione integrata dei servizi di cui al comma 1 dell'art. 26 del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è obbligatorio e vincolante per la valutazione multidimensionale unificata di cui all'articolo 27 del medesimo decreto. Le regioni e le province autonome assicurano altresì la partecipazione e il coinvolgimento delle persone, dei familiari, delle organizzazioni della società civile e dei sindacati nella fase di progettazione, monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti.

3. In attuazione del comma 1, a livello distrettuale le aziende sanitarie gli enti territoriali e gli Ats assicurano prioritariamente:

a) prestazioni coordinate e integrate di cure domiciliari di base;

b) progetti individualizzati di assistenza integrata (Pai), in base ai fabbisogni assistenziali definiti dalla valutazione multidimensionale unificata, dotati di un budget di cura e assistenza, in coerenza con i principi e i criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, e garantendo la presenza di un riferimento professionale costante (case manager) in tutte le ore della giornata e in tutti i giorni dell'anno;

c) interventi di adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona, ovvero di nuove forme di coabitazione solidale e di coabitazione intergenerazionale, sostenuti da finanziamenti dedicati. Al fine di evitare ogni forma di marginalizzazione, nel decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 all'articolo 15, comma 1, primo periodo, le parole “, in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate” sono soppresse.



4. Le regioni e le province autonome garantiscono l'aumento dell'assistenza domiciliare, prioritariamente favore delle persone con maggiori bisogni assistenziali, fino a prendere in carico almeno il 20 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 31 dicembre 2026 e almeno il 30 per cento entro il 31 dicembre 2027.

5. Al fine di preservare la dignità e la libertà della persona, di contrastare l'isolamento e favorire il mantenimento dei legami affettivi della persona ospite, le regioni e le province autonome dispongono che le strutture per l'assistenza residenziale e semiresidenziale assicurino contesti familiari, aperti, integrati nelle comunità locali, di piccole dimensioni, anche garantendo l'accesso da parte dei familiari e delle reti amicali per tutta la giornata e, ove richiesto, senza limitazioni.

6. Le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché quelle ospedaliere, sviluppano percorsi personalizzati per promuovere il benessere generale e la funzionalità motoria, e per salvaguardare e valorizzare le autonomie residue degli ospiti; assicurano programmi per la prevenzione delle cadute e delle infezioni correlate all'assistenza, il controllo del dolore, l'appropriatezza e la sicurezza delle terapie farmacologiche, la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli ospiti e del personale. Nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro il 31 dicembre 2028, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

7. Quanto previsto ai commi 5 e 6 costituisce requisito per l'accreditamento istituzionale. Le regioni e le province autonome disciplinano entro il 31 dicembre 2026 l'adeguamento degli standard e dei requisiti strutturali e organizzativi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 prevedendo condizioni migliorative per gli ospiti in termini di:

a) attività di socializzazione e di salvaguardia dell'autonomia funzionale;

b) spazi disponibili per attività comuni, riabilitazione funzionale e controllo della diffusione delle malattie contagiose;

CONTINUA A PAG. 12

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 11

c) moduli diversificati in funzione della tipologia e dell'intensità del bisogno e della complessità assistenziale;

d) congruità del numero e della qualificazione del personale quotidianamente presente in rapporto alla numerosità delle persone ospiti e alla tipologia dei loro bisogni assistenziali.

È fatto divieto di autorizzare nuove strutture con un numero di posti letto superiore a 60.

Le regioni e le province autonome garantiscono la tempestiva applicazione dei nuovi standard e requisiti strutturali e organizzativi.

8. Al fine di assicurare la validità e la trasferibilità dei risultati della sperimentazione della prestazione universale, in coerenza con i principi e criteri direttivi di cui alla legge 23 marzo 2023, n. 33, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, la sperimentazione di cui al decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è estesa, alle persone con età anagrafica di almeno 65 anni, con un "bisogno assistenziale grave o gravissimo" e un ISEE non superiore a euro 40.000. L'assegno di assistenza di cui all'articolo 36, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29 è rideterminato in aumento tra 850 e 1800 euro mensili in base alla graduazione dei bisogni assistenziali. Il Ministero dell'economia e delle finanze assicura le risorse aggiuntive necessarie per l'ampliamento della sperimentazione della prestazione universale ai sensi del presente comma.

9. L'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria e la prestazione universale sono garantite a tutte le persone anziane non autosufficienti che hanno compiuto 65



anni, in coerenza con l'articolo 2, comma 1, lettera a) del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. L'art. 40 del medesimo decreto è soppresso.

10. Le leggi di bilancio dispongono l'adeguamento del Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, assicurando almeno un incremento di 1 miliardo rispetto al valore dell'anno 2025 per ciascun anno a decorrere dall'anno 2026 fino a determinare una dotazione di 6 miliardi di euro a decorrere dall'anno 2030.

Art. 8-Art. 10

Politiche per la salute della donna, per il supporto alla genitorialità e il sostegno all'educazione sessuale e alle relazioni familiari

Le regioni e le province autonome assicurano il rispetto dello standard di un Consultorio familiare ogni 20.000 abitanti, con la possibilità di uno ogni 10.000 nelle aree interne e rurali, secondo quanto previsto nel decreto del Ministro della salute del 23 maggio 2022, n. 77 e garantiscono, entro il 31 dicembre 2026, un'equipe multiprofessionale composta almeno da ostetrica, assistente sociale, ginecologa/o e psicologa/o. I Consultori familiari ~~sono collocati all'interno delle Case della comunità, o in sedi territoriali a sé stanti a queste collegate funzionalmente,~~ e garantiscono l'accesso ai servizi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

1. I Consultori familiari garantiscono in particolare:

a) percorsi assistenziali e di presa in carico integrata, comprese consulenza e assistenza psicologica, per tutto l'arco della vita;

b) prevenzione, assistenza e presa in carico delle problematiche del benessere sessuale, relazionale e riproduttivo, anche attraverso interventi co-progettati con le scuole;

c) l'offerta gratuita, a partire dal 30 giugno 2026, ad adolescenti e adulti di tutti i metodi contraccettivi e di prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse;

d) l'accesso, a partire dal 30 giugno 2026, all'Interruzione volontaria di gravidanza, Ivig, farmacologica in ogni distretto sanitario, presso gli ambulatori autorizzati, i servizi ospedalieri per l'Ivig e a domicilio;

CONTINUA A PAG. 13

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 12

e) l'assistenza domiciliare in puerperio, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno e il supporto all'accudimento del neonato, eventualmente anche con l'ausilio di mediatori culturali, entro 7 giorni e per almeno 6 mesi dalla nascita del bambino, a tutti i nuclei familiari con un neonato.

2. Al fine di garantire il pieno rispetto della legge del 28 maggio 1978, n. 194, è abrogato l'articolo 44 quinquies del decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 29 aprile 2024, n. 56 relativo al coinvolgimento di soggetti del Terzo settore con qualificata esperienza nel sostegno alla maternità.

Art. 9-Art. 11

Misure per la tutela della salute mentale di adulti, minori e giovani

1. Le regioni e province autonome assicurano alle persone con disturbi mentali la presa in carico e un percorso assistenziale inclusivo e partecipato; provvedono al progressivo rafforzamento dei servizi per la salute mentale e garantiscono programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali ed eventualmente anche residenziali, compreso il sostegno alle famiglie, all'abitare e all'inserimento lavorativo. Garantiscono altresì la prevenzione del ricorso della ospedalizzazione del minore e assicurano che qualora il ricovero ospedaliero si renda eccezionalmente necessario questo trovi accoglienza in luoghi con caratteristiche specifiche per il momento di crescita e vicini al luogo di residenza. Nel rispetto della Convenzione Onu sui diritti delle



persone con disabilità, le regioni e le province autonome dispongono il superamento della contenzione entro il 31 dicembre 2028, attraverso investimenti dedicati e specifici progetti, anche con corsi di formazione obbligatori per tutto il personale e con momenti di formazione sul campo.

2. Le regioni e le province autonome assicurano ai bambini, agli adolescenti e ai giovani adulti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo o con disturbi mentali l'accoglienza, la presa in carico e un percorso assistenziale terapeutico riabilitativo inclusivo e partecipato, senza interruzione fino al raggiungimento della maggiore età. Assicurano altresì entro il 30 giugno 2026 per ogni servizio di Neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza un programma integrato per il passaggio dei minori ai servizi per adulti, dotato di uno specifico budget di transizione.

3. Anche a valere sulle risorse finanziarie e di personale di cui agli articoli 2 e 3, le regioni e le province autonome garantiscono progressivamente e non oltre il 31 dicembre 2028 l'accessibilità dei servizi territoriali per la Salute Mentale nelle 24 ore e per 365 giorni/anno, rafforzando la presenza di tutte le figure professionali all'interno delle equipe dei servizi del Ssn e prevedendo la partecipazione degli esperti per esperienza.

Assicurano altresì specifici programmi per il diritto alla salute e alle cure delle persone detenute in carcere o sottoposte a misura di sicurezza detentiva in Rems ai sensi della legge 81/2014. In entrambi i casi va sostenuta la possibilità di usufruire di misure alternative alla detenzione.

Art. 10-Art. 12

Misure per il rispetto dei tempi di attesa

1. Le misure per l'incremento del finanziamento del Ssn, l'aumento del personale dipendente e il riordino dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 2, 3 e 6 sono gli strumenti fondamentali per il contenimento dei tempi di attesa per l'accesso ai servizi del Ssn.

2. Entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, le regioni e le province autonome garantiscono che la prenotazione delle prestazioni comprese nei percorsi di presa in carico sia effettuata direttamente



CONTINUA A PAG. 14

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 13

dai servizi o dai professionisti responsabili dell'assistenza, senza alcun ulteriore adempimento da parte della persona assistita, prioritariamente per le persone affette da patologie croniche o inserite in un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Art. 11 Art. 13

Verifica del percorso compiuto verso il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale

1. Al fine di verificare l'effettiva attuazione delle disposizioni volte a superare le criticità che ostacolano l'accesso tempestivo ai servizi e a migliorare la qualità dell'assistenza prestata alla popolazione, è istituita la Commissione per il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale e sono stabilite forme incentivanti, a valere sulle risorse previste dalla presente legge, erogabili alle regioni e alle province autonome a seguito dell'esito positivo della verifica del raggiungimento degli obiettivi di cui agli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10, **contro ogni meccanismo di profitto in sanità**. In coerenza con le finalità della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le province autonome **verificano e provvedono a che le misure, gli obiettivi previsti dalla presente legge vengano recepite negli atti di autonomia organizzativi degli Enti del SSN** e assegnano specifici obiettivi ai rispettivi direttori competenti per materia, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province



autonome, sono nominati i componenti della Commissione di cui al comma 1, che si avvale delle agenzie e degli enti nazionali. La Commissione è composta in parti uguali da rappresentanti del livello centrale, da esperti di comprovata esperienza e indipendenza e da rappresentanti delle regioni e delle province autonome. Lo stesso decreto assegna alla Commissione il compito di: definire un sistema di monitoraggio continuo delle azioni intraprese rispetto agli obiettivi stabiliti; verificare puntualmente i risultati raggiunti in termini di miglioramento nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza erogata; individuare eventuali ritardi, in particolare quelli con gravi ricadute sui diritti delle persone; valutare i progressi compiuti nel superamento delle carenze nei territori più periferici o interni, nonché rafforzare le funzioni di programmazione, verifica e vigilanza svolte dal Ministro della salute, dalle regioni e **dalle aziende sanitarie dagli enti sanitari**.

3. A decorrere dal 2026 la quota di finanziamento condizionata annualmente alla verifica positiva del progressivo raggiungimento degli obiettivi della presente legge su temi di competenza regionale è fissata nella misura del 10 per cento delle risorse stanziare per l'incremento del finanziamento del fabbisogno del Ssn di cui all'articolo 2.

4. La Commissione di cui al comma 1 presenta al Parlamento una relazione semestrale sull'attuazione della presente legge, evidenziando in particolare i casi di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi. In caso di gravi ritardi nel raggiungimento degli obiettivi di competenza regionale, la regione elabora un programma operativo che individua gli interventi necessari per il loro raggiungimento entro il 2028 ed assegna specifici obiettivi al direttore regionale della sanità e ai direttori generali **delle aziende sanitarie** e degli **altri** enti del Ssn interessati, a valere sulla loro valutazione annuale e per la eventuale revoca dell'incarico. Previa valutazione della Commissione per il rafforzamento del Ssn, il programma elaborato dalla regione è oggetto di un apposito accordo con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze che ne prevede il monitoraggio; l'accordo definisce altresì le modalità di riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento,

CONTINUA A PAG. 15

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 14

subordinatamente alla verifica da parte della Commissione della sua progressiva ed effettiva attuazione. Il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze possono individuare specifici interventi a supporto dei territori che presentano maggiori difficoltà.

5. In caso di mancata attuazione entro il 2028 di quanto previsto negli articoli 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 della presente legge si applica la procedura per l'esercizio del potere sostitutivo da parte del Ministero della salute di cui all'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Art. 12 Art. 14

Potenziamento della ricerca indipendente e governo della assistenza farmaceutica.

1. Il Ssn promuove, finanzia e valorizza la ricerca indipendente volta a produrre conoscenze sulla efficacia comparativa dei farmaci anche rispetto a interventi non farmacologici e sui loro effetti avversi, con particolare attenzione alla fase preclinica, nonché a promuovere l'appropriatezza prescrittiva. Attraverso bandi competitivi gestiti da AIFA, il Ssn destina annualmente una quota del Fondo sanitario nazionale per finanziare studi clinici sperimentali, studi osservazionali e revisioni sistematiche che presentino trasparenza e indipendenza nella individuazione degli obiettivi, nella definizione dei protocolli e nella proprietà dei dati e riguardino aree di interesse strategico, anche in assenza di interessi commerciali.

2. Entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, è costituita la nuova Commissione Scientifica ed Economica (CSE) dell'Aifa.



La Commissione è composta da 17 membri di elevata qualificazione scientifica e di comprovata indipendenza e garantisce le competenze necessarie per valutare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci e il loro impatto sulla spesa del Ssn. La Commissione procede, nei termini perentori di sei mesi dalla sua costituzione, a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale con l'obiettivo di assicurare, in presenza di farmaci con stessa indicazione terapeutica, la rimborsabilità solo a quelli che hanno un profilo di efficacia e sicurezza superiore rispetto alle alternative prescrivibili a carico del Ssn ovvero che a parità di profilo di efficacia e sicurezza presentano prezzi inferiori. L'Aifa dispone i conseguenti programmi di informazione e di formazione rivolti ai medici, ai pazienti e alla popolazione in generale.

3. Al fine di contenere gli effetti sulla spesa farmaceutica a carico del Ssn conseguenti all'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale di cui all'articolo 2, entro 60 giorni dall'approvazione della presente legge, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con proprio decreto riproporziona il tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn rispetto al Fsn. Al fine di promuovere la convergenza verso i risultati delle regioni con la spesa più contenuta, a partire dall'anno 2027 il valore complessivo del tetto della spesa farmaceutica a carico del Ssn in rapporto al Fsn (per la farmaceutica convenzionata, gli acquisti diretti e i gas medicinali) è annualmente rideterminato al livello della regione di riferimento cui corrisponde una percentuale della spesa farmaceutica sul Fondo sanitario regionale al di sotto della quale sono comprese almeno cinque regioni e province autonome e almeno un terzo della popolazione nazionale.

Art. 13 Art. 15

Programmazione sanitaria

1. Al fine di rendere effettivo il diritto alla tutela della salute e adeguare l'offerta di assistenza ai bisogni di tutte le persone in tutto il territorio nazionale, entro il 31 dicembre 2026 è adottato, con le procedure di cui all'art. 1 comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni, il Piano sanitario nazionale 2027-2029 come

CONTINUA A PAG. 16

Proposta di legge di iniziativa popolare

Disposizioni per rendere effettivo il diritto alla salute mediante il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale e la valorizzazione del personale

CONTINUA DA PAG. 15

fondamentale strumento di indirizzo politico e di governo pubblico a garanzia dell'unitarietà del Ssn e della uniformità dell'assistenza a parità di bisogno. Alla elaborazione del Piano è assicurata la più ampia partecipazione delle organizzazioni sindacali e della società civile, della comunità scientifica e professionale.

2. Nelle more dell'approvazione del Piano sanitario nazionale 2027-2029, entro il 30 giugno 2026 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome approva il Patto per la salute. Il Patto prevede la concertazione di misure per il miglioramento dell'accesso e della qualità dei servizi, l'adeguamento del personale dipendente e l'economicità nell'uso delle risorse, con particolare riguardo all'omogenea attuazione dello sviluppo dell'assistenza territoriale di cui agli articoli 6, 7, 8 e 9.

Art. 14 Art. 16

Copertura finanziaria

1. L'incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato di cui all'articolo 2, è complessivamente non inferiore a 7.000 milioni di euro per l'anno 2026, a ulteriori 9.900 milioni di euro per l'anno 2027 e a ulteriori 9.600 milioni di euro a decorrere dall'anno 2028. Ad esso si provvede a valere sulle maggiori entrate rinvenienti da:

a) gli interventi di razionalizzazione e revisione della spesa farmaceutica di cui all'articolo 12 della presente legge, almeno pari a euro 2.500 milioni a decorrere dall'anno 2027;



b) la lotta all'evasione fiscale, anche attraverso misure volte a incentivare l'utilizzo della moneta elettronica e disincentivare l'uso del contante;

c) la rimodulazione e l'eliminazione dei sussidi dannosi per l'ambiente (SAD) di cui all'articolo 68 della legge 28 dicembre 2015, n. 221.

2. Il Ministro dell'economia e delle finanze individua con uno o più decreti le misure atte a garantire, al netto dei risparmi di spesa di cui alla lettera a), le maggiori entrate derivanti dagli interventi di cui alla lettera b) e, di concerto con il Ministro dell'ambiente e della sicurezza energetica, sentito il Ministro delle imprese e del made in Italy, dalla lettera c), al fine di conseguire la copertura del maggior finanziamento del Ssn per un importo complessivo non inferiore a 7.000 milioni di euro per l'anno 2026, a ulteriori 7.400 milioni di euro per l'anno 2027 e a ulteriori 7.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2028 a incremento di quanto già previsto dalla legge di bilancio 2026. Le leggi di bilancio per gli anni 2029 e 2030 assicurano la copertura dell'aumento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard fino a raggiungere il 7,5 per cento del PIL.

3. Qualora le misure previste dai commi 1 e 2 non siano adottate o siano adottate per importi inferiori a quelli indicati, il Ministro dell'economia e delle finanze dispone, entro il 30 giugno 2026, misure di revisione della tassazione sui patrimoni in senso progressivo e personale, prevedendo l'esenzione della prima casa, salvo quelle di particolare pregio, e dei piccoli patrimoni nonché misure di revisione della imposizione sul reddito delle persone fisiche in senso maggiormente progressivo, garantendo complessivamente la copertura dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale standard di cui al comma 1.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio per l'attuazione della presente legge.

Art. 15 Art. 17

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.



LA SALUTE NON È UNA MERCE

*Assemblea di Firenze
del 17/6/2023*

PIATTAFORMA

1. Riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) laico, umanizzato e interamente a controllo e gestione pubblica, partecipata, democratica e popolare.

2. Ridefinizione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non più basato su principi di aziendalizzazione e privatizzazione ma con la generazione diretta di servizi.

3. Adeguato incremento del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale con destinazione esclusivamente al Servizio Sanitario Nazionale di diritto pubblico.

4. Eliminazione del profittevole meccanismo dell'accreditamento e delle convenzioni con i privati, con l'immissione nel ruolo della dipendenza di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali convenzionati.

5. Recupero delle strutture sanitarie chiuse per i tagli lineari, inutilizzate e/o abbandonate su tutto il territorio nazionale.

6. Rilancio delle politiche di prevenzione, a partire da quella primaria, in tutte le attività, nei territori e nei luoghi di lavoro, partendo da condizioni ambientali ed ecosistemi, reddito, salario, lavoro, abitazione, istruzione e servizi.

7. Potenziare la rete dei consultori, secondo la L.405/75, che devono essere laici, gratuiti, aperti alle esigenze di salute e benessere delle donne e delle libere soggettività, senza discriminazioni di genere, età, fragilità, etnia, cultura, religione, classe, garantendo l'attuazione del diritto all'aborto, la promozione della contraccezione gratuita e la somministrazione della

RU486 per l'IVG. Precludere l'accesso degli obiettori nel SSN pubblico.

8. Piano straordinario di assunzioni di personale a tempo indeterminato, stabilizzazione dei precari e reinternalizzazioni del personale e delle attività esternalizzate, abolendo il tetto di spesa e con adeguati standard normativi di personale.

9. Contratto Nazionale Unico per tutti i lavoratori e lavoratrici della sanità pubblica, convenzionata e privata, per superare le differenze giuridiche e contrattuali.

10. Eliminazione del numero chiuso universitario compresi i corsi di laurea delle professioni sociali e sanitarie e delle specializzazioni, formazione universitaria del medico di medicina generale con adeguamento di strutture, borse di studio e programmi.

11. Abolizione delle Casse e dei fondi privati di sanità integrativa e di malattia nei Contratti Collettivi di Lavoro Pubblici e Privati e della loro detraibilità fiscale.

12. Rifiuto di ogni Autonomia Regionale Differenziata

13. Ripristino dell'imposizione fiscale progressiva ed eliminazione del pareggio di bilancio in Costituzione

14. Ridefinizione delle attuali competenze tra Stato, Regioni ed Enti Locali.

15. Abolizione di tutti i ticket sanitari, della pratica dell'intramoenia e dell'extramoenia, con l'esclusività del rapporto di lavoro, azzeramento delle scandalose liste d'attesa, introduzione nei LEA di tutta l'odontoiatria e delle patologie rare, orfane e invisibili.

16. Per la democrazia e contro la repressione nel SSN e nella sanità esternalizzata e accreditata, contro la sua gestione verticistica e autoritaria, aggravata dalle grandi dimensioni delle aziende sanitarie.

Congressi per la salute/Rete nazionale salute e sanità

Mutualismo, municipalismo urbano, tutela universale del diritto alla salute, difesa e rilancio di un servizio sociosanitario nazionale pubblico e universale? Ma siamo seri?

Abbiamo partecipato a Bologna all'assemblea contro il riarmo e i nuovi Re "No Kings" rivendicato con spirito antiautoritario e anticoloniale, i movimenti antitrumpiani con uno sguardo critico verso il passato di colonia inglese prima e di potenza imperialista neocoloniale dopo l'indipendenza.

Se riconosciamo un valore nella convergenza di esperienze e spazi sociali e culturali e di movimenti portatori di temi, storie, sensibilità, contro lo strapotere dei dominatori del mondo e contro la guerra, non possiamo non evidenziare le omissioni, le aporie e la sostanziale ignoranza di queste due giornate bolognesi. **Chi sono i "kings" contro cui combattiamo per la tutela del diritto fondamentale alla salute e per difendere la sanità pubblica?**

Perché in Italia non si riesce a fare mobilitazioni ampie e articolate come quelle de "las mareas blancas" in Spagna o di "Keep Our NHS Public - NHS not for Sale" che vedono ampia partecipazione sia di cittadini che di operatori che di associazioni di pazienti e familiari?

Perché tutto questo?

Dalla due giorni bolognese, e dal tavolo di lavoro dedicato al welfare e ai diritti dove ci sono stati almeno una cinquantina di interventi diversi, non emerge nessuna di queste domande, e quando emerge (solo in un paio di interventi) si limita a denunciare l'inerzia delle centrali sindacali confederali e l'autoritarismo che si vive nelle aziende sanitarie e che impedisce ai lavoratori di parlare e mobilitarsi. Nessuna analisi sulle cause profonde di tutto questo.

Si ignora completamente o si sceglie di non misurarsi su quanto emerso ed elaborato a partire dal 2021 nell'ambito dell'esperienza dei Congressi per la Salute culminata nella "piattaforma dei 16 punti" *La salute non è una merce* che citiamo sempre qui su Medicina e Potere e a cui aderiamo incondizionatamente, così come si ignora e non ci si misura in alcun modo con altre esperienze e campagne quali quelle de "*La via Maestra*" con la sua proposta di legge di iniziativa popolare (con tutte le contraddizioni che seguiamo e tentiamo di correggere "da dentro") o con altre campagne rispetto a cui siamo più critici e distanti, come quelle promosse dall'associazione Salute Diritto Fondamentale che fa capo a Rosy Bindi e Nerina Dirindin insieme a diversi soggetti del Terzo Settore con l'appello "*Non possiamo restare in silenzio*", o da soggetti come Gimbe di Nino Cartabellotta (che non parla mai della consistenza del fenomeno della privatizzazione), o l'appello degli scienziati (quasi tutti Bocconiani, tranne Giorgio Parisi) o con la chiamata



alla rinazionalizzazione dell'SSN del senatore PD Andrea Crisanti.

Quello che non basta più

Con tutti questi appelli, esperienze e posizioni abbiamo interloquito criticamente fino allo scontro, per far comprendere quanto fossero legati indissolubilmente tagli dei fondi, delle strutture, dei posti e del personale nel pubblico, gestione autoritaria e verticistica delle Aziende, frammentazione del lavoro in sanità privata, umiliazione e svilimento del lavoro in sanità pubblica, aumento indiscriminato del Fondo Sanitario (destinato a incrementare la quota per i privati accreditati, senza invertire la rotta del rapporto pubblico-privato), il totale monopolio senza controllo dei privati e l'assenza totale del pubblico nel tanto evocato e osannato "territorio" (RSA, RSD, Hospice, residenze psichiatriche, cure palliative, assistenza domiciliare, cura delle dipendenze patologiche e dei disturbi della nutrizione).

Per questo abbiamo a più riprese detto e scritto che non basta aumentare il Fondo Sanitario Nazionale e non si può solo chiedere più risorse al territorio perché se non si inverte la rotta e non si vincolano le risorse al pubblico bloccando gli accreditamenti e reinternalizzando i servizi, tali aumenti, andrebbero ad aumentare le risorse agli accreditamenti, alle convenzioni, alle esternalizzazioni.

Non abbiamo sentito una parola sulla necessità di tutelare il diritto alla salute con una vera battaglia per la sanità pubblica, ma soprattutto non abbiamo colto nessuna capacità di riconoscere il ruolo privatistico della cooperazione sociale e del Terzo Settore tra i fattori critici della privatizzazione e dello sfruttamento. Abbiamo invece assistito a una rivendicazione superficiale per non dire ottusa dell'attività degli sportelli sulle liste d'attesa e degli ambulatori popolari.

Mutualismo, municipalismo urbano, tutela universale del diritto alla salute, difesa e rilancio di un servizio sociosanitario nazionale pubblico e universale? Ma siamo seri?

CONTINUA DA PAG. 18

Il paradosso delle liste d'attesa

Sul tema delle liste di attesa non possiamo che esprimere una valutazione estremamente critica a fronte di alcuni fatti incontrovertibili.

Di sportelli sulle liste d'attesa ne esistono tanti, portati avanti da diversi anni da un variegato mondo di organizzazioni, politiche, sindacali di tutti gli orientamenti: dai CAF, ai comitati elettorali di partiti e candidati di ogni schieramento, dall'ARCI alle ACLI, dallo SPI CGIL ai COBAS, da Rifondazione Comunista ai Collettivi Autonomi, ai centri sociali.

In sostanza si raccoglie il disagio di quelli che non riescono a prenotare le visite e gli esami, si prendono i loro dati, per farne cosa non viene mai esplicitato, si scrive alle aziende sanitarie minacciando il ricorso all'intramoenia o al privato accreditato con costo a carico del SSN (prestazioni private a carico dei fondi pubblici). La ASL ha interesse a erogare e ti concede la prestazione nei tempi previsti dal codice di urgenza solo se la regione è sottoposta a piano di rientro, altrimenti non ha nessun problema a riconoscerla la prestazione presso il privato (intramoenia o accreditato) con il solo pagamento del ticket. Ogni anno il governo nazionale e le Regioni stanziavano dei soldi in più per le liste d'attesa e questi soldi vanno al privato visto che le Aziende Sanitarie hanno vincoli di bilancio e di spesa sul personale. Molte regioni oltre ad aumentare il budget annuale per gli accreditati hanno aumentato il numero stesso dei soggetti accreditati nel territorio.

L'offerta sanitaria privata è talmente alta (oltre la metà dei bilanci regionali) che le liste d'attesa, se ci fosse volontà politica, potrebbero essere smaltite nei giusti tempi.



Perché tutto questa attività di sportello e nessuna protesta?

In sostanza e dopo alcuni anni di esperienza è doveroso dire alcune cose e porsi alcune domande. Cosa ha prodotto tutto l'attivismo dedicato a questa attività di sportello?

1. In alcune regioni (es. in Toscana) sappiamo che gli sportelli sulle liste d'attesa hanno chiuso per il venir meno di richieste da parte dei cittadini dopo che le regioni hanno aumentato l'offerta sul territorio del numero di strutture private accreditate e l'incremento dei budget ad esse destinati.

2. Non ha prodotto alcuna conoscenza e consapevolezza "politica" del fenomeno, della sua estensione, dei suoi determinanti e dei suoi meccanismi, aldilà di qualche tecnicismo su come vengono raccolti, riportati e manipolati i dati da parte delle Regioni.

3. Non ha prodotto alcuna vera mobilitazione per la difesa e il rilancio del nostro SSN.

4. Non ha acquisito all'impegno e alla mobilitazione per difendere il diritto alla salute e alla sanità pubblica né masse, né gruppi, né individui.

È stupefacente l'ostinazione e la quantità di impegno e di energia profusa da anni solo ed esclusivamente su questo tema senza guardare alle dinamiche e alle cause profonde ad esso legate.

Non si capisce che aldilà del meritorio aiuto a persone in difficoltà, a cui si voleva dare, e forse si è data una risposta di aiuto immediata, ma che forse doveva dare il MMG, si è sostanzialmente contribuito alla narrazione che giudica colpevoli e inefficienti i servizi e i lavoratori pubblici, giustificando l'aumento degli accreditamenti e dei denari ad essi destinati?

L'unica eccezione

L'unica eccezione nota è che non possiamo non nominare è lo sportello "Mammuto" del 4° Municipio di Roma che ha fatto dell'inchiesta sociale, dei questionari alla cittadinanza e della attività di supporto ai cittadini sulle liste d'attesa lo strumento di conoscenza dei bisogni di salute della popolazione e della sollecitazione/rivendicazione continua, puntuale e puntigliosa di fronte alla ASL territoriale di competenza.

CONTINUA A PAG. 20

Mutualismo, municipalismo urbano, tutela universale del diritto alla salute, difesa e rilancio di un servizio sociosanitario nazionale pubblico e universale? Ma siamo seri?

CONTINUA DA PAG. 19

(ASL ROMA2) affinché essa svolga la sua funzione e assolva ai suoi obblighi assicurando i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel territorio. Questa azione continua va di pari passo con la battaglia per la riapertura di un presidio sanitario pubblico nel quartiere: Villa Tiburtina. Presidio pubblico, che riaprirà a giorni con i fondi del PNRR per le Case della Comunità e per il quale il comitato chiede che i servizi siano completamente pubblici e operati da lavoratori pubblici. Nessuna ambiguità, nessun fraintendimento sul ruolo pubblico, sulla rivendicazione di un servizio pubblico. Azione dal basso per rivendicare il pubblico, per conoscerne i problemi, le risorse, per rivendicarne la sua esistenza, il suo potenziamento, il suo corretto funzionamento, la sua efficienza. Il comitato Mammut e per Villa Tiburtina non era purtroppo a Bologna a portare la sua esperienza e il suo approccio.

Qual è la realtà?

E forse non è un caso, visto che a Bologna non abbiamo rilevato alcuna vera riflessione e comprensione sul modello di governance delle aziende sanitarie, sulla figura verticistica e patriarcale dei Direttori Generali, i veri kings della sanità, sui vincoli di spesa per le strutture pubbliche relativi alla gestione diretta dei servizi, alle assunzioni, e alla valorizzazione del personale. Nessuna riflessione e comprensione sulle condizioni di lavoro in sanità sia nel settore pubblico che in quello privato, su come queste impattano e siano impattate dai modelli di organizzazione e di utilizzo delle risorse, dalla logica aziendalistica, dal modello neoliberista. Nessuna riflessione e comprensione su



quanto siano aderenti a tale logica le linee di condotta delle forze politiche, dei sindacati, e sulla funzione svolta dal Terzo Settore e dalla cooperazione sociale sul terreno della precarizzazione e squalificazione del lavoro, sul tema dei salari da fame e del dumping salariale, i contratti che riguardano gli operatori sanitari sono ben 45 (<https://www.cnel.it/Archivio-Contratti>) e su quanto le operatrici e gli operatori (per 2/3 donne) dei servizi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e socio-educativi, più miserie in un corpo solo, parafrasando Gaber, siano, e non possano che essere, al centro della questione del reddito universale e del salario minimo.

Davvero è possibile sostituire il servizio sanitario pubblico solo con gli sportelli e gli ambulatori popolari?

Nella due giorni bolognese invece il modello alternativo proposto è quello dei cosiddetti "ambulatori popolari" rivendicata come pratica mutualistica e di municipalismo urbano, ma anche come medicina e cura dal basso, comunitaria, che consentirebbe la riappropriazione dell'autodeterminazione minacciata dalla medicalizzazione e dal ritorno dei fenomeni di istituzionalizzazione e contenzione.

Si dà il caso, però, che il numero di queste esperienze è limitatissimo, si basano sul lavoro volontario di medici e infermieri militanti, sono aperte pochi giorni al mese e per pochissime ore.

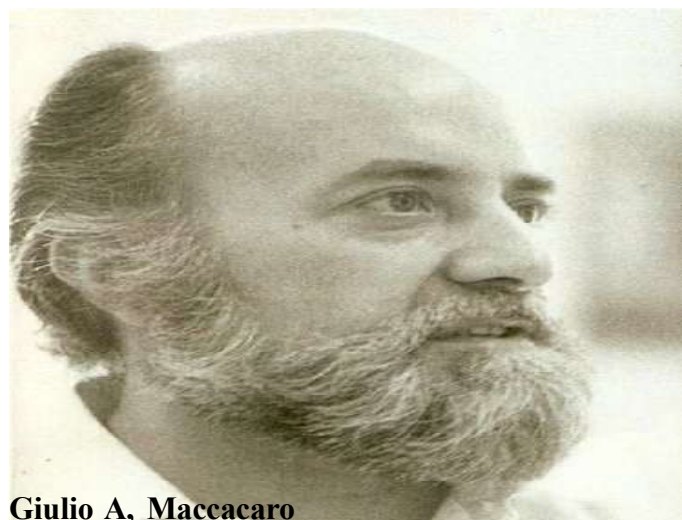
Converghiamo nella lotta per il diritto alla salute e per una sanità senza profitto

Possiamo capire che queste esperienze diano sicuramente uno sbocco alla frustrazione e alla perdita di senso di quegli operatori che vivono il clima alienante, oppressivo e intimidatorio che si respira nelle aziende sanitarie, nelle cliniche private, nelle cooperative, ma forse unirsi alle realtà che lottano per il diritto alla salute contro ogni meccanismo di profitto e sfruttamento, non potrebbe essere, oltre che giusta, anche liberante ed emancipatoria, per una vera "rivoluzione della cura"?

Davvero è possibile sostituire il servizio sanitario pubblico solo con gli sportelli e gli ambulatori popolari?

Noi crediamo che non si scappi dai 16 punti della piattaforma La salute non è una merce e dai nessi che li legano tutti inestricabilmente.

Il nostro invito è a convergere su questa lotta.



Giulio A. Maccacaro