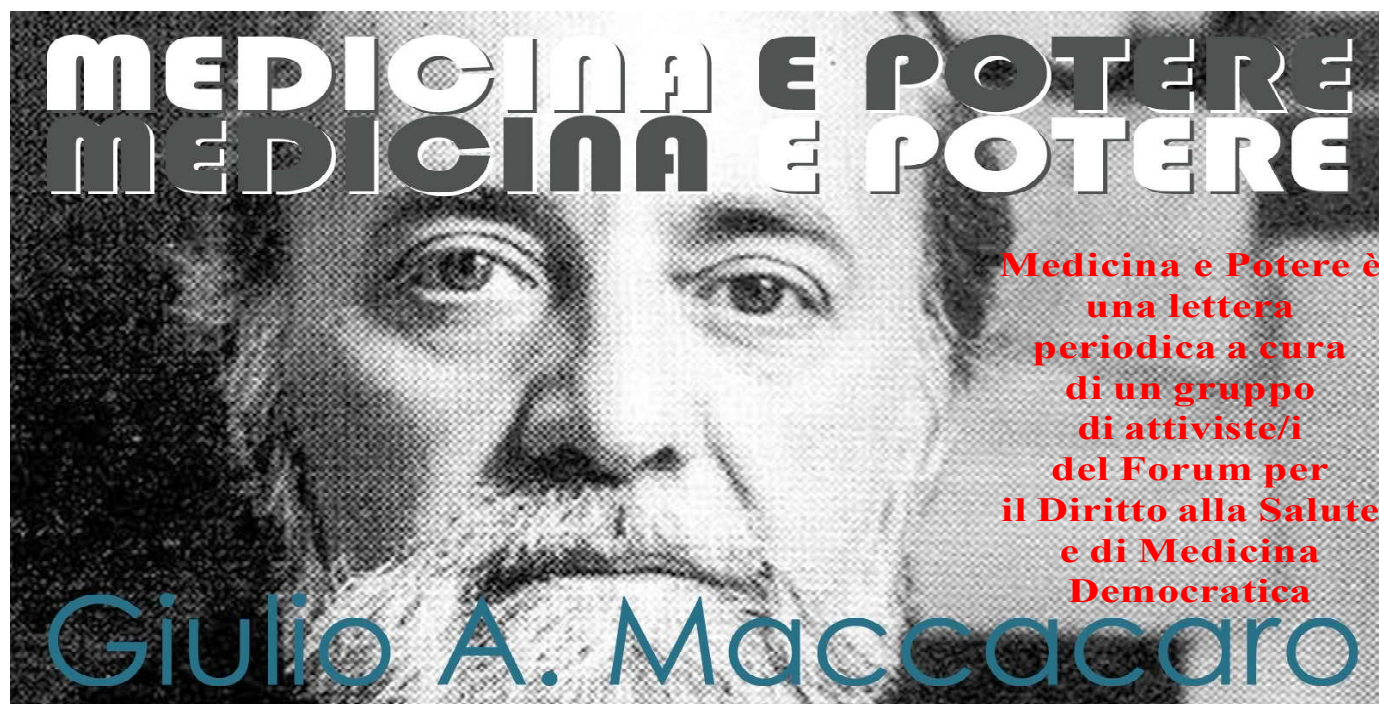




COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

La salute non è una merce. Piattaforma assemblea di Firenze 17 giugno 2023

Il tempo storico in cui siamo

Il contesto in cui si colloca oggi una riflessione sul diritto alla salute è segnato da una torsione profonda dell'ordine politico, economico e culturale. Da un lato assistiamo all'espansione dell'economia di guerra e all'inquietante "isteria bellicista", come l'ha definita lo storico A. Barbero, con la crescita della spesa militare, la normalizzazione del riarmo e l'assunzione del conflitto come orizzonte stabile della regolazione internazionale. Dall'altro, osserviamo l'ulteriore arretramento del welfare e la progressiva subordinazione dei diritti sociali alle compatibilità del mercato, del debito, dei bilanci e della competizione geopolitica. D'altronde le classi dominanti, lo sappiamo, sono disponibili a concedere qualcosa, solo quando hanno paura di perdere tutto.

Questa trasformazione non investe la sanità in modo marginale o secondario. La investe al cuore. Ogni euro sottratto alla prevenzione, al personale, ai servizi territoriali, alla salute mentale, ai consultori, alla medicina del lavoro, alla non autosufficienza, agli ospedali e alla sanità pubblica nel suo complesso è il riflesso di una gerarchia politica delle priorità. E in quella gerarchia, oggi, la salute non occupa più il posto di diritto fondamentale e interesse della collettività, ma quello di variabile subordinata.

Per questa ragione la crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non può essere letta come una semplice crisi amministrativa, né come un momentaneo squilibrio finanziario. Essa è l'esito storico di una lunga controffensiva politica e culturale che ha rimesso in discussione il compromesso sociale del secondo Novecento, svuotando progressivamente di contenuto l'universalismo, la gratuità, la partecipazione e la prevenzione che erano alla base della riforma sanitaria del 1978.

Dalla riforma alle contro-riforme

Il SSN nacque come conquista politica e sociale, non come concessione tecnocratica, calata dall'alto. Esso fu il risultato di un ciclo di lotte operaie, femministe, democratiche, ambientaliste, che avevano imposto una diversa idea di salute: non la salute come riparazione del danno, ma la salute come risultato sociale, come esito delle condizioni di vita, di lavoro, di reddito, di ambiente, di istruzione, di libertà e di benessere. Un vero e proprio salario differito. Nel corso dei decenni successivi, però, questa impostazione è stata progressivamente smontata. Le contro-riforme degli anni Novanta hanno introdotto l'aziendalizzazione, la regionalizzazione competitiva, la verticalizzazione dei

CONTINUA A PAG. 2

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 1

poteri e la collaborazione strutturale tra pubblico e privato. Le Unità Sanitarie Locali (USL) sono state trasformate in aziende; il "servizio" è stato sostituito dal "sistema"; la partecipazione è stata sostituita dal management; il governo democratico è stato sostituito dalla figura monocratica del direttore generale; la programmazione pubblica è stata piegata al pareggio di bilancio.

Non si è trattato di un mutamento organizzativo, ma di una mutazione di paradigma. La salute è stata gradualmente separata dall'eguaglianza, la cura dal conflitto sociale, la prevenzione dai determinanti sociali della salute, e cioè: ambiente, reddito, lavoro, abitazione, istruzione, servizi. Il linguaggio stesso della sanità si è rovesciato: l'assistito è diventato prima utente, poi cliente; l'operatore è diventato risorsa umana, o ore da comprare; l'ospedale ha assunto la forma del prestazionificio; il territorio è stato svuotato; il privato è entrato nel cuore della programmazione pubblica.

Privatizzazione, finanziarizzazione, white economy

Inoltre oggi non siamo di fronte soltanto a un processo di privatizzazione in senso classico. Siamo di fronte a una finanziarizzazione della sanità. Il welfare, e in particolare la sanità, sono diventati terreno di investimento, rendita, assicurazione, intermediazione e valorizzazione del capitale. 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.



La cosiddetta *white economy* prospera precisamente sul progressivo indebolimento dell'universalismo. Da sempre i movimenti di lotta affermano che la salute non è in vendita, ma, purtroppo, la salute si vende benissimo, e ancora meglio si vende la sanità come riparazione dei danni prodotti da un modello di sviluppo nocivo. La mercificazione non è un incidente di percorso: è la forma contemporanea assunta dalla subordinazione della salute al profitto.

Il welfare da conquista democratica e del mondo del lavoro è 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 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).

In tale quadro, limitarsi a chiedere genericamente l'aumento del Fondo Sanitario Nazionale non basta. Se non si spezza il meccanismo strutturale che trasferisce risorse pubbliche verso interessi privati, anche le nuove risorse rischiano di alimentare lo stesso

CONTINUA A PAG. 3

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 2

ciclo di privatizzazione che si vorrebbe contrastare. È dunque necessario affermare con chiarezza che la questione non è soltanto quanto denaro destinare alla sanità, ma per quale modello di sanità e sotto quale forma di governo pubblico e democratico.

La sanità come contenitore delle contraddizioni sociali

La sanità, non da oggi, è diventata il contenitore in cui vengono scaricati tutti i problemi che la società non vuole o non sa affrontare alle loro radici. I pronto soccorso, le lungodegenze, le RSA, i servizi di salute mentale, i reparti di medicina interna e i territori impoveriti, testimoniano ogni giorno questa realtà. Vi confluiscono gli effetti della povertà, della precarietà, degli infortuni sul lavoro, degli incidenti stradali e domestici, della violenza di genere, delle dipendenze, del disagio psichico, dell'abbandono degli anziani, della mancata presa in carico territoriale e delle patologie che si sarebbero potute prevenire.

Questa funzione di contenitore non è più sostenibile, e soprattutto è politicamente rivelatrice. Essa mostra che la salute non può essere confinata dentro il perimetro del solo articolo 32 della Costituzione, né delegata al solo apparato sanitario. La salute riguarda l'insieme dei determinanti sociali: lavoro, reddito, scuola, casa, ambiente, trasporti, alimentazione, servizi, relazioni sociali, pace. Tutti temi ben presenti in rispettivi articoli della Costituzione e in normative ad essi conseguenti, che, in quanto compromesso, alto, tra la cultura liberale, cristiano-cattolica e social-comunista, devono diventare esigibili attraverso il conflitto sociale che ne determina una interpretazione più avanzata sul piano dei diritti sociali e civili. Conflitto che negli ultimi decenni il movimento operaio e democratico, tramite la sinistra politica nei governi centrale e locali, ha progressivamente abbandonato.



In questo senso, il diritto alla salute è inseparabile dal principio di uguaglianza sostanziale, dal rifiuto della guerra, dalla tutela dell'ambiente e dalla rimozione degli ostacoli economici e sociali che limitano libertà e dignità.

Per questo la prevenzione primaria non può essere trattata come un capitolo accessorio. Essa è il fondamento di una politica della salute degna di questo nome. Dove manca la prevenzione, la sanità pubblica viene trasformata in macchina riparativa di un danno prodotto altrove, e il personale sanitario è costretto ad assumere sulle proprie spalle il peso di una società che ha rinunciato a governare le cause della malattia. E la prevenzione non può essere una funzione del solo SSN come non deve esserlo la salute pubblica che deve ispirare tutte le politiche, le professioni, le istituzioni pubbliche e le imprese private.

Guerra, tecnologia e dominio

L'economia di guerra produce effetti diretti e indiretti sulla salute. Li produce nei teatri di conflitto, con la distruzione di infrastrutture, vite, territori e servizi; ma li produce anche nei paesi formalmente in pace, sottraendo risorse al welfare, rafforzando l'autoritarismo, normalizzando la logica dell'emergenza permanente e abituando le società a pensare come inevitabile ciò che è invece una scelta politica.

Nel medesimo tempo, le trasformazioni tecnologiche - e in particolare l'espansione delle intelligenze artificiali, delle piattaforme e dei grandi sistemi di trattamento dei dati - intervengono sulla sanità e sul lavoro in modo tutt'altro che neutro. In assenza di un controllo pubblico, democratico e trasparente, queste tecnologie rischiano di accentuare la standardizzazione delle cure, l'intensificazione dei ritmi, il controllo sugli operatori, la riduzione del rapporto umano e la concentrazione di potere in soggetti privati in grado di governare dati, processi decisionali e infrastrutture. Il problema, allora, non è la tecnica in sé, ma il rapporto sociale in cui essa è inscritta. Chi possiede la tecnologia? Chi decide l'uso dei dati? Chi trae profitto dalla loro estrazione?

Chi governa gli algoritmi? Se queste domande vengono rimosse, l'innovazione si trasforma in dispositivo di dominio, sorveglianza e ulteriore espropriazione della sfera pubblica.

CONTINUA A PAG. 4

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 3

La cattura del dissenso: rivoluzione passiva e realismo capitalista

Anche i processi di opposizione e di protesta vanno oggi letti dentro questo quadro. Le mobilitazioni che si presentano come opposizioni, possono essere rapidamente assorbite, neutralizzate e reimmesse nel circuito della legittimazione dell'ordine esistente. Anche i processi di opposizione e di protesta vanno oggi letti dentro questo quadro. Le mobilitazioni che si presentano come opposizioni, possono essere rapidamente assorbite, neutralizzate e reimmesse nel circuito della legittimazione dell'ordine esistente, altrimenti rimangono solo piazze riempite sull'onda emotiva.

Ricordiamo la lezione gramsciana delle rivoluzioni passive: le classi dirigenti, nei momenti di crisi, incorporano quote del conflitto, ne assorbono il lessico, ne selezionano alcuni contenuti e li trasformano in strumenti di modernizzazione conservatrice.

Questo non significa negare la sincerità di chi partecipa alle mobilitazioni, né ridurre ogni protesta a finzione. Significa però riconoscere che, se il dissenso viene organizzato, finanziato, promosso e reso compatibile con le coordinate del "sistema" che pretende di contestare, cioè è calato dall'alto, esso rischia di diventare una valvola di sfogo, un rito innocuo, una prova ulteriore della capacità del sistema di tollerare e metabolizzare il conflitto.

I "kings" che dobbiamo combattere

Abbiamo partecipato a Bologna all'assemblea contro il riarmo e i nuovi Re "No Kings" e anche a Roma alla manifestazione del 28 marzo scorso.

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, ma nella due giorni bolognese, il modello alternativo proposto per la sanità è quello dei cosiddetti "ambulatori o sportelli popolari" rivendicata come pratica mutualistica e di municipalismo urbano, ma anche come medicina e cura dal basso, "comunitaria", da "comunità", termine ambiguo che spieghiamo più avanti, 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 sia limitatissimo, si basano sul lavoro volontario di medici e infermieri militanti, sono aperte pochi giorni al mese e per pochissime ore. Operatori che spesso ben si guardano dallo stare nelle lotte e dal determinare conflitto nei luoghi dove studiano o lavorano, a partire dalla contestazione del proprio ruolo sociale che comunque è di potere.

La situazione drammatica che viviamo

Ma veramente pensiamo che nella situazione drammatica attuale di guerra, è possibile sostituire il servizio sanitario pubblico solo con gli sportelli e gli ambulatori popolari? Ma è serietà questa? Si è credibili in questa che non possiamo nemmeno chiamarla lotta? 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). Le Aziende Sanitarie hanno interesse ad erogare e viene concessa 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 riconoscerci la prestazione presso il privato

CONTINUA A PAG. 5

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 4

(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.

Ma 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, da subito.

E allora perché tutto questa attività di sportello e nessuna protesta?

Cosa ha prodotto tutto l'attivismo dedicato a questa attività di sportello? 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.

1. 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.

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

3. 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.



Possibile che non si capisca, 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?

Qui si innesta anche la diagnosi di Mark Fisher sul realismo capitalista: la difficoltà strutturale a immaginare un'alternativa reale all'ordine vigente, allora si ripropongono vecchi schemi, per lavarsi la coscienza?

Non imbalsamare la critica, ma assumerne il metodo

In questo quadro torna con forza l'insegnamento dei giganti come Giulio A. Maccacaro che con Luigi Mara, fondarono Medicina Democratica 50 anni fa, e Laura Conti, Franco Basaglia, Giovanni Berlinguer, di quella tradizione che ha letto la medicina non come sapere neutro ma come terreno di conflitto sociale. C'è bisogno oggi di assumere l'eredità che non significa celebrare i giganti del passato, né trasformarli in reliquie. Processo favorito da ricostruzioni storiche agiografiche e superficiali di politici e accademici. Significa far vivere il loro metodo dentro le contraddizioni del presente: leggere la salute come atto sociale, individuare i nessi tra lavoro, ambiente, guerra, tecnologia e malattia, schierarsi senza ambiguità dalla parte dei soggetti esposti, sfruttati ed esclusi.

Per questa ragione occorre una postura insieme radicale e competente: rigorosa nell'analisi, esplicita nel conflitto, capace di nominare i rapporti di forza senza cedere alla neutralizzazione per secondi fini. Oggi più che mai la critica sociale deve sottrarsi alla commemorazione e tornare a essere strumento di organizzazione, conoscenza e trasformazione.

COME SI ARRIVA ALLA PIATTAFORMA DEI 16 PUNTI, LA SALUTE NON È UNA MERCE?

La Piattaforma dei 16 punti La salute non è una merce è il frutto di una virtuosa e originale esperienza

CONTINUA A PAG. 6

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 5

collettiva partita dai Congressi per la Salute, nati durante il Covid-19 nel periodo di lockdown. Un'esperienza politica nata dal lavoro collettivo di operatrici e operatori sanitari insieme a tante soggettività in un percorso orizzontale o non con un mero coordinamento calato dall'alto.

#Sindemia0202

Il primo si svolse il 28 marzo 2021 dal titolo esplicativo #Sindemia0202, si trattava di un convegno online, come molte iniziative che si potevano fare allora, ed è stato un incontro che ha chiamato a raccolta decine di soggettività, gruppi, collettivi, individualità che lottavano per il diritto alla salute contro ogni mercificazione, per un confronto collettivo a un anno esatto dallo scoppio della pandemia da Covid-19.

Questo primo incontro nasce dall'esigenza di costruire in modo collettivo delle coordinate per orientarsi nel presente. Un tempo duro, difficile, complesso, in cui la violenza pandemica fece emergere con forza una lunga serie di contraddizioni: la radicale insufficienza e inadeguatezza del servizio sanitario, la prevalenza dell'interesse economico privato sulla salute comune, la necessaria intersezionalità del concetto di salute, che non può essere legato alla semplice presenza di una qualche forma di "malattia" ma deve essere considerato in modo olistico, prendendo ad esempio in considerazione determinanti sociali e ambientali.

Perché Sindemia 0202? Per la sovrapposizione di problemi di salute con fattori ambientali, economici e sociali che si scaricavano sulla società colpendo con durezza le fasce più deboli della popolazione e aggravando le disuguaglianze. Ci si rende conto che bisogna rovesciare la situazione.

Il Forum per il Diritto alla Salute (FDS) e Medicina Democratica (MD), hanno partecipato da subito e con entusiasmo al percorso dei Congressi per la Salute, intercettandone l'intuizione e allo stesso tempo



raccogliendo il forte bisogno di connettere i movimenti in lotta per il diritto alla salute.

A novembre 2021 partecipiamo al secondo Congresso per la Salute che si svolge in presenza a Bologna intervenendo ai 4 tavoli di lavoro e contribuendo a scrivere i documenti finali. Anche le realtà promotrici i Congressi per la Salute partecipano alla campagna "No profit on pandemic".

Il terzo Congresso per la Salute si è svolto a Roma a maggio 2022 presso il Metropoliz, luogo fortemente simbolico, dove si trova il MAAM Museo "abitato" dell'Altro e dell'Altrove, dal titolo: "La salute non è una merce".

In sottofondo continuano le assemblee della salute regionali e nazionali e dal terzo Congresso nascono la Rete Nazionale Salute e Sanità, che raccoglie le varie realtà promotrici dei Congressi per la Salute, istituisce tre tavoli di lavoro:

- 1) il tavolo piattaforma che lavorerà sui punti di lotta condivisi;
- 2) il tavolo censimento che si occuperà di censire tutte le realtà, associazioni, movimenti, comitati di lotta per il diritto alla salute;
- 3) il tavolo convergenze che lavorerà sulla convergenza con le altre lotte in un'ottica intersezionale e scriverà comunicati per le manifestazioni.

La Rete Nazionale Salute e Sanità, cioè, le realtà promotrici dei Congressi per la Salute, tra cui il FDS e MD, costruiscono e partecipano, a due importanti manifestazioni nazionali, una a Bologna a ottobre con 15.000 persone insieme al Collettivo di fabbrica GKN e i Friday For Future ed una a Napoli, a distanza di poche settimane.

E il 17 dicembre 2022, in concomitanza con la discussione in Parlamento della Legge di Bilancio, in una Roma blindata, si svolge a Roma la manifestazione nazionale: "Vogliamo tutto perché quando c'è tutto c'è anche la salute" della Rete Nazionale Salute e Sanità. Il quarto congresso nazionale per la salute si terrà a Firenze il 17 giugno. L'obiettivo è quello di radunare tutte le realtà che lottano per un servizio alla salute pubblico, gratuito e universale. Tutte queste realtà agiscono disseminate sul territorio nazionale, con metodi e specificità differenti e su fronti di azione spesso molto diversi tra loro. Pur riconoscendo

SINDEMIA 0202

28.03.2021 • convegno sulla salute

Sessione I - Per una nuova sanità

Sessione II - Per un nuovo concetto di salute

Sessione III - Per un Vaccino bene comune

Un'intera giornata di dibattito e approfondimento in modalità online

CONTINUA A PAG. 7

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 6

l'unicità di ogni territorio e di ogni lotta, crediamo che solo attraverso un confronto reale e un lavoro di interconnessione sia possibile articolare nel tempo il progetto di costruzione di una rivoluzione della salute.

Si arriva all'elaborazione definitiva della Piattaforma dei 16 punti *La salute non è una merce*.

Dal lavoro del tavolo piattaforma della Rete Nazionale Salute e Sanità sono usciti fuori i 16 punti che seguono e che raccolgono le lotte e le istanze portate avanti in questi anni e che noi del FDS stiamo promuovendo. Tra le realtà che hanno partecipato in questi anni a questo percorso solo per citarne alcune ci sono, oltre il Forum per il Diritto alla Salute e Medicina Democratica, l'Assemblea per la salute del territorio di Bologna, Campagna Dico32, Diritti senza barriere, ex OPG ambulatorio popolare di Napoli, Comitato Anchise famiglie RSA-RSD, Commissione sanità Venezia progressista, Attac Italia, NO Autonomia differenziata nazionale, Coordinamento difesa 194, Comitato Si può fare del Santa Maria della Pietà di Roma, USB sanità, CUB sanità, Siamo tutti Ippocrate, FEM.IN Cosentine in lotta, Coordinamento Regionale Sanità Lazio, Coordinamento delle Assemblee dei consultori delle donne e delle libere soggettività, Pro Choice, Blocchi precari metropolitani, Coordinamento Forlanini Bene Comune, Vita di donna, Centro di salute Internazionale Interculturale(CSI) e molte altre realtà.

QUALE SANITÀ PER QUALE SALUTE: LA SALUTE NON È UNA MERCE

Il fondamento del servizio: la natura pubblica contro ogni logica di mercato.

I primi due punti della piattaforma La salute non è una merce stabiliscono che il servizio sanitario deve essere



interamente pubblico, nel senso che qualsiasi organizzazione nuova deve essere sottratta ad ogni meccanismo di profitto e quindi a logiche di aziendalizzazione. Questo non è solo un principio organizzativo, ma la definizione stessa del ruolo del civil servant: non un erogatore di prestazioni in competizione sul mercato, ma un soggetto responsabile verso la collettività. Senza questo fondamento, dal quale nessuna nuova riforma della sanità può prescindere oggi, ogni altro intervento rischia di essere piegato a logiche estranee al servizio.

Per tutti questi motivi il FDS, e non aderì nemmeno Medicina Democratica, non ha sottoscritto il documento *"Non possiamo restare in silenzio. La società civile per la sanità pubblica"* proposto dall'associazione Salute Diritto Fondamentale fondata da Rosy Bindi, Dirindin e altri, e non concordiamo con chi, con forzato unanimità, che porta solo divisione, sostiene che è un documento che ha posizioni simili alla nostra e a quella delle realtà dei Congressi della Salute, portarono nel 2023 alla elaborazione della piattaforma dei 16 punti *"La salute non è una merce"* (Firenze, 17 giugno 2023). Non siamo d'accordo con nessuno che non proponga e lotti per l'abolizione del modello di "azienda sanitaria" introdotto negli anni '90, con la prima contro-riforma che fu il D.lgs. 502/92 De Lorenzo, quando si passò dalle Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Sanitarie che divennero sempre più di enormi dimensioni fino alla seconda contro-riforma, riforma-ter cosiddetta Bindi nome preso, appunto, dalla allora Ministra della Sanità nel governo Prodi, di centro sinistra che nel 1999 provò a correggere quel decreto, con un altro D.lgs 299/99 ma di fatto non lo fece, perdendo un'occasione storica. L'impianto di questa seconda contro-riforma è che pubblico e privato dovevano collaborare e non competere più, i danni e le conseguenze di questa "collaborazione" sono sotto gli occhi di tutti noi: oggi pubblico e privato collaborano e concorrono a fare profitto. Oggi tutta la sanità è governata con gestione di tipo privatistico, sia quella pubblica come quella privata accreditata, convenzionata ed esternalizzata.



CONTINUA A PAG. 8

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 7

Il diritti incompressibili prima del pareggio di bilancio. Chiediamo di abolire il pareggio di bilancio come vincolo per la tutela della salute, così come la governance verticistica fondata sui direttori generali. Andando verso il superamento del modello aziendalista, che ha fallito, al posto delle "aziende", proponiamo la trasformazione democratica delle aziende sanitarie in Enti Sociosanitari Territoriali e Ospedalieri, con dimensioni adeguate, ai territori e ai bacini di utenza, con un governo partecipato da lavoratrici e lavoratori, enti locali e cittadinanza organizzata. 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. Questo lo ha sentenziato anche la Corte Costituzionale con la sentenza 275/2016 dove afferma:

È "la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione"

Un nuovo governo pubblico del SSN: la salute in Comune

Superamento dell'organizzazione verticistica delle strutture sanitarie con la sostituzione di organismi di governo partecipato tra personale sanitario, sindacati, cittadini, associazioni, pazienti, l'abolizione del Direttore Generale, figura anacronistica, patriarcale e paternalista. Questo può avvenire con un Direttore (compresi i Direttori sanitari e amministrativi) selezionato con un concorso nazionale per titoli ed esami e la sua contrattualizzazione nell'ambito del CCNL della sanità.

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 e nuove forme di partecipazione di operatori e cittadini superando il Collegio di direzione (nei fatti nominato dal Direttore Generale e ad esso supino) e il Consiglio dei sanitari (elettivo per corporazioni professionali nei fatti senza poteri).

Più risorse pubbliche e meno profitti privati

I punti 3 e 4 stabiliscono che qualsiasi aumento del Fondo Sanitario Nazionale, per il quale siamo d'accordo, deve essere destinato esclusivamente al SSN propriamente detto e, contemporaneamente, avviando una sospensione degli iter di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento con l'attuazione di 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. Oggi la sanità fatta dagli imprenditori, laici o cattolici, non viene fatta con le loro risorse ma con risorse pubbliche, contemporaneamente, si inizi la ri-pubblicizzazione con la re-internalizzazione dei servizi esternalizzati, si blocchi il fenomeno di medici gettonisti, infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione con finte P.IVA, si inquadrino in contratti di dipendenza i Medici di Famiglia (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti Ambulatoriali con formule innovative di loro reinternalizzazione, la formazione

CONTINUA A PAG. 9

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 8

specialistica universitaria in Medicina internistica e di comunità per i MMG, e si ricostruisca così la medicina del territorio a partire da un Distretto di prossimità di più piccole dimensioni ed al ripristino del termine "Casa della Salute", termine sociologicamente non ambiguo come lo è "comunità", anche come luogo di partecipazione democratica (L'unità sanitaria locale come sistema. G. Maccacaro 1972).

Lavoro, diritti e dignità per il personale sanitario

Le prime risorse aumentate, è il punto successivo, vadano ad un piano di assunzioni straordinario con concorsi regionali per profili professionali e non più per Aziende sanitarie, il PNRR nella scuola e nelle università è stato utilizzato per le assunzioni di personale, perché in sanità no? E per un contratto unico di tutto il personale sanitario, pubblico e privato, per superare le ingiuste differenze economiche e normative che ci sono che portano ad avere un paziente al centro e un OSS con un contratto a tempo indeterminato e uno dall'altra parte a partita IVA o con contratto di cooperativa che di cooperativo non hanno nulla che rientra nel terzo settore, oppure un fisioterapista che è partita IVA che è falsa partita IVA. I CCNL che riguardano gli operatori sanitari oggi sono ben 45 (si veda pagina web del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro - CNEL - <https://www.cnel.it/Archivio-Contratti-Collettivi/Archivio-Nazionale-dei-contratti-e-degli-accordi-collettivi-di-lavoro>) di cui:

- Solo 4 sono firmati dalla CGIL insieme a CISL e UIL con ARIS (Sanità religiosa), AIOP e LegaCoop-ConfCooperative sono quelli evidenziati in arancione e rosso (quello del terzo settore con legacoop);

- 1 (in verde) è firmato da ARIS e AIOP e da un sindacato medico corporativo solo per i medici;

VOGLIAMO TUTTO PERCHÉ QUANDO C'È TUTTO C'È ANCHE LA **SALUTE**

SABATO 17 DICEMBRE
ORE 14 PIAZZALE ALDO MORO ROMA

VOGLIAMO

- UNA SANITA' TERRITORIALE, UNIVERSALE E GRATUITA
- LE CASE PER TUTTE E TUTTI
- ASSUNZIONI E CONTRATTO UNICO NELLA SANITA'
- UNA GESTIONE DEI RIFIUTI SENZA IMPIANTI NOCIVI
- PERMESSO DI SOGGIORNO PER TUTTE/I.

NON VOGLIAMO

- MORIRE DI LAVORO E DI ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO
- LA REPRESSIONE DI LAVORATORI E LAVORATRICI DELLA SANITA'
- PAGARE LE GUERRE DEI PADRONI E LE LORO CRISI

RETE NAZIONALE PER LA SALUTE



- Altri 4, in giallo, sono firmati da CISL e UIL senza la CGIL. Tra questi il più importante contratto delle RSA (firmato da CISL, UIL, UGL, ARIS E AIOP); I restanti 36 CCNL sono firmati da organizzazioni sindacali minori e di matrice datoriale cosiddetti "sindacati gialli".

Alcuni settori della sanità hanno contratti scaduti da decenni, in particolare, i lavoratori e le lavoratrici delle strutture socio-sanitarie, (RSA, RSD, RSP).

E ad un contratto unico deve seguire **un adeguamento salariale agli standard europei**.

Dove sono finiti gli "eroi" e i "supereroi" della pandemia?

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.

Personale adeguato alla complessità assistenziale dei pazienti di oggi

Oltre ad un contratto unico chiediamo che gli standard organizzativi di personale sanitario sia "adeguato alla complessità assistenziale dei pazienti", oggi, profondamente cambiata e misurabile con scale validate scientificamente, oggi gli standard organizzativi sono al minimo, come durante lo sciopero.

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,

CONTINUA A PAG. 10

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 9

contrasto al dumping contrattuale o programmazione pluriennale dei fabbisogni nei servizi territoriali e ospedalieri.

Senza lavoro dignitoso non c'è diritto alla salute.

Recupero e non svendita di ogni struttura sanitaria

Il punto 5 riguarda il recupero delle strutture sanitarie chiuse o lasciate chiudere per i tagli lineari in questi ultimi decenni su tutto il territorio nazionale, come per esempio a Roma Villa Tiburtina, riaperta oggi dopo una lunga lotta della società civile organizzata e dell'ex ospedale Forlanini che oggi di fatto rischia di essere svenduto al Vaticano, ma non andrebbe bene nemmeno se fosse venduto, perché rappresenta un bene comune.

Rilanciare le politiche di prevenzione e la pace

Il 6° punto della piattaforma è centrale ed afferma che bisogna rilanciare le politiche di prevenzione, a partire da quella primaria, in tutte le attività, nei territori e nei luoghi di lavoro, e con il punto 7 - ad oltre 50 anni dalla loro istituzione con la L. n. 405/1975 - anche nei consultori, partendo da condizioni ambientali ed ecosistemi con la riconversione ecologica e delle industrie chimiche e farmaceutiche, per un'industria pubblica del farmaco, reddito, salario, lavoro, abitazione, istruzione e servizi, con una medicina che sia di genere e genere specifica, cioè, tutto! Anche la "siesta" si è gridato l'8 marzo con i movimenti femministi e transfemministi, tanti operatori e operatrici sanitarie devono, troppe volte rinunciare al proprio giorno di riposo, per coprire un turno mancante.



Perché quando c'è tutto c'è anche la salute! Compresa la pace e il benessere

In questo punto rientrano le lotte dei lavoratori di oggi dell'ex GKN di Campi Bisenzio, dei lavoratori ex Ilva di Taranto, insieme ai blocchi e agli scioperi dei lavoratori portuali contro il transito delle armi, spesso dirette nelle zone di conflitto, che con il personale sanitario, spesso in prima linea nelle emergenze ambientali causate dalla crisi climatica, o nelle emergenze umanitarie, causate da guerre o stragi, insieme si deve, con forza pretendere l'abolizione delle spese militari e la riconversione dell'industria bellica: diritto alla salute e rifiuto della guerra vanno insieme.

No ai fondi sanitari, altra forma di privatizzazione e disuguaglianza

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. Tutti devono poter accedere alle cure senza barriere economiche. Se questo principio viene meno, il servizio si trasforma in un insieme di prestazioni differenziate, tradendo la sua natura pubblica.

No all'intramoenia, anomalia tutta italiana

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.

La riforma di una fiscalità generale progressiva e il superamento del pareggio di bilancio (punto 13) rappresentano la condizione strutturale che rende possibile il finanziamento del servizio, dove le risorse collettive rientrano in circolo in modo virtuoso e spariscono andando ad arricchire le tasche di chi vuole fare profitto con la salute nel grande supermercato della sanità.

CONTINUA A PAG. 11

COLLETTIVITÀ E OPERATORI SANITARI NELLE LOTTE PER LA SALUTE: QUALE PIATTAFORMA?

CONTINUA DA PAG. 10

Unità territoriale del servizio

Condizioni essenziali per garantire che il SSN sia uguale in tutto il territorio nazionale è abolire ogni forma di Autonomia Differenziata (punto 12) e ridefinire un equilibrio dei poteri della Repubblica, tra Stato, Regioni, Aree Metropolitane, Comuni e Municipi (punto 14).

Comunità o collettività?

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

"+ PRESIDI SANITARI TERRITORIALI = + SANITÀ COLLETTIVA".

Collettività è il termine che va riscoperto, oggi, invece, il termine "comunità" è molto inflazionato, le Case di Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), il welfare di comunità. C'è chi sostiene che è il luogo del compromesso, dove ciò che confligge deve giungere ad un compromesso nella costruzione della comunità. Ma da dove viene questo termine "comunità"? "Comunità" è un termine ambiguo che rimanda alla sussidiarietà, chi lo ha deciso nelle segrete stanze del Ministero della Salute durante la pandemia? E perché usare la parola "comunità" quando 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". Innanzitutto è un termine usato dalla Destra, anche durante il ventennio, ma, poi, come si può andare d'accordo quando nella comunità c'è una sanità con lavoratori sfruttati e malpagati, pazienti che devono mettere mano al portafoglio per curarsi, persone con disabilità che hanno una città piena di barriere, o inceneritori che vengono imposti in territori senza ascoltare la cittadinanza. Preferiamo Case della Salute come proposto originariamente da G. Maccacaro nel 1972. E collettività come nell'articolo 32 della Costituzione.



Dalla frammentazione alla convergenza

"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.

Ma le lotte locali senza un pensiero globale diventano lotte corporative e il mutualismo nelle forme ambigue di oggi sono una concezione egoistica del welfare coniugati all'individualismo narcisistico di massa alimentato dal web portano all'assopimento delle coscienze e allo spostamento a destra delle masse per la difesa dei propri presunti privilegi o interessi.

Per queste ragioni la Legge di Iniziativa Popolare sulla sanità, proposta dalla CGIL, insieme ad altre associazioni, all'interno de La Via Maestra della CGIL, ci sembra insufficiente, anche se nel dibattito abbiamo contribuito a modificarne positivamente molti punti. Tuttavia essa non va a trasformare l'attuale assetto normativo del SSN, ma si limita a introdurre alcune correzioni.

Serve organizzare resistenza attiva con radicalità, andando a studiare e a sviscerare la radice dei problemi e con competenza, cioè, non con la superficialità tipica di questo tempo dove scrivono e parlano analfabeti relativi e di ritorno e in un nuovo percorso collettivo occorre assumerci la responsabilità di scrivere una nuova Riforma del SSN, visto che i D.lgs. 502/92 e D.lgs. 229/99 (quest'ultimo una occasione mancata del primo Governo Prodi) sono state contro-riforme. Ma non partiamo da zero, ma dai 16 punti della Piattaforma La salute non è una merce, che rimane la più completa di tutte, nel percorso democratico più partecipato.



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