

# Medicina 242-243 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**DOSSIER: A QUARANT'ANNI DALLA LEGGE 194/1978  
ESSERE DONNA ATTRAVERSO LA PANDEMIA  
DIRITTI, PARTECIPAZIONE, RIVENDICAZIONI, SCENARI  
LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITA' LOMBARDA,  
DALLA NEBBIA ALLA BUFERA DELLA PANDEMIA**

BIMESTRALE

N° 242-243 novembre 2018-febbraio 2019

Autorizzazione del Tribunale  
di Milano n° 23  
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro  
Nazionale della Stampa  
(Legge 58/81 n. 416, art. 11) il  
30 ottobre 1985  
al n° 8368317, foglio 657  
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:

Medicina Democratica  
Movimento di Lotta  
per la Salute - O.n.l.u.s.  
Tel. 02-4984678  
Fax 02-48014680  
20100 Milano

REDAZIONE:

e-mail:  
medicinademocratica@alice.it  
Fax 0331-501792  
Via Roma, 2  
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE

della quota associativa annua:  
ordinaria €. 35,00  
sostenitrice €. 50,00  
e per le DONAZIONI  
**bonifico bancario**

IBAN:

IT31D0503401708000000018273

presso la Banca Popolare di Milano,  
oppure con **bollettino postale sul c/c**  
**001016620211** intestato a "**Medicina**  
**Democratica - O.N.L.U.S.**", Milano,

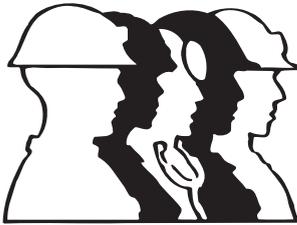
Via dei Carracci 2, 20149  
indicando la causale.

Spedizione postale

STAMPA:

MODEL GRAFICA DUE S.n.c.  
Via De Gasperi, 27  
20094 Corsico (MI)

# MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



# Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 - 20149 Milano

La Rivista continua sul web:  
[www.medicinademocratica.org](http://www.medicinademocratica.org)



## 5 per 1000

E' possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per mille dell'IRPEF all'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**", in breve "**Medicina Democratica - O.N.L.U.S.**". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia. Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affermare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per mille non sostituisce quella dell'8 per mille (dedicata, per esempio, al culto): le opzioni 5 per mille e 8 per mille si possono esprimere entrambe.

## COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (*direttore responsabile*), Angelo BARACCA, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Elisabeth COSANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (*direttore*), Giorgio FORTI, Pietro e Sara GALLI (*grafici*), Maurizio LOSCHI, Dario MIEDICO, Roberto MONFREDINI, Antonio MUSCOLINO, Marcello PALAGI, Barbara PERRONE, Maurizio PORTALURI, Vito TOTIRE, Laura VALSECCHI, Bruno VITALE. **INOLTRE COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:** Vittorio AGNOLETTI, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo

ANTONINI, Beppe BANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Walter FOSSATI, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Gilberto MARI, Bruno MEDICI, Claudio MEZZANZANICA, Mario MURGIA, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Aris REBELLATO, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA, Marino RUZZENENTI, Paola SABATINI, Aldo SACHERO, Marco SPEZIA, Gianni TAMINO, Bruno THIEME, Luca TRENTINI, IMPAGINAZIONE: Giulia e Stefano DEBBIA, Andrea PRAVETTONI.

# Le donne: sempre più esposte, anche in pandemia

di Elisabeth COSANDEY e Enzo FERRARA

Questo numero monografico di Medicina Democratica è stato curato dalla redazione e dal *Coordinamento Toscano per il Diritto alla Salute* – CTDS, per rivedere e aggiornare i temi e l’attuazione della legge 194/1978 sulla interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Tutti gli articoli sono stati redatti prima che in Europa e nel mondo dovessimo imparare a gestire nuove esperienze di vita e di relazione. Assieme ad altri miliardi di persone siamo infatti obbligati in questi giorni a vivere in quarantena per le conseguenze del coronavirus, lavorando da casa e facendo lezioni in videoconferenza o molto più drammaticamente perdendo persone care o il lavoro. In questa condizione, non solo in Europa, insieme a molteplici altre diseguaglianze, si sta manifestando con chiarezza perfino maggiore di quella denunciata dal gruppo Nonunadimeno (*Vogliamo anche le rose*) il diverso carico della vita domestica e lavorativa fra uomini e donne. Benché ogni situazione sia diversa dalle altre, molti dei contributi raccolti, a cominciare da quelli introduttivi di Paola Sabatini (*Diritto alla salute sul territorio a quaranta anni dalla Legge 194*) e Anna Nocentini (*Possibili nuovi scenari*), tornano utili anche per ripensare la condizione femminile ai tempi del Coronavirus.

Per esempio, in prima fila nella lotta contro la pandemia ci sono i lavoratori della sanità con turni spossanti, esposti al rischio di contagio per curare i pazienti. Nella maggior parte il personale infermieristico e sanitario che si occupa anche dei pazienti colpiti dal Covid-19 è costituito da donne. Il carico di lavoro è intenso, spesso accompagnato da uno stress emotivo che richiede grande forza e preparazione, eppure la loro profes-

sionalità è una delle più sottostimate e pagate in Europa.

Fin dai primi dati sull’incidenza del Covid-19 si è osservato che sostanzialmente il virus colpisce in modo eguale uomini e donne, ma la mortalità è più alta per gli uomini – come ha rilevato un articolo apparso sulla rivista medica “*The Lancet*” (*COVID-19: the gendered impacts of the outbreak*, vol. 395 (10227), 846-848, 14 Marzo 2020) curato da un gruppo di studio sul Covid-19 e la questione di genere.

Questa osservazione non sorprende: l’Organizzazione Mondiale per la Sanità raccomanda di mantenere abitudini alimentari e fisiche salutari per tenere sempre attivo il proprio sistema immunitario, e di evitare abitudini pericolose come il fumo e il consumo eccessivo di alcool. Non si può escludere che vi sia anche una risposta immunitaria diversa fra i generi, ma la sola constatazione che gli uomini fumano e bevono alcol mediamente più delle donne e sono perciò più facilmente a rischio di sviluppare sintomi più gravi se infettati dal virus, è sufficiente a spiegare la diversa mortalità osservata. Ci si potrebbe soffermare su questa nota epidemiologica, traendo considerazioni relativamente positive almeno sulla minore probabilità di sviluppare sintomi gravi per le donne colpite dal contagio rispetto agli uomini. Sarebbero tuttavia considerazioni non solo parziali ma addirittura rovesciate rispetto al reale impatto della pandemia, che si differenzia a seconda del genere. Tutti gli studi – possiamo farci caso quotidianamente – mostrano che le donne usano il trasporto pubblico, treni e autobus più degli uomini, fatto che le espone a un rischio maggiore di contagio quando si reca-

no al lavoro, ma anche quando si recano a fare una visita medica o la spesa. Secondo l'Istituto Europeo per l'Eguaglianza di Genere (*European Institute for Gender Equality – EIGE*) questo accade soprattutto per le donne single con figli, che per ragioni economiche hanno maggiori difficoltà a mantenere un'autovettura. Il 18 % di queste conferma che il trasporto pubblico è l'unico mezzo di trasporto che possono permettersi. Nei paesi dove ci sono state restrizioni alla circolazione, anche il trasporto pubblico si è ridotto o si è fermato rendendo la vita più complicata per le persone che usano il servizio e ne hanno necessità soprattutto, ma non solo, per raggiungere il luogo di lavoro. Come conseguenza della pandemia, anche la perdita o la riduzione dell'impiego lavorativo rischia di colpire soprattutto professioni in cui le donne sono in maggioranza. Assistenti di volo, tour operator, commesse, addette alla pulizie negli alberghi e parrucchiere, solitamente non hanno contratti di lavoro stabili e non in tutti i paesi queste categorie, anche quando regolarizzate, hanno diritto ai permessi retribuiti per la mutua o le ferie. Una ricerca dell'EIGE ha mostrato che circa un quarto delle donne che lavorano nei paesi UE svolgono lavori precari e che per le migranti la situazione è perfino peggiore: quasi un terzo delle donne non nate in paesi europei (35 %) e che hanno trovato lavoro hanno però un contratto precario, mentre per gli uomini la percentuale di chi si trova in questa stessa situazione è minore (24 %).

Già nei periodi non di crisi le responsabilità e il lavoro di cura cadono quasi esclusivamente sulle donne; durante la quarantena, con la chiusura delle scuole e delle fabbriche, il carico di lavoro domestico e di cura non riconosciuto – e non compensato – rischia di aumentare ulteriormente. Se vi sono parenti anziani e infermi in casa, saranno le donne a doverli assistere e di nuovo la situazione per le single con figli è più difficile, specialmente se non vi sono altre persone che possano occuparsi dell'assistenza e dell'educazione dei loro figli. Nei paesi dell'Unione Europea, circa un quarto delle famiglie riceve aiuto per l'assistenza dei bambini (accompagnamento a scuola,

preparazione del cibo, compiti, cura in caso di bisogno ...) da parenti o amici.

Queste riflessioni valorizzano il contributo di Rino Ermini (*Le donne nella scuola. Lavoro, salute e ruolo educativo relativo all'emancipazione femminile*), considerando che con le misure di distanziamento e la quarantena è diventato molto più difficile per le famiglie, gli amici o i semplici vicini di casa fornire o ricevere qualunque forma di aiuto.

Come ci ricorda il contributo di Silvia Cutrera (*Essere donna, essere persona con disabilità*) ci sono anche molte persone nelle nostre società per le quali il distanziamento non è sostenibile: 61 milioni di donne e 47 milioni di uomini con disabilità in tutta l'Unione Europea. Moltissimi di loro hanno bisogno di aiuto per mangiare, vestirsi o lavarsi e in modo trasversale in tutta l'UE, la stragrande maggioranza delle persone che per lavoro si occupano di assistenza ai disabili o agli anziani sono donne (83 %).

Inoltre, come purtroppo appare dai fatti di cronaca, l'isolamento aumenta il rischio di aggressioni domestiche. Le donne che si trovano a vivere relazioni difficili con compagni violenti sono bloccate in casa ed esposte ai loro abusi per periodi di tempo prolungati. La convivenza e il controllo forzati rendono ancora più difficile per loro chiedere aiuto e la situazione di pericolo rischia di non risolversi nemmeno dopo la crisi, perché l'insicurezza economica che sovente costringe le donne a subire queste situazioni potrebbe perfino risultare peggiorata. In questi casi, emerge l'importanza delle relazioni e della solidarietà femminili, testimoniate nel saggio di Lucia Cassanelli (*Il valore dell'ascolto e dell'accoglienza*): solo i vicini, gli amici o i parenti possono essere di aiuto non solo chiedendo aiuto alle autorità ma anche fornendo assistenza e accoglienza alle vittime che, quasi sempre assieme ai figli, devono essere allontanate da abitazioni e luoghi che le mettono a rischio di violenza.

Nel frattempo, mentre le infermiere svolgono i loro turni infiniti nel lavoro di assistenza ai malati negli ospedali, dietro le quinte, nei titoli sui media e negli eventi pubblici di

informazione domina la presenza maschile. Con rare eccezioni, gli uomini occupano le posizioni di potere nella nostra piuttosto iniqua società. Per tutta la crisi, sono stati e sono gli uomini i protagonisti di scelte – giuste o sbagliate – ed errori – colposi o dolosi anche gravi – con conseguenze sulla vita di tutti ma soprattutto delle donne.

Questo sbilanciamento del potere a favore degli uomini è doppiamente grave perché, oltre all'ingiustizia, esclude le donne – con tutto il loro sapere e saper fare, che integra le sfere intellettuale e pratica sovente in modo più inclusivo di quello maschile – da decisioni pubbliche che interessano tutti ma influenzano soprattutto la qualità di vita femminile.

Per queste ragioni, il potere politico, economico e culturale fino a che non sarà in grado di garantire una vera equità di genere, deve considerare le esigenze diverse delle donne prima e degli uomini poi. I dirigenti di ogni gruppo politico, industriale, pubblico in tutte le fasi di controllo e contenimento della pandemia – ben diversamente dalla astrazione rispetto ai bisogni, come appare nei contributi di Maria Elisa Sartor (*La nebbia sulla sanità privata in Lombardia e Riforma della sanità lombarda?*) – devono considerare le diverse esperienze quotidiane che uomini e donne devono affrontare e devono essere in grado di assicurare che ciascuno possa accedere alle risorse di cui ha più bisogno.

Tornando al tema di questo numero, riprendiamo il contenuto di un articolo uscito sul Manifesto il 12 aprile 2020, *“Aborto e coronavirus, il rischio di regredire”*. Le due autrici, la ginecologa Anna Pompili (qui autrice di *La situazione nazionale dei consultori e della interruzione volontaria della gravidanza*) e l'avvocato Maria Virgilio hanno evidenziato le difficoltà crescenti di accesso a un servizio che lo stesso Ministero della Salute considera urgente e indifferibile ma che è stato bloccato per via chirurgica e bloccato o limitato per via farmacologica in molti ospedali. La spiegazione delle cause costituisce un tipico paradosso italiano, dovuto al fatto che nel nostro Paese le Ivg chirurgiche o farmacologiche sono eseguite in regime di ricovero ospedaliero, con due

accessi per analisi e ricovero nel primo caso e tre o addirittura quattro accessi per il secondo caso: per l'analisi e la somministrazione della pillola RU486 (solo talvolta eseguite insieme), la somministrazione delle prostaglandine e il controllo ambulatoriale post-procedura. Mentre in piena pandemia gli altri paesi privilegiavano la Ivg farmacologica riducendo gli accessi in ospedale alla sola prima visita, in Italia lo stretto rispetto dei protocolli rendeva – paradossalmente, appunto – l'Ivg chirurgica meno rischiosa di quella farmacologica e anche meno praticabile per le restrizioni di accesso alle strutture, limitando nei fatti il diritto delle donne di avvalersi della legge 194/1978. Insomma – concludono le due autrici – *“se l'aborto non è ancora un diritto per le donne italiane, che possono accedervi solo se esiste un rischio per la loro salute, fisica o psichica”* l'emergenza Coronavirus ha mostrato *“l'assurdità ideologica di linee di indirizzo che devono essere cambiate con urgenza, ammettendo [l'Ivg] fino a 9 settimane, eliminando l'obbligo di ricovero e permettendo solo il Day Hospital e il regime ambulatoriale. Con notevole risparmio, tra l'altro di risorse preziose per il nostro SSN”*.

Mentre perfino nelle valutazioni statistiche sull'impatto della pandemia occorre disaggregare secondo il genere i dati per comprendere appieno come le donne e gli uomini siano stati diversamente colpiti dal virus, allargando lo sguardo oltre il tasso di incidenza e mortalità dei contagi occorre prestare più attenzione alle richieste delle associazioni che si occupano di salute riproduttiva e di diritto all'Ivg. Come ricordato anche da Luisa Petrucci (*Il lavoro di un Tavolo regionale per l'applicazione della legge 194*), Elisabeth Cosandey (*Uno sguardo storico e critico sui Consultori a Milano e in Lombardia*) e Nonunadimeno (*Report intervento NUDM Firenze a Dico32*), occorre un cambiamento culturale che oltre a prevenire l'aumento della violenza domestica si occupi anche delle disuguaglianze che si manifestano in termini di ricadute economiche e di distribuzione del lavoro di cura e assistenza, a partire dal pieno riconoscimento del diritto e del valore della scelta delle donne.

# Sommario Sommario Sommario Sommario

## **EDITORIALE**

di Elisabeth COSANDEY e Enzo FERRARA

1

Uno sguardo storico e critico sui Consultori a Milano e in Lombardia

di Elisabeth COSANDEY

35

## **DOSSIER**

Diritto alla salute sul territorio a quaranta anni dalla Legge 194 di Paola SABATINI

5

Il valore dell'ascolto e dell'accoglienza

di Lucia CASSANELLI

39

Possibili nuovi scenari di Anna NOCENTINI

7

Essere donna essere persona con disabilità di Silvia CUTRERA

45

La situazione nazionale dei consultori e della interruzione volontaria della gravidanza (IVG) di Anna POMPILI

9

## **CONTRIBUTI**

La nebbia sulla sanità privata in Lombardia

di Maria Elisa SARTOR

46

Il lavoro di un Tavolo Regionale per l'applicazione della legge 194 di Luisa PETRUCCI

20

Riforma della sanità lombarda? D'ora in poi solo a carte del tutto scoperte di Maria Elisa SARTOR

61

Vogliamo anche le rose a cura del Gruppo NONUNADIMENO

23

## **RUBRICHE**

Rerport intervento NUDM Firenze a Dico 32 a cura di NONUNADIMENO

25

Scuola e società di Rino ERMINI

69

# Diritto alla salute sul territorio a quaranta anni dalla Legge 194

di Paola SABATINI\*

Il convegno è stato promosso dal Coordinamento toscano per il diritto alla salute (CTDS) all'interno della Campagna "dico 32" come momento di avvicinamento alla giornata e alle iniziative legate all'8 marzo che da alcuni anni è stato rilanciato a livello internazionale come giornata di lotta. Il CTDS si è costituito nel 2013 con l'obiettivo di riaffermare il diritto alla salute e alla sanità pubblica, universalistica e gratuita.

Diritto alla salute innanzitutto come prevenzione primaria, dato che sappiamo che al 75% lo stato di salute dipende da determinanti come: cibo, ambiente, educazione, lavoro, casa... Lo stato di salute della popolazione è sotto attacco, dato che povertà e disuguaglianza stanno crescendo.

Ed è anche sotto attacco perchè in Europa, come ci dicono i dati dell'Agenzia europea per l'ambiente, c'è un aumento di morti premature per inquinamento: 491.000 a livello europeo, di cui 84.000 solo in Italia.

Il coordinamento toscano si è costituito e ha organizzato molte iniziative a partire dalla delibera 1.235 della Regione toscana del 2012. Da quel periodo è iniziato anche nella *Toscana felix* il progressivo smantellamento della sanità pubblica, in ottemperanza ai provvedimenti governativi di tagli alla spesa pubblica, legati alle politiche europee di austerità.

Politiche che hanno portato anche in Italia all'inserimento del pareggio di bilancio nella Costituzione a partire dal maggio 2012.

Le conseguenze in questi anni sono state: il taglio di oltre 45.000 posti letto, la perdita di risorse umane, oltre 40.000 dipendenti persi e non sostituiti per il blocco delle assunzioni, un progressivo invecchiamento di chi lavora nel servizio sanitario e deve conti-

nuare a farlo per l'aumento dell'età pensionabile, nonostante le caratteristiche usuranti e gravose del lavoro in sanità.

Un progressivo depotenziamento del servizio sanitario pubblico basato su un presunto eccesso di spesa, un dato non veritiero in quanto al contrario l'Italia sta scendendo sotto la soglia di allarme fissata dall'OMS, che considera che sotto il 6,5% del PIL si riduce non solo la qualità dell'assistenza ma anche l'accesso alle cure e l'aspettativa di vita.

In Italia si spende solo il 6,7% del PIL, mentre in Francia si spende il 9%, in Austria e Germania 8,7%, per non parlare dell'America, dove la spesa è del 14% ma dove il sistema delle assicurazioni lascia fuori dall'assistenza sanitaria un'enorme fetta di popolazione.

Tutti i governi dal 2011 in poi (lettera Trichet e introduzione del pareggio di bilancio nella nostra Costituzione) hanno attinto alla sanità, per finanziare misure più o meno popolari. Da quel momento la spesa sanitaria pubblica ha continuato a stagnare favorendo l'espansione del mercato e dei profitti sulla salute. Per il 2019 era previsto un fondo sanitario di 114 miliardi, maggiore di 1 miliardo e mezzo rispetto al 2018, per il 2020 il fondo aumenterebbe a 116 miliardi e a 117 miliardi per il 2021: dopo anni di tagli alla spesa sanitaria arrivata ormai allo stremo, questi apparenti incrementi decisi dagli ultimi governi appaiono comunque insufficienti anche a coprire l'inflazione programmata. Il definanziamento e il depotenziamento del servizio sanitario pubblico con conseguente difficoltà di accesso e lunghe liste di attesa insieme al fatto che anche il servizio pubblico da anni non è più gratuito con l'introduzione dei ticket, stanno

\*CTDS  
(Coordinamento  
Toscano per il  
Diritto alla Salute)  
Firenze.

spingendo chi può verso il privato, chi non può a rinunciare a curarsi.

Un depotenziamento del servizio pubblico che si accompagna ad un eccesso di burocratizzazione che passa anche fra gli operatori del servizio sanitario, sempre più stretti e legati alle procedure aziendali e all'obbligo di fedeltà aziendale, pena sanzioni disciplinari. Una privatizzazione che assume varie forme: quella degli scandali dei lucri della sanità privata (vedi condanna Formigoni di questi giorni) ma anche quella del terzo settore in Toscana, verso il quale sono state spinte grosse fette di prestazioni diagnostiche e specialistiche, anche con accordi per tariffe calmierate e concorrenziali con i ticket. Una privatizzazione legata all'intramoenia ma sempre di più una privatizzazione legata alle assicurazioni. L'assistenza sanitaria integrativa viene introdotta nei contratti di lavoro (compreso l'ultimo della sanità che paradossalmente vede i lavoratori della sanità pubblica avere agevolazioni dalle assicurazioni private): questo tipo di welfare contrattuale e aziendale sottrae soldi ai lavoratori in quanto è merce di scambio rispetto ad aumenti salariali ma sottrae risorse anche al fondo sanitario nazionale tramite le agevolazioni fiscali di cui beneficiano i datori di lavoro.

Per ritornare alla situazione toscana a partire dalla delibera n. 1235 che ha previsto un taglio di posti letto superiore anche a quanto previsto dal governo (3,15 ogni 1.000 abitanti a fronte del 3,7 per mille previsto dal governo) anche per far fronte al "buco" di Massa di quel periodo, la chiusura e il ridimensionamento di tanti piccoli ospedali, dei punti nascita sotto 500 parti, accorpamenti di distretti e consultori, si è andati avanti verso una controriforma della sanità toscana che dal 2015 ha previsto l'accorpamento delle 12 ASL in 3 aree vaste e 2.000 esuberanti del personale sanitario, con un ulteriore taglio di servizi e allontanamento dei presidi territoriali dai cittadini.

Contro questa controriforma fu indetto da movimenti, associazioni e alcune forze sindacali un referendum abrogativo che raccolse 55.000 firme, bloccato da un cavillo burocratico.

In questi anni molte sono state le lotte e le iniziative tese a fermare il depotenziamento

e la privatizzazione del servizio sanitario toscano: lotte che hanno comunque rallentato tale processo.

In Toscana, nel periodo in cui sono iniziati i tagli ai servizi, sono stati anche conclusi e inaugurati 4 nuovi ospedali costruiti con il sistema del project financing, un meccanismo perverso che ha portato a uno sperpero di denaro pubblico a favore dei privati che hanno costruito i nuovi ospedali, come la stessa Corte dei conti ha tardivamente riconosciuto nel 2017. In quel periodo si prevedeva la chiusura e la svendita di storici edifici e strutture sanitarie: tutta l'area di Salvi che doveva essere venduta per abbattere e ricostruire il Nuovo San Giovanni di Dio (non in regola con le norme antisismiche per quanto di recente costruzione), la chiusura e la vendita di Lungarno Santa Rosa, la vendita di Borgoognissanti, la costruzione dell'ospedale del Mugello che si diceva meno costosa che l'adeguamento dell'attuale alle norme antisismiche. Un processo che è stato arrestato dalla resistenza di cittadini e comitati, tanto che in questi giorni viene resa pubblica l'intenzione di procedere alla ristrutturazione di molte di queste strutture, lasciandone l'utilizzo sanitario.

Possiamo considerare queste inversioni di rotta anche come parziali successi delle lotte portate avanti in questi anni e devono essere la spinta per allargarle e chiedere nuovi servizi, come cerchiamo di fare anche oggi con questo convegno per rilanciare la lotta per i consultori, diffusi sul territorio, qualificati e con personale sufficiente sia per qualità che per quantità, luoghi di partecipazione e di gestione da parte delle donne, per l'affermazione dei propri diritti in tema di salute.

Come abbiamo detto il CTDS ha aderito nel novembre 2017 alla campagna nazionale "dico 32", che ha l'obiettivo di sviluppare e coordinare la mobilitazione nazionale su obiettivi comuni, in difesa della sanità pubblica e della salute.

La campagna "dico 32" e anche il CTDS Firenze, aderiscono alla Rete europea contro la commercializzazione della salute, che da alcuni anni promuove in diverse città europee iniziative per il giorno 7 aprile, giornata mondiale della salute, con la parola d'ordine "la salute non è in vendita".

# Possibili nuovi scenari

di Anna NOCENTINI\*

Lo scorso 2 marzo si è svolto a Firenze, nell'ambito della campagna "Dico 32" il Convegno "Diritto alla salute sul territorio a 40 anni dalla L.194" organizzato dal locale Coordinamento toscano per il diritto alla salute. L'intenzione era quella di fare il punto sullo stato attuale dei servizi sanitari territoriali per la donna e di comprendere gli orientamenti del governo nazionale su questi servizi.

La necessità di affrontare questa riflessione è originata da due considerazioni:

- la riduzione della spesa sanitaria e per l'assistenza, incide sulla vita delle donne in maniera diretta e indiretta. Infatti il ridimensionamento dei consultori, ridotti di numero e di professionalità, pone la donna nella condizione di rivolgersi a strutture non pubbliche e la priva del contesto sociale e spesso solidale che si crea nel consultorio; inoltre la riduzione di tutte le prestazioni territoriali, diagnostiche, ambulatoriali, specialistiche che si riversa su tutti i cittadini, risulta più pesante per le donne che hanno compiti di cura materna, spesso anche di assistenza.

- La legge che ha istituito i Consultori, la 405 del 1975, non è mai stata pienamente ed ugualmente realizzata. Nelle Regioni dove sono nati i consultori, non sono state attivate tutte le funzioni né sono state presenti tutte le professionalità previste; molte sono le aree del Paese in cui i consultori non sono mai partiti. In questa realtà, come si muove il Ministro della Sanità? Quali sono gli orientamenti del Governo per realizzare universalmente il diritto alla salute e alla prevenzione?

Non fa parte di questa riflessione indagare nel dettaglio i termini dei tagli alla sanità; è

sufficiente per noi ricordare che era l'agosto del 2011, quando la BCE scriveva al Governo Berlusconi di ridurre il costo del lavoro dei servizi pubblici e di privatizzarli. Da allora i tagli alla sanità pubblica sono ininterrotti, di media ogni anno lo 0,1% in meno dal 2010. Sul fronte del lavoro questa politica ha portato all'uscita di circa 60.000 unità di lavoratori dalla sanità pubblica, non rimpiazzati se non con contratti precari. Mentre il sistema dovrebbe organizzarsi in relazione al bisogno, in realtà il fabbisogno è determinato in base a quanto lo Stato intende finanziare. Le stesse previsioni del DEF non trovano le corrispondenti poste in bilancio: nel DEF di giugno 2018 per l'anno 2019 erano stati previsti 116.382 milioni e in bilancio sono stati appostati 114.439.

Si registra quindi la volontà politica dei Governi che si sono succeduti di perseguire i processi di privatizzazione dei servizi sanitari e assistenziali: la conseguenza è la progressiva inaccessibilità degli stessi per fasce di popolazione sempre più ampie, passando attraverso il drenaggio delle risorse economiche, a partire dalla popolazione anziana. Nell'organizzazione regionale del sistema i servizi territoriali sono stati e sono i primi ad essere colpiti, e per quanto riguarda la Toscana, il processo di accorpamento delle ASL, passate da 12 a 3, ha prodotto una burocratizzazione e una insoddisfazione che spinge sempre più verso il privato.

Ma forse il Ministro ha comunicato ai cittadini l'intenzione di abolire i servizi territoriali e segnatamente i consultori e le loro funzioni? Forse ne ha verificata l'inutilità? Sono interessanti al riguardo le parole della Ministra Grillo durante la presentazione del Progetto "Studio Nazionale Fertilità" Roma

\*Campagna "Dico 32" Firenze.

Ministero della Salute, 22 febbraio 2019. In questa occasione la ministra Giulia Grillo dice: *“E’ dunque tempo di promuovere nelle scuole una corretta educazione ai temi di salute facendo sì che la salute diventi materia di insegnamento trasversale, in linea con gli insegnamenti dell’OMS e attraverso un’alleanza tra scuola e Servizio Sanitario Nazionale, tenendo conto degli obiettivi, dei soggetti, delle risorse dei saperi umanistici e scientifici e delle relazioni che li legano, per così dire, attraverso un approccio scolastico globale.”* Questo è il presupposto del documento messo appunto di recente dal Ministero della Salute e Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR) sugli *“Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute”*.

*“...I dati, inoltre, rilevano un basso accesso ai consultori familiari da parte dei giovani, mentre sono questi i servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, determinanti per la promozione e la prevenzione nell’ambito della salute sessuale e riproduttiva. Mi auguro che si possa realizzare appieno la stretta collaborazione con il Miur e sono fiduciosa che la collaborazione attiva con i Medici di Medicina Generale, con i Pediatri di Libera Scelta e con gli operatori territoriali dei Consultori familiari possa portare ad un capillare intervento anche in fasce della popolazione più marginale.”*

Sull’indagine di riferimento si legge: *“Rimangono poco utilizzati e conosciuti i consultori (situazione invariata rispetto a quanto rilevato dall’indagine ISS 2010). Solo un 3% dei maschi e un 7% delle femmine si sono rivolti a questa struttura .*

*Il 94% dei ragazzi ritiene che debba essere la scuola a garantire l’informazione sui temi della sessualità e riproduzione(...) tuttavia solo il 22% degli adolescenti vorrebbe ricevere queste informazioni dai propri docenti, mentre il 62% vorrebbe personale esperto esterno alla scuola .*

*La scuola e gli incontri educativi informativi sono percepiti come il miglior canale di diffusione ed informazione per tali tematiche, anche se più del 90% ha riferito di essersi informato autonomamente tramite Internet”*.

A questa evidente incongruenza fra gli esiti dell’indagine nazionale e le politiche attuate sui territori si aggiunge, con toni se possibile ancor più drammatici, l’avanzare del progetto di autonomia differenziata.

Si deve partire dalla constatazione che il diritto costituzionale alla salute è gestito già oggi in 21 modi diversi dalle Regioni; in base al D. Lgs.56/2000 il fondo perequativo garantisce il principio fondamentale dell’equità di accesso alle prestazioni e l’equità di partecipazione alla spesa secondo capacità. Le Regioni che hanno maggiore capacità fiscale contribuiscono al fondo che viene ripartito fino alla copertura del fabbisogno delle Regioni con minore capacità.

Una spinta verso l’autonomia differenziata potrebbe mettere a rischio tale garanzia di solidarismo e universalismo sebbene ancora non completamente garantito. Il silenzio in cui sono stati fin qui gestiti i passaggi fra le Regioni che hanno presentato domanda (Veneto, Lombardia, Emilia Romagna) e il Governo centrale, la totale mancanza di informazione rispetto alla calendarizzazione delle commissioni parlamentari sono, oltre il merito, ulteriori motivi di preoccupazione. E’ per questo urgente diffondere le informazioni sul tema e sottoscrivere l’appello di Gianfranco Ferraris *“Un Comitato in difesa dell’unità nazionale”*.

A distanza di pochi mesi dal convegno di Firenze, il quadro politico nazionale è assai modificato con il nuovo governo M5S-PD. In Parlamento, durante le sedute di fiducia al governo, si è sentito parlare di sanità universale, non di sanità pubblica. Il tema dell’autonomia differenziata è stato affrontato con molta cautela, con il riferimento alla Costituzione e il proposito di non aumentare le differenze fra Nord e Sud del paese: ma nessun riferimento alla sanità e ai 21 sistemi attuali che tanto incidono sulle difficoltà di gestione del Sistema Sanitario Nazionale.

Eppure il diritto alla salute, all’accesso universale alle cure di alta qualità e all’insieme dei servizi sanitari e sociali è sicuramente uno degli aspetti maggiormente impattanti nella vita quotidiana delle donne e dei cittadini tutti; per questo, prosegue l’impegno per mantenere viva la consapevolezza dei diritti e lottare perché siano realizzati.

# La situazione nazionale dei consultori e della interruzione volontaria della gravidanza (IVG)

di Anna POMPILI\*

Lo stato della sanità in Italia mostra come si sia ben lungi dalla realizzazione dei principi ispiratori della legge che ha istituito il sistema sanitario nazionale, e che nel dicembre scorso ha compiuto 40 anni: uguaglianza e universalità sono troppo spesso rimasti principi astratti, soprattutto nel campo della salute riproduttiva. Consultori e applicazione della legge 194 ne sono un esempio lampante, con differenze enormi tra le varie regioni, e spessissimo anche tra le varie province di una stessa regione.

I dati a cui faccio riferimento sono tratti dalla *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194*, presentata nel gennaio 2019, con ben 11 mesi di ritardo rispetto ai termini definiti dalla legge 194 stessa.

## I CONSULTORI IN ITALIA.

1. Pubblico e privato. Si deve premettere che finalmente la ministra ammette che il dato sui consultori è incompleto, sia a causa dell'accorpamento (leggi chiusura) di alcune strutture, sia perché strutture fino ad oggi classificate come "consultori" erano/sono in realtà destinate a tutt'altro (neuropsichiatrie infantili, centri vaccinali, centri destinati solo alla diagnosi precoce dei tumori femminili ecc). Considerando i dati ministeriali, si nota la progressiva riduzione del numero di consultori pubblici e il corrispondente aumento dei consultori privati accreditati: nel 2017 in Italia sono censiti 1.853 consultori pubblici (erano 1944 nel 2016) e 159 consultori privati accreditati (erano 147 nel 2016), che significa, facendo riferimento al rapporto ottimale di un consultorio ogni 20.000 abitanti stabilito dal POMI (Progetto

Obiettivo Materno-Infantile) nel 2000 quelli attivi sono 0,6 consultori ogni 20.000 abitanti. In particolare, osservando i dati delle varie aree geografiche, si nota che al nord nella provincia autonoma di Bolzano all'assenza assoluta di consultori pubblici fanno da controcanto ben 14 consultori privati. In Lombardia, come in tutta Italia, i consultori pubblici diminuiscono (da 158 a 135) e aumentano i privati (da 80 a 86). Cfr. Tabella

La regione Lombardia costituisce un esempio della tendenza che si sta affermando nel nostro paese, e che ha portato alla dgr 9/937 del 1.12.2010 – Allegato 17 (1), nella quale vengono ridefiniti i compiti dei consultori, "affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato". Per quanto attiene al percorso IVG, il consultorio è impegnato nella "prevenzione", non nel senso della diffusione della contraccezione, ma nel senso della dissuasione delle donne ad interrompere gravidanze non volute, avvalendosi in particolare della collaborazione attiva dei Centri di Aiuto alla Vita. D'altra parte, già nel 2000 il dgr n.7/2594 (2) esonerava, in deroga alle leggi 405/75 e 194/78, i consultori privati ad assicurare il percorso per l'IVG.

2. Per quanto riguarda **l'obiezione di coscienza nei consultori**, il dato del 2017 non è riportato; la Ministra afferma nella relazione che "non è stato ritenuto utile rilevare il numero dei ginecologi obiettori di coscienza in quanto il dato rilevato negli anni precedenti non aveva rilevato criticità" (3). Al di là dell'ovvia osservazione che il fatto che finora non abbia costituito un pro-

\*Ginecologa - Roma. Ex presidente di LAIGA (Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'applicazione della legge 194/78). Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina Roma La Sapienza.

blema non significa certo che non lo sarà in futuro, è certamente difficile pensare che l'88% di obiettori in Molise nel 2016 non possa costituire un problema. In questo senso è importante l'esempio del Lazio, e il decreto del 2013, dell'allora commissario ad acta, che ribadisce che l'aver sollevato obiezione di coscienza non esime i ginecologi

del consultorio dallo svolgere i compiti loro assegnati dalla legge 194, in quanto non direttamente connessi con l'intervento. Sottolinea inoltre che i ginecologi consultoriali non possono sollevare obiezione di coscienza in relazione alla prescrizione della contraccezione di emergenza e all'inserimento di contraccettivi intrauterini.

**Tabella 1 – Numero di consultori funzionanti, anno 2017**

Regione	Consultori pubblici	Numero consultori pubblici		Consultori privati
		X 10.000 donne età 15-49 anni	X 20.000 abitanti	
<b>Italia Settentrionale</b>	<b>742</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>	<b>126</b>
Piemonte	187	2,1	0,9	0
Valle d'Aosta	14	5,4	2,2	0
Lombardia	133	0,6	0,3	86
Bolzano	0	0,0	0,0	14
Trento	11	1,0	0,4	1
Veneto	104	1,0	0,4	23
Friuli Venezia Giulia	24	1,0	0,4	2
Liguria	40	1,4	0,5	0
Emilia Romagna	237	2,5	1,0	n.r.
<b>Italia Centrale</b>	<b>410</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>	<b>19</b>
Toscana	191	2,5	1,0	17
Umbria	31	1,7	0,7	2
Marche	45	1,4	0,6	0
Lazio	143	1,1	0,5	n.r.
<b>Italia Meridionale</b>	<b>449</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>5</b>
Abruzzo	57	2,0	0,9	0
Molise	5	0,8	0,3	0
Campania	144	1,1	0,5	0
Puglia	145	1,8	0,7	2
Basilicata	31	2,5	1,1	2
Calabria	67	1,5	0,7	0
<b>Italia insulare</b>	<b>252</b>	<b>1,7</b>	<b>0,8</b>	<b>9</b>
Sicilia	180	1,6	0,7	9
Sardegna	72	2,1	0,9	0
<b>Italia</b>	<b>1.853</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>159</b>

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194* (tabella 17)

**Tabella 2 – Monitoraggio attività dei consulenti familiari per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) - anno 2016**

Regione	N° consul- tori che hanno inviato i dati	% risposte sul tot. Consultori	N° ginec. (in FTE)	% obiettivo	Colloqui IVG	Certificati IVG	Controlli post IVG	Totale IVG anno 2014
Piemonte	143	71 %	144,4	8 %	6.233	4.883	1.990	6.805
Valle d'Aosta	9	60 %	1,8	36 %	n.d.	n.d.	n.d.	174
Lombardia	196	100 %	n.d.	n.d.	9.175	7.479	7.779	14.111
Bolzano	4	10 %	6,1	2 %	23	12	3	563
Trento	12	100 %	3,5	0 %	573	422	269	684
Veneto	104	45 %	68,5	27 %	4.580	2.502	878	5.040
Friuli Venezia Giulia	25	74 %	15,6	5 %	2.818	599	608	1.436
Liguria	49	84 %	71,0	42 %	1.296	1.267	168	2.669
Emilia Romagna	178	63 %	118,6	22 %	10.344	4.645	2.159	7.688
Toscana	158	77 %	45,3	24 %	4.014	3.133	1.733	5.910
Umbria	36	77 %	31,2	11 %	1.055	944	365	1.303
Marche	40	56 %	17,7	25 %	1.170	1.069	649	1.618
Lazio	132	78 %	60,1	9 %	7.675	4.818	2.191	9.032
Abruzzo	42	74 %	16,8	19 %	664	315	104	1.794
Molise	6	100 %	8,0	88 %	244	47	63	398
Campania (*)	13	8 %	5,2	3 %	502	341	158	7.560
Puglia	130	89 %	61,2	14 %	2.871	2.317	1.189	7.461
Basilicata	21	57 %	22,0	32 %	211	325	284	564
Calabria	57	83 %	85,0	1 %	920	893	363	2.058
Sicilia	181	97 %	140,8	50 %	2.860	1.966	1.005	6.197
Sardegna	58	78 %	44,8	31 %	398	316	108	1.861
<b>Italia</b>	<b>1.581</b>	<b>69 %</b>	<b>967,4</b>	<b>23 %</b>	<b>57.626</b>	<b>38.293</b>	<b>22.066</b>	<b>84.926</b>

(\*) rilevazione parziale

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194*

## LE IVG NEL 2017.

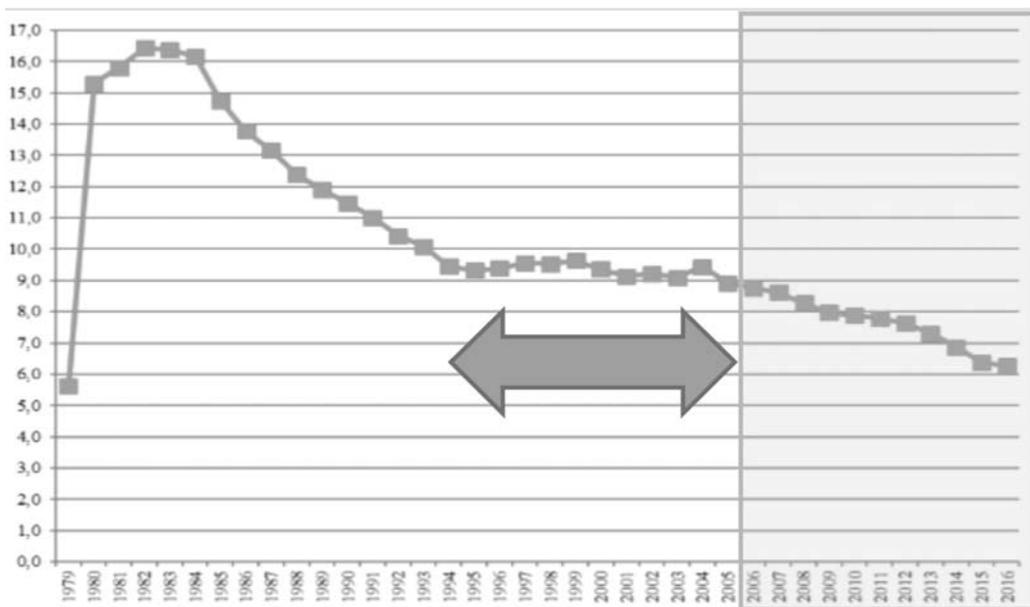
**1. Andamento del fenomeno.** Nel 2017 si sono registrate 80.733 IVG. Per il terzo anno consecutivo le IVG sono state meno di 100.000, confermando la tendenza alla riduzione; nel report dell'ISTAT allegato alla relazione dello scorso anno, in occasione dei 40 anni della legge, si descrive l'andamento del fenomeno: aumento del numero delle IVG dal 1979 al 1984, che rappresenta l'uscita dalla clandestinità; dal 1985 al 1995 progressiva diminuzione dei tassi di abortività. Dal 1995 al 2005 si osserva, come negli altri paesi nei quali l'aborto è legale, un plateau, con relativa costanza dei tassi di abortività. La particolarità italiana sta nel fatto che dal 2005 ad oggi riprende il declino dei tassi di abortività, che porta a domandarci se questa costante riduzione non possa essere, almeno in parte, legata alla difficoltà di accesso all'IVG e quindi al riaprirsi di sacche di clandestinità.

**2. Gli aborti clandestini.** Dal 2005 cambia il volto dell'aborto clandestino, e si diffonde

anche nel nostro paese la possibilità di abortire con i farmaci, senza affidarsi alle mani di operatori senza scrupoli che operano in contesti non sicuri. La relazione della ministra ci dice che gli aborti clandestini sono rimasti stabili dal 2005, stimati tra 12.000 e 15.000 (e 3.000- 5.000 gli aborti clandestini tra le donne straniere). Ma la stabilità delle cifre non corrisponde ad una stabilità del fenomeno: nel 2005, infatti, le IVG erano state 132.790 (dunque gli aborti clandestini costituiscono poco meno di 1/10 del totale delle IVG), mentre nel 2017 le IVG sono state 80.733 (dunque gli aborti clandestini costituiscono circa 1/5 del totale delle IVG), e la tranquillità con cui la ministra riporta tali cifre non è certamente condivisibile.

**3. Il decreto depenalizzazioni.** L'art. 19 della legge 194 prevedeva una multa di 51 euro per la donna che si sottopone ad un aborto clandestino. Nel 2016 il reato è stato depenalizzato, e la multa è stata trasformata in una sanzione amministrativa, il cui importo può andare da 5.000 a 10.000 euro. E' intuitivo

**Figura 1. Tasso di abortività volontaria per 1.000 donne (età 15-49 anni)**



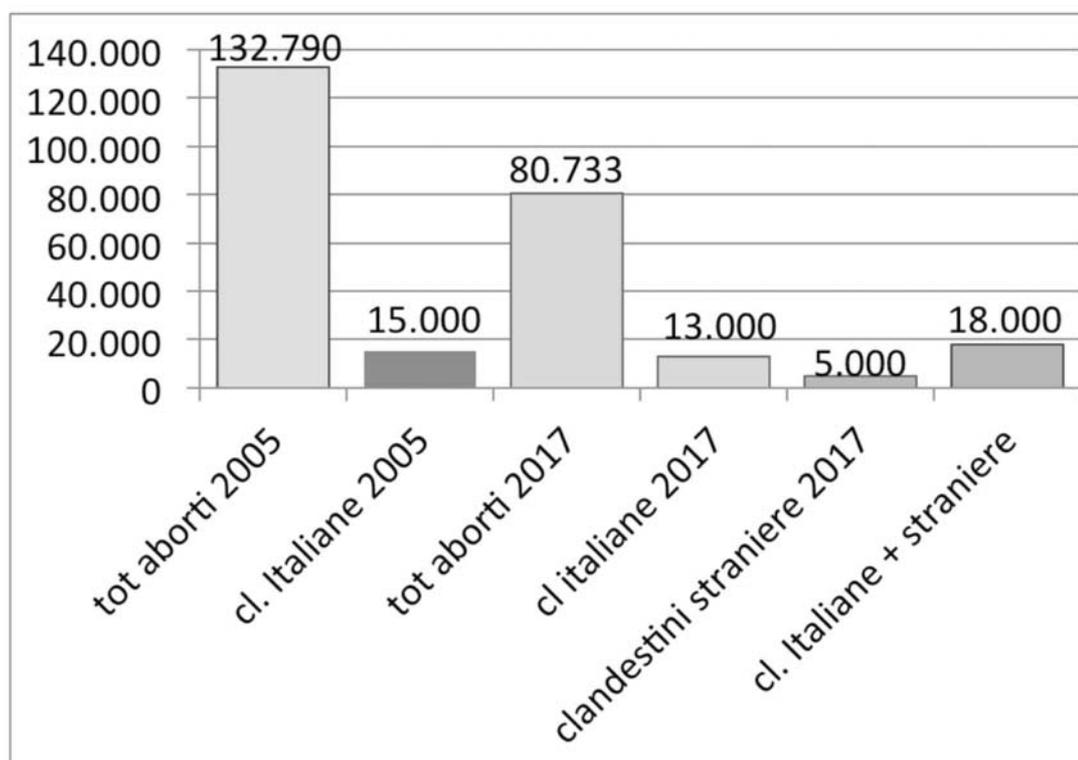
Fonte : Istat, indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anni 1979-2016.

tivo il rischio potenziale di tale provvedimento, che potrebbe scoraggiare le donne a recarsi in ospedale a seguito di complicazioni di una pratica al di fuori della legge.

**4. L'obiezione di coscienza.** Nel 2017 l'obiezione di coscienza ha riguardato il 68,4% dei ginecologi, il 45,6% degli anestesisti e il 38,9% del personale non medico. Colpisce come gran parte della relazione sia focalizzata sul calcolo del carico di lavoro per i ginecologi non obiettori, che testimonia in primo luogo la non conoscenza del lavoro del non obiettore, che certamente non si esaurisce alla semplice esecuzione dell'intervento, nonché lo spregio per l'impegno degli operatori, che rispettano e applicano

una legge dello Stato. Gli estremi sono costituiti dalla Valle d'Aosta, con il 17,6% di obiettori, e dal Molise, con il 96,4%; l'osservazione dei tempi di attesa per l'intervento, che sono indirettamente correlati con la qualità e l'efficienza del servizio, ci dice però che il risultato peggiore si osserva proprio nella regione col minor numero di obiettori, mentre il miglior risultato è appannaggio della regione col maggior numero di obiettori. Ciò significa che di per sé l'obiezione di coscienza può non avere ricadute importanti sull'applicazione della legge, e che un peso importante spetta alle regioni, che spesso non onorano i loro compiti e i loro doveri di gestione e di controllo.

**Figura 2. Andamento delle interruzioni di gravidanza in Italia (2005 e 2017) e stima (Istituto Superiore di Sanità) relativa agli aborti clandestini (2017) da parte di donne italiane e straniere**



**Tabella 3 . Obiezione per categoria professionale nel servizio in cui si effettua IGV, 2017**

Regione	Ginecologi		Anestesisti		Personale non medico	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Piemonte	238	64,5	228	36,7	408	24,1
Valle d'Aosta	3	17,6	4	25,0	4	6,8
Lombardia	539	70,5	585	45,7	1.670	48,2
Bolzano	75	85,2	81	63,3	261	74,8
Trento	34	56,7	32	29,9	321	11,8
Veneto	292	73,7	301	40,5	622	51,7
Friuli Venezia Giulia	61	51,7	34	26,6	114	25,3
Liguria	81	60,0	92	35,0	109	19,0
Emilia Romagna	230	49,8	182	26,9	296	22,8
<b>Italia Centrale</b>	<b>607</b>	<b>65,6</b>	<b>607</b>	<b>43,8</b>	<b>1.537</b>	<b>34,4</b>
Toscana	214	59,4	135	24,9	337	23,2
Umbria	74	60,7	116	53,5	177	48,9
Marche	85	66,9	87	43,9	574	37,3
Lazio	234	74,1	269	62,7	449	40,2
<b>Italia Meridionale</b>	<b>617</b>	<b>79,6</b>	<b>614</b>	<b>63,5</b>	<b>1.573</b>	<b>66,2</b>
Abruzzo	74	80,4	87	70,2	203	69,8
Molise	27	96,4	23	71,9	99	90,8
Campania	153	77,3	170	65,1	354	70,4
Puglia	247	79,4	179	52,3	690	72,3
Basilicata	37	88,1	44	71,0	64	24,3
Calabria	79	76,0	111	76,0	163	64,2
<b>Italia insulare</b>	<b>444</b>	<b>73,8</b>	<b>454</b>	<b>61,5</b>	<b>833</b>	<b>66,6</b>
Sicilia	341	83,3	358	69,0	568	85,9
Sardegna	103	53,6	96	43,8	265	44,9
<b>Italia</b>	<b>3.221</b>	<b>68,4</b>	<b>3.214</b>	<b>45,6</b>	<b>7.748</b>	<b>38,9</b>

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194* (tabella 28)

**Tabella 4. Carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore – anni 2014-2017 (considerando 44 settimane lavorative all'anno) – Dato calcolato attraverso il monitoraggio ad hoc condotto dal Ministero della Salute**

Regione	Carico di lavoro settimanale per IVG per non obiettore			
	Dato 2014 rilevazione ad hoc per Asl	Dato 2015 rilevazione ad hoc per struttura	Dato 2016 rilevazione ad hoc per struttura	Dato 2017 rilevazione ad hoc per struttura
Piemonte	1,7	1,3	1,3	1,1
Valle d'Aosta	0,4	0,3	0,3	0,2
Lombardia	1,7	2,7	n.d.	1,2
Bolzano	1,3	1,1	1,2	2,3
Trento	0,9	0,8	0,8	0,7
Veneto	1,5	1,2	1,2	1,2
Friuli Venezia Giulia	0,7	0,6	0,6	0,5
Liguria	1,3	1,2	1,3	1,0
Emilia Romagna	1,0	0,8	0,7	0,7
Toscana	1,0	1,0	1,0	0,9
Umbria	1,2	1,0	1,1	1,1
Marche	0,9	0,8	0,8	0,9
Lazio	3,2	3,8	2,6	2,4
Abruzzo	3,0	2,4	2,4	2,1
Molise	4,7	8,1	9,0	8,6
Campania	2,3 (*)	0,0 (*)	1,4 (*)	3,6
Puglia	3,5	3,0	3,0	2,7
Basilicata	2,9	2,5	2,5	3,1
Calabria	2,2	1,9	1,9	1,7
Sicilia	3,8	2,1	1,7	1,9
Sardegna	0,5	0,6	0,6	0,5
<b>Totale</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,2</b>

(\*) Dato pervenuto in modo parziale

**Tabella 5. Strutture/stabilimenti con reparto di ostetricia e ginecologia che effettuano interruzione volontaria di gravidanza - 2016**

Regione	Totale strutture	Numero Totale stabilimenti	Stabilimenti che effettuano IVG	
			N°	%
Piemonte	33	46	30	65,3
Valle d'Aosta	3	1	1	100,0
Lombardia	93	97	62	63,9
Bolzano	8	8	2	25,0
Trento	8	8	4	50,0
Veneto	28	40	30	75,0
Friuli Venezia Giulia	10	13	9	69,2
Liguria	11	13	13	100,0
Emilia Romagna	38	54	36	66,7
<b>Italia Centrale</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>74</b>	<b>74,0</b>
Toscana	29	29	28	96,6
Umbria	11	13	12	92,3
Marche	9	17	14	82,4
Lazio	33	41	20	48,8
<b>Italia Meridionale</b>	<b>150</b>	<b>159</b>	<b>65</b>	<b>40,9</b>
Abruzzo	15	15	10	66,7
Molise	3	3	1	33,3
Campania	78	87	21	24,1
Puglia	34	34	22	64,7
Basilicata	5	5	4	80,0
Calabria	15	15	7	46,7
<b>Italia Insulare</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>45</b>	<b>60,0</b>
Sicilia	56	58	30	51,7
Sardegna	17	17	15	88,2
<b>Italia</b>	<b>535</b>	<b>614</b>	<b>371</b>	<b>60,4</b>

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194* (tabella 23 bis)

**5. L'obiezione di struttura.** Un'altra peculiarità italiana è costituita dall'obiezione di struttura: solo poco più del 60% delle strutture con reparto di maternità di fatto applica la legge, nonostante il dettato dell'art.9 che sottolinea che le strutture

devono assicurare in ogni caso l'espletamento della procedura.

**6. L'IVG chirurgica.** Nella relazione si registra un lieve aumento dei raschiamenti, ancora praticati nell'11,6% dei casi.

**Tabella 6. Interruzione volontaria di gravidanza (percentuale) per tipo di intervento 1983-2017**

Anno	Raschiamento	Isterosuzione	Karman	Altro
1983	24,8	46,7	28,3	0,6
1987	17,8	37,9	43,7	0,5
1991	15,8	33,4	50,2	0,6
1995	14,9	24,8	57,2	2,8
2000 *	15,6	19,5	63,6	1,3
2004 *	13,3	20,2	64,9	1,6
2007 *	11,2	22,9	63,3	2,5
2009 *	12,6	21,5	63,4	2,4
2010 **	11,4	20,3	62,9	5,4
2011 **	11,4	19,8	59,6	9,1
2012 **	11,7	19,6	58,0	10,7
2013 **	9,9	16,6	59,0	14,5
2014 **	9,1	17,8	57,0	16,2
2015 **	9,3	17,0	55,6	18,2
2016 *	11,4	16,8	52,2	19,6
2017 *	11,6	16,0	50,5	22,0

\* esclusi i dati del Lazio in quanto diversamente aggregati

\*\* esclusi i dati della Lombardia in quanto diversamente aggregati

Per un confronto con gli anni precedenti sono inclusi nella voce "altro" tutte le modalità di aborto farmacologico

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194* (tabella 25)

7. **L'IVG farmacologica.** Gli ostacoli che incontra tale metodica, a partire dal ritardo nell'introduzione in Italia, fino alla limitazione al 49mo giorno e alla imposizione del ricovero ordinario, non sono legati a motivi che attengono alla sicurezza e all'efficacia del metodo, ma solo a motivi ideologici e politici. Per tali ragioni l'Italia, a 8 anni dalla sua introduzione, rileva percentuali che sono agli ultimi posti in Europa e nel mondo, costituendo il farmacologico l'11,6% del totale delle IVG. Le linee di indirizzo ministeriali del 2010 fanno riferimento alle linee guida dell'FDA (FDA U.S. Food & Drug) che però sono state cambiate nel marzo 2016 a seguito della osservazione dei dati di evidenza: le nuove linee guida FDA estendono l'aborto medico al 70mo giorno e raccomandano il regime di assunzione del misoprostolo a domicilio,

sicuro, preferito dalle donne e più economico. AMICA ha lanciato una iniziativa ed una raccolta di firme per l'IVG farmacologica in regime ambulatoriale; nello stesso tempo la regione Lazio ha approvato una sperimentazione per la somministrazione in consultorio e in poliambulatorio, che è stata bloccata dal ministero e non è mai partita. La ministra Lorenzin sostenne, a suo tempo, che la legge 194 non ammetteva il regime ambulatoriale, previsto, invece, dall'art.8 della legge.

Le relazioni ministeriali testimoniano, peraltro, che fino al 2000 le IVG chirurgiche sono state fatte anche in ambulatorio. D'altra parte, se la pericolosità della procedura è legata alle prostaglandine, non si capisce perché AIFA ne permetta la somministrazione ambulatoriale per gli aborti spontanei (determina AIFA del giugno 2013).

**Tabella 7. Interruzioni volontarie di gravidanza (percentuale) per luogo di intervento, 1983-2017**

Anno	Istituto Pubblico	Casa di cura	Ambulatorio
1983	87,6	9,7	2,7
1987	82,7	12,6	4,6
1991	87,3	11,6	1,0
1995	88,3	10,9	0,7
2000	90,6	9,1	0,3
2004	91,2	8,8	0,0
2007	91,6	8,4	0,0
2011	92,1	7,9	0,0
2013	93,5	7,5	0,0
2014	94,2	5,8	0,0
2015	94,3	5,7	0,0
2016	94,5	5,5	0,0
2017	95,6	4,4	0,0

Fonte : Ministero della Salute *Relazione al parlamento sullo stato di applicazione della legge 194* (tabella 23)

**8, La formazione.** Il fatto che nel 2017 nel Policlinico Umberto I di Roma, il più grande policlinico universitario d'Europa, siano state fatte poco più di 300 IVG, di cui solo 42 farmacologiche, evidenzia la grande necessità di formazione e di aggiornamento del personale sanitario. Una formazione che deve essere non solo tecnica-scientifica, ma anche etica.

## CHE FARE?

**1. La dichiarazione di Bruxelles.** Impegna gli stati a depenalizzare l'aborto, e a riportarlo nel campo della pratica medica. Sostenere la dichiarazione e impegnare in

## NOTE

1. La dgr 9/937 del 1.12.2010 – Allegato 17 richiama la necessità di una profonda revisione delle competenze, delle funzioni e del modello organizzativo dei consultori, “*affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato*”. A tal fine è “*necessaria la creazione ed il consolidamento di una nuova rete di relazioni con Enti locali, Aziende Ospedaliere (AO), Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita (CAV), formalizzate con protocolli operativi di collaborazione, che consenta di superare la parzialità e frammentarietà delle azioni ad oggi fornite, assicurando oltre alle prestazioni già erogate:* - ascolto, orientamento, supporto e sostegno psicopedagogico alle famiglie nell'assolvimento dei propri compiti educativi sia di carattere sociale che socio sanitario; - presa in carico delle problematiche delle famiglie con figli minori con particolare riferimento alla loro tutela, in collaborazione con gli enti preposti; - valutazione, accompagnamento e preparazione delle famiglie all'affidamento e all'adozione; - prevenzione, valutazione psicodiagnostica e presa in carico dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi in ordine agli interventi sanitari e socio sanitari; - **prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e sostegno alla nascita ed al puerperio, in collaborazione con i CAV, le AO e gli Enti locali ed il Terzo Settore.**

2. La DGR 11.12.2000 n. 7/2594 “*Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile*” stabiliva, tra l'altro: “*8) che sia comunque garantita, per il personale operante nella struttura, la possibilità di dichiarare l'obiezione di coscienza; 9) che, in deroga a quanto stabilito dalle norme, i consul-*

*tori familiari possano escludere dalle prestazioni rese quelle previste per l'interruzione volontaria della gravidanza ivi comprese quelle connesse o dipendenti da dette prestazioni*”.

**2. A livello nazionale** impegno per la IVG farmacologica in regime ambulatoriale e per la contraccezione gratuita

**3. A livello regionale:** L'applicazione della legge dipende anche grandemente da fattori organizzativi. E' necessario costringere le regioni ad onorare gli impegni cui la legge 194 le obbliga:

a) - Farmacologico ambulatoriale (at home!) e centri specializzati che garantiscano migliore standard di cura.

b) - Formazione universitaria.

c) - Aggiornamento professionale.

d) - Pressione e controllo sui primari.

*tori familiari possano escludere dalle prestazioni rese quelle previste per l'interruzione volontaria della gravidanza ivi comprese quelle connesse o dipendenti da dette prestazioni*”.

3. Ministero della Salute: “*Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2017*”.

4. Traduzione della Dichiarazione di Bruxelles “*Noi, Membri di governi e parlamenti eletti democraticamente, Membri della società civile, Noi cittadini – riaffermiamo che la libertà dalla maternità forzata è un diritto umano fondamentale; Riaffermiamo che una donna ha il diritto di scegliere e decidere se proseguire o meno una gravidanza. In questo quadro, nel corso dello svolgimento dei nostri rispettivi ruoli ci impegniamo a: chiedere che l'aborto rientri nelle competenze dell'assistenza sanitaria, in tutti i paesi del mondo; chiedere che l'aborto cessi di essere considerato un crimine o un reato e che venga rimosso dal codice penale, in quegli Stati in cui questo rimane il caso; chiedere che l'aborto sia considerato un diritto alla salute, coperto dalla sicurezza sociale o, se necessario, da un programma di assistenza medica per le donne senza sicurezza sociale; chiedere che le clausole di coscienza specificamente relative all'aborto siano rimosse dalla legislazione, essendo questa disposizione già concessa su base individuale per tutte le procedure mediche; chiedere che sia punita l'imposizione di eventuali restrizioni all'accesso alle informazioni pertinenti sull'aborto; chiedere l'implementazione di programmi educativi sulle relazioni emotive e sessuali fin dalla tenera età; rifiutare qualsiasi misura adottata per garantire una persona giuridica del feto; chiedere l'istituzione di tutti i mezzi per informare le donne e gli uomini dei loro diritti in relazione alla salute riproduttiva e sessuale, compreso il diritto all'aborto.*”



# Il lavoro di un Tavolo Regionale per l'applicazione della legge 194

di Luisa PETRUCCI\*

Il Coordinamento 194 dell'area fiorentina è nato nel 2013 in seguito alla volontà dell'Amministrazione di chiudere il servizio di IVG a Borgo S. Lorenzo. Avvertite di questo fatto nel giro di pochi giorni riuscimmo a creare il Coordinamento. Fu facile mettere insieme tante donne, perché già a partire dal '78, all'indomani dell'emanazione della legge, ci eravamo impegnate a controllarne l'applicazione nell'area fiorentina (come, del resto, si è fatto in tante altre parti del nostro paese ed anche a livello nazionale, pensiamo a esempio, alle ruscitissime manifestazioni nazionali, sempre molto partecipate e purtroppo non ascoltate).

Localmente abbiamo fatto iniziative di piazza e dibattiti, ci siamo rapportate con la Regione, avanzando, fra l'altro, proposte di modifica ai vari piani socio sanitari. Nel 2013, quando cominciò ad operare il Coordinamento, organizzammo a Borgo S. Lorenzo una forte protesta con presidi, incontri con amministratori/ci e dirigenti ASL, chiedendo un Tavolo regionale per risolvere la questione di Borgo e le criticità di tutta la Regione. Ottenemmo nell'immediato il proseguimento del servizio a Borgo San Lorenzo. E un po' di tempo dopo il Tavolo richiesto, che però ebbe vita breve.

Il percorso perché entrasse in funzione di nuovo il Tavolo con l'Amministrazione eletta nel 2015 è stato lungo e faticoso. Il primo incontro infatti lo abbiamo avuto nel maggio del 2018 con il sostegno del gruppo consiliare "*Si Toscana a sinistra*". Oggi fanno parte del Coordinamento rappresentanti dell'Associazione "*Libere tutte*", del

Coordinamento Donne CGIL, del Comitato toscano per il diritto alla salute, del Laboratorio per la laicità di Firenze, di alcuni consulenti legali. Il Tavolo, a sua volta, è composto da consigliere/i, da rappresentanti della Giunta, da rappresentanti delle tre aziende sanitarie di Area Vasta, Centro, Nord Ovest e Sud Est, dalla presidente della Commissione Pari Opportunità, da rappresentanti dell'Agenzia Regionale di Sanità ed è coordinato dal consigliere del Gruppo regionale "*Si Toscana a sinistra*".

Ogni seduta del Tavolo è preceduta da un incontro delle nostre associazioni con il consigliere regionale e la segreteria del gruppo "*Si Toscana a Sinistra*". Al Tavolo, come associazioni, abbiamo fatto un discorso complessivo sulla legge, sui suoi aspetti più negativi, in primo luogo l'obiezione di coscienza. Abbiamo chiesto anche di superare il termine di urgenza o non urgenza scritto nel certificato rilasciato alla donna e che consente loro di presentarsi in una struttura per l'interruzione di gravidanza. Nel caso in cui non vi è l'urgenza, la donna deve aspettare 7 giorni (i 7 giorni di riflessione come se le donne fossero delle menomate mentali) prima di recarsi in ospedale per l'intervento. Ma non essendoci la possibilità, almeno al momento attuale, di far approvare una legge migliore di questa siamo passati alla richiesta della sua applicazione in tutte le sue parti.

Siamo partite dal richiedere che le due mozioni approvate dal Consiglio regionale nel 2017, riguardanti gli argomenti cruciali dell'applicazione della legge (contracce-

\**Libere tutte - Firenze e Tavolo Regionale 194.*

zione gratuita, la somministrazione dei farmaci per l'aborto farmacologico in strutture ambulatoriali/consultoriali, potenziamento dei consultori nel percorso IVG, indizione di concorsi pubblici con l'indicazione della disponibilità a effettuare gli aborti), venissero attuate dalla Giunta.

I temi che abbiamo affrontato riguardano l'omogeneità delle prassi e delle metodologie d'intervento in tutto il territorio regionale dei servizi riguardanti il percorso IVG. Abbiamo insistito sulla contraccezione gratuita in quanto è il punto di partenza per relazioni sessuali serene e per prevenire gravidanze indesiderate; importante anche sul piano economico in quanto comporta un grosso risparmio; infatti la spesa complessiva per gli anticoncezionali gratuiti non può che essere di gran lunga inferiore a quella degli interventi per l'interruzione di gravidanza. Al Tavolo avevamo richiesto la contraccezione gratuita per tutte le persone in età fertile. La Giunta invece ha previsto la gratuità solo per le persone dai 14 ai 25 anni e dai 25 anni in poi per le donne più disagiate. Dai controlli informali che stiamo facendo, risulta che a oggi i consultori non hanno iniziato la somministrazione gratuita, ma si stanno lentamente attivando.

Ma anche qui c'è una sorta di discriminazione di genere: siccome agli uomini viene data gratuitamente solo una confezione al mese contenente 6 profilattici, la contraccezione è realmente gratuita per le donne e quindi ricade soprattutto su di loro il controllo rispetto a gravidanze indesiderate. Molto grave è il fatto che alcune farmacie si rifiutino di dare gli anticoncezionali di emergenza. Solleciteremo la Regione perché richieda al Ministero della Salute di inserire di nuovo l'obbligo per le farmacie, che era stato tolto dalla ministra Lorenzin, di avere a disposizione anche questi anticoncezionali di emergenza, senza costringere le donne a peregrinare da una farmacia all'altra.

L'aborto farmacologico: nella nostra regione è utilizzato in una percentuale più alta che altrove (il 26,6% in Toscana rispetto al

19,9% dell'Italia centrale e il 17,8% dell'Italia), ma ancora molto bassa, nonostante che la Toscana sia stata la seconda Regione, dopo il Piemonte, a sperimentarlo e lo si fa in day hospital e al consultorio del presidio ospedaliero "Palagi". È di fondamentale importanza che tutte le donne siano messe in grado di poter scegliere tra l'aborto farmacologico e quello chirurgico come avviene in molti paesi europei. Abbiamo ottenuto che la Giunta si dichiarasse disponibile a consentire tale possibilità di scelta in tutte le strutture in cui si pratica l'aborto chirurgico e a far sì



che la somministrazione dei farmaci per l'aborto farmacologico avvenisse negli ambulatori e nei consultori. Occorre verificare che la disponibilità manifestata si traduca in atti concreti. La situazione in cui si trovano oggi i consultori rende tutto ciò molto difficile, ma riteniamo che tale obiettivo vada assolutamente perseguito, naturalmente rivitalizzando e potenziando le strutture in questione.

In Toscana l'obiezione di coscienza è a macchia di leopardo e crea disagi, meno a Firenze e più in altre località. Abbiamo iniziato ad affrontare questo problema al Tavolo solo di recente ma sappiamo che circa il 60% del personale medico è obietto a cui va aggiunto quello di anestesiste/i e infermiere/i. Riteniamo che l'obiezione di coscienza non abbia più ragione d'essere, che sia nella maggior parte dei casi una scelta opportunistica, che comunque chi obietta non andrebbe premiato. Nell'immediato, soltanto come misura

provvisoria, per risolvere i problemi del disservizio, si sta valutando di richiedere che almeno il 50% del personale non sia obietto, che si debba, come prevede la legge, procedere alla mobilità del personale e fare assunzioni solo di non obietto per garantire il servizio.

Per quanto riguarda la mobilità c'è un fatto importante: nell'ultimo contratto di lavoro dei medici si prevede la possibilità di mobilità entro 50 km.

Si è anche affrontato il problema di come reperire l'elenco degli obietto, già posto nei precedenti tavoli. Altra questione di cui ci stiamo occupando è il DDL Pilon, di cui riteniamo che la Regione dovrà chiedere il ritiro.

Si tratta di un DDL che, se venisse approvato, cancellerebbe le conquiste ottenute in tanti anni di lotte e annullerebbe anche il lavoro che stiamo facendo al Tavolo regionale.



# Vogliamo anche le rose

a cura del Gruppo Non una di Meno\*

Come gruppo salute dell'assemblea cittadina di Non Una di Meno abbiamo investigato in questi mesi le numerose mancanze in materia di accesso ai servizi consultoriali, di IVG, contraccezione e dei test per le MST (malattie sessualmente trasmissibili).

Ci siamo concentrate sui consultori pubblici, un tempo spazi di autodeterminazione e di autocoscienza, oggi poliambulatori poco finanziati in cui il lavoro femminilizzato e sfruttato fa da padrone.

Fu grazie al movimento delle donne, nel rivendicare per tutte e per tutti l'autodeterminazione, che si sperimentarono negli anni '70 i consultori femministi autogestiti, una vera rivoluzione nella concezione di salute e benessere, dove la persona, nel contesto delle sue relazioni affettive e sociali, e soprattutto le sue decisioni, venivano messe al centro. Oggi purtroppo poco è rimasto di quelle esperienze.

Nella progressiva riduzione del welfare, i problemi economici sono stati sempre più spesso utilizzati per giustificare il ridimensionamento "complessivo" della sanità pubblica. Alcuni assi portanti della 833, la legge per l'istituzione del servizio sanitario nazionale istituita nel '78, sono stati modificati col tempo minacciando il servizio con politiche di de-finanziamento e privatizzazione, compensandolo con le mutue, le assicurazioni e con il terzo settore.

A Pisa, siamo passati da 11 consultori a 2 in trent'anni, mentre contemporaneamente la popolazione studentesca è arrivata a circa 50.000 iscritti, su 90.000 residenti. Già solo con questo dato ci rendiamo conto di essere ben lontani dal numero minimo

di spazi consultoriali che la legge 194 prevede, ovvero 1 ogni 20.000 abitanti. Il carico di lavoro diventa conseguentemente eccessivo, soprattutto in materia di screening e visite ginecologiche, a cui il personale può dedicare sempre meno tempo per utente. Alcuni servizi vengono pubblicizzati molto poco, come il consultorio giovani, e non faticiamo a pensare che non sia casuale: se appuntamenti come quello fossero attraversati da più utenti, non si avrebbero i mezzi e il tempo per coprire la richiesta. Altri servizi, come la consultazione a domicilio, sono stati eliminati, a discapito di quelle persone che non possono spostarsi con facilità (perché disabili, con più lavori, con casa fuori mano). Per l'attuazione della delibera regionale sulla contraccezione (Dlr. 1251 del 12.11.2018) il consultorio ha dovuto anticipare la spesa dell'acquisto dei contraccettivi, usando fondi propri, potendo così coprire cifre esigue rispetto all'utenza richiedente (circa un migliaio su centinaia di migliaia di possibili utenti).

Qual'è la nostra risposta?

Guardiamo ai consultori di un tempo con delle lenti transfemministe e queer, credendo fortemente che questi luoghi siano i primi spazi da cui partire per costruire resistenze attive sul territorio, reti di solidarietà e mutualismo.

Il piano femminista contro la violenza di genere prodotto da Non una di Meno rivendica chiaramente che "l'accesso ai servizi sociosanitari debba avere carattere universalistico: in questo senso crediamo che non sia più rimandabile un cambia-

\*Gruppo Salute assemblea cittadina, Pisa.

mento dei servizi stessi, per raggiungere una piena inclusione di tutte le soggettività e non solo di quelle bianche, giovani, abili, eterosessuali e native.

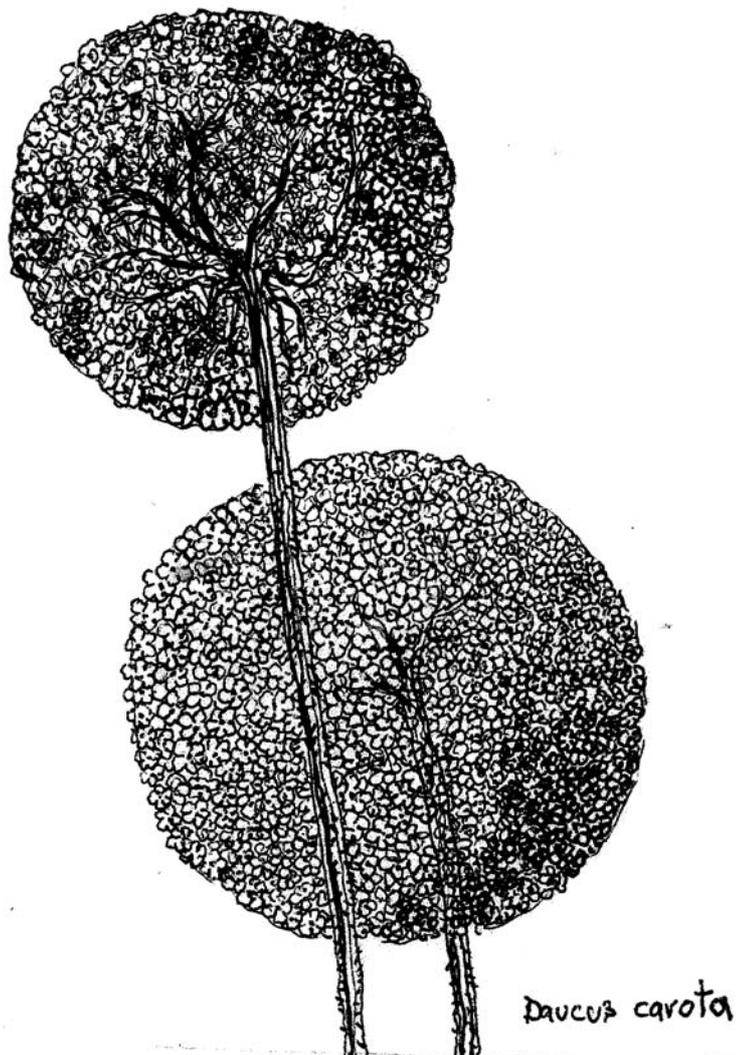
Vogliamo, perciò, un accesso incondizionato al diritto alla salute e al welfare. In particolare, si pone l'urgenza di svincolare l'accesso alla copertura sanitaria dall'obbligo di residenza per le e i migranti senza documenti e di superare il limite dei tre mesi di presenza certificata sul territorio per accedere ai servizi sanitari. [...]

Leggiamo il rapporto tra diritto alla salute e autodeterminazione nel quadro di un progressivo smantellamento del sistema del welfare, di aziendalizzazione, privatizzazione e precarizzazione della sanità pubblica. Mettere in luce la relazione tra condizioni di lavoro delle operatrici e degli operatori e il benessere delle persone che

accedono ai servizi è un passo necessario per risignificare il rapporto tra i soggetti coinvolti.

L'autodeterminazione si afferma attraverso la riappropriazione e la condivisione di saperi e risorse su cui si fondano il potere medico e l'asimmetria tra persone in cura e personale specializzato, con l'intento dunque di abbattere le barriere che dividono queste due figure.

È necessario aprire terreni di conflitto sul sapere biomedico e sulle sue modalità di trasmissione alla luce dei saperi transfemministi, riconoscendo che ogni persona in cura è portatrice di un sapere, a partire da sé. Con il principio di autodeterminazione, contrastiamo il monopolio dei saperi e rompiamo l'asimmetria tra persone che erogano e persone che usufruiscono dei servizi sanitari.”



# Rerport intervento NUDM Firenze a Dico 32

a cura di NONUNADIMENO\*

L'intervento ha presentato l'opuscolo "*Molto di più di 194 a Firenze*" contenente i dati dell'autoinchiesta e delle mappature svolte da Non Una di Meno Firenze a partire dalle iniziative intorno al quarantennale della legge 194 e in particolare:

- un'autoinchiesta per verificare lo stato di attuazione della legge nel nostro territorio;
- una mappatura dei consultori sul territorio di Firenze;
- una mappatura delle strutture ospedaliere dove viene effettuata l'interruzione volontaria di gravidanza specificando orari e modalità di accesso;
- una mappatura delle farmacie obiettrici, cioè che si rifiutano di vendere la pillola del giorno dopo.

Qui di seguito i principali aspetti presentati:

## **Autoinchiesta sulla 194**

Invece che garantire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, la legge 194 ha visto negli anni un aumento dell'obiezione di coscienza. La Regione Toscana dichiara di essere un' "*isola felice*" in merito alla riduzione del numero di interruzioni volontarie di gravidanza e di avere un minore numero di obiettori rispetto alla media nazionale; questa coinvolge comunque il 60% dei ginecologi con picchi di obiettori del 76,3% presso l'Ospedale di Careggi. A 40 anni dalla promulga-

zione della legge le nostre città hanno visto inoltre una drastica riduzione dei servizi.

A Firenze abbiamo assistito nell'ultimo decennio alla chiusura di numerosi consultori ostetrico-ginecologici lasciando i pochi attivi dislocati nelle aree periferiche della città e quindi più difficilmente accessibili; i tempi di attesa per una visita ginecologica prenotabile presso il CUP sono spesso di 2-3 mesi rendendo l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva ormai un lusso per chi si può permettere di ricorrere a specialisti privati.

I dati pubblicati dalla Regione Toscana sull'attuazione della legge 194 e in particolare sulle interruzioni di gravidanza non ci restituiscono informazioni relative all'effettiva fruizione dei consultori da parte delle donne e in particolare: il rifiuto da parte del personale obiettrici di effettuare prestazioni, l'accoglienza del personale sanitario verso le donne che vi si rivolgono, il livello di conoscenza da parte delle donne dei servizi disponibili sul territorio e sui metodi di contraccezione di emergenza.

In data 22 maggio 2018 Non Una Di Meno Firenze ha quindi lanciato un questionario online indirizzato alle donne per indagare sul livello effettivo di fruizione e lo stato dei servizi sanitario-ginecologici pubblici sul nostro territorio e valutare quanto davvero il

\*Firenze

diritto alla salute sessuale e riproduttiva così come sancito dalla Legge 194 fosse effettivamente garantito.

L'autoinchiesta ha rivelato uno scarso utilizzo dei consultori, soprattutto fra le fasce più giovani, principalmente dovuto alla carente capillarità e diffusione dei servizi, fattori che ostacolano sostanzialmente l'accesso libero e gratuito agli essenziali servizi di salute sessuale e riproduttiva. Come risultante della carenza dei consultori pubblici le donne del territorio fiorentino sono costrette in larga parte a rivolgersi a studi ginecologici a pagamento. Le motivazioni, oltre alla maggiore efficienza dei servizi privati, sono da ricondursi ad una esigenza riscontrata nelle donne di poter trovare un luogo accogliente, dove c'è tempo per parlare e dove si trova sempre la/lo stessa/o ginecologa/o con cui instaurare un rapporto di fiducia. Questi bisogni richiamano in realtà l'originario disegno dei consultori che, sotto l'influenza delle rivendicazioni femministe, erano basati sull'accoglienza, l'ascolto e l'autodeterminazione della donna nel suo percorso di procreazione responsabile.

Si può notare quindi come i consultori pubblici attuali siano stati progressivamente svuotati della loro natura riducendo le proprie utenti a numeri in coda. Tuttavia, possiamo notare che la maggioranza delle ginecologhe dei consultori, seppure in un contesto di carenza di servizi, sta facendo del suo meglio per offrire un servizio soddisfacente. Una degna accoglienza per le utenti non deve essere però semplicemente demandata alla buona volontà del personale medico; è necessario che tutti gli operatori sanitari (ginecologi/ghe, anestesisti/e, infermieri/e ecc) si adeguino ad un atteggiamento professionale, che prestino un servizio accogliente verso tutte le donne, che si rivolgono a loro e che pongano partico-

lare attenzione anche all'aspetto psicologico.

L'incontro con gli obiettori nelle varie strutture sanitarie rende difficoltoso il ricorso all'IVG, definito dalla maggior parte delle donne un percorso ad ostacoli. Il 6-10% delle rispondenti ha dichiarato di aver incontrato personale medico, principalmente ginecologi/ghe, che si è rifiutato di prescrivere la pillola del giorno dopo (quando ancora era richiesta ricetta medica) o di emettere un certificato medico attestante la gravidanza.

Anche quando le donne non hanno la sfortuna di incontrare degli obiettori, le esperienze delle donne che hanno avuto la voglia di raccontarsi, svelano quanto l'approccio ai servizi sia spesso caratterizzato dalla mancanza di tatto, di rispetto e dalla sovradeterminazione del personale sanitario verso le donne, tutti atteggiamenti riconducibili a violenza ostetrica. Le strutture ospedaliere dove le donne si rivolgono per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza rappresentano i luoghi più problematici e caratterizzati dalla mancanza di sensibilità da parte del personale medico.

Infine la scarsa conoscenza delle donne sulla contraccezione, sulla contraccezione di emergenza e sull'interruzione di gravidanza (e soprattutto su RU486) e sui relativi servizi sanitari mettono in luce il fallimento di uno degli obiettivi fondamentali della legge istitutiva dei consultori familiari che era quello di svolgere educazione sessuale e alla contraccezione. Questo è dimostrato anche dal fatto che le più giovani ricorrono più frequentemente alla pillola del giorno dopo, talvolta utilizzata come dispositivo di contraccezione.

### **Mappatura consultori**

Le informazioni contenute sul sito dell'Azienda Sanitaria della Regione

Toscana non sono regolarmente aggiornate e non riportano informazioni complete sui servizi offerti dai consultori ostetrico-ginecologici. Dunque abbiamo realizzato una mappatura dei consultori familiari, consultori giovani e consultori immigrate sui comuni di Firenze, Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Bagno a Ripoli (limitatamente a Grassina), Greve in Chianti e Impruneta.

### **Mappatura di strutture che effettuano IVG**

La mappatura delle strutture dove è possibile accedere per interruzione volontaria di gravidanza copre 8 strutture ospedaliere dei comuni di Firenze, Borgo San Lorenzo, Prato, Empoli, Pontedera, Poggibonsi e Pistoia. Di queste strutture in 5 è possibile ricorrere sia all'aborto farmacologico che chirurgico, in 3 solo chirurgico.

La mappatura oltre a fornire orari di accesso, contatti, indirizzo e trasporti, indica se nelle strutture sanitarie viene effettuato aborto chirurgico e/o farmacologico e contiene una descrizione delle procedure per accedere all'intervento e eventuale modalità di somministrazione della pillola RU 486.

### **Mappatura farmacie obiettrici**

La mappatura delle farmacie obiettrici è stata svolta fra dicembre 2018 e febbraio 2019. L'inchiesta è avvenuta telefonicamente, esprimendo la necessità di acquistare il giorno stesso la pillola del giorno dopo e quindi verificandone la disponibilità immediata. Sono state contattate un totale di 146 farmacie. Sulle 146 farmacie ne abbiamo riscontrate 4 che in successive telefonate non avevano mai a disposizione la pillola del giorno dopo di cui due in centro, una nel Quartiere 4 e una nel Quartiere 5. Due farmacie invece

hanno dimostrato di essere poco affidabili nella fornitura della pillola: queste sono le farmacie in cui non è sempre disponibile, va ordinata, dove il personale pone degli ostacoli o la fornisce mal volentieri.

### **Conclusione: la nostra istanza su Firenze**

Rivendichiamo la necessità di un consultorio nel Presidio Sanitario del Lungarno Santa Rosa. L'apertura di un nuovo consultorio permetterebbe di ridurre i tempi di attesa per le visite



ginecologiche; inoltre la sua collocazione nel centro cittadino permetterebbe di essere più facilmente raggiungibile da tutte le donne. Vogliamo che in questo consultorio sia possibile somministrare ambulatorialmente la RU486 e che sia luogo accogliente per le donne basato sulla promozione della loro autodeterminazione. Per risignificare il ruolo dei consultori abbiamo anche richiesto all'Azienda sanitaria di Firenze di avviare una riflessione con il personale medico dei consultori e quindi di svolgere un'assemblea pubblica presso un consultorio fiorentino.

### **APPENDICE: RISULTATI DELLA AUTO-INCHIESTA**

L'autoinchiesta è stata lanciata dalla pagina facebook di Non Una di Meno Firenze e ha suscitato da subito un

grande interesse: abbiamo ricevuto un totale di 485 questionari da tutta Italia, di cui 380 dalla Toscana e 332 da Firenze. Ci siamo volute concentrare sui risultati di Firenze perchè più numerosi e quindi più rappresentativi, anche se i dati forniti dalle donne di altre parti della Toscana ci restituiscono un quadro molto simile a quello fiorentino.

Qui di seguito vengono riportati i risultati dell'autoinchiesta presentati il 28 settembre 2018 in occasione della giornata internazionale per l'aborto libero, sicuro e garantito.

## 1. FREQUENZA DI UTILIZZO DEI CONSULTORI OSTETRICO-GINECOLOGI

### 1.1 Quanto spesso le donne fiorentine utilizzano i consultori ?

Abbiamo potuto verificare in primo luogo lo scarso utilizzo dei consultori pubblici da parte delle donne fiorentine.

Una donna su tre (il 28 %) ha dichiarato di non essere mai andata ad un consultorio pubblico, di quelle che invece vi hanno fatto accesso, solo il 18 % lo

utilizza regolarmente, più di una volta all'anno (il 62,3 % meno di una volta all'anno, il 19,4 % una volta l'anno).

L'utilizzo dei consultori pubblici cresce con l'età; le minorenni dichiarano di non esserci mai andate (nel 90,9 % dei casi, una ragazza su 11).

La maggioranza delle più giovani (fino a 25 anni) sono al corrente dell'esistenza dei consultori giovani e in molti casi vi accedono per la contraccezione di emergenza.

Le donne si rivolgono ai consultori principalmente per ottenere una visita ginecologica o anche per contraccezione o la contraccezione di emergenza (erano possibili risposte multiple) :

- Visita ginecologica : 66,7 %
- Contraccezione : 34,6 %
- Contraccezione di emergenza (pillola del giorno dopo/dei cinque giorni dopo): 32,1 %
- Gravidanza : 22,8 %
- Ricerca informazioni : 15,6 %

### 1.2 Vengono utilizzati più spesso i servizi ginecologici privati ?

Lo scarso utilizzo dei consultori pubblici si traduce in un più diffuso utilizzo dei ginecologi privati. I motivi

**Tabella 1. Numerosità per età delle risposte al questionario (Firenze)**

Età	Numero risposte
14-17	11
18-20	16
21-25	44
25-30	43
31-40	102
41-50	48
51-60	26
60+	26
n.r	4
<b>Totale</b>	<b>332</b>

riguardano principalmente la possibilità di essere accolta sempre dalla/o stessa/o ginecologa/o con cui viene instaurato un rapporto di fiducia.

Una donna ha spiegato così la sua preferenza verso i ginecologi privati: *“Perché mi fido di più, mi sembrano maggiormente attenti, anche all’aspetto psicologico di certi problemi, mi sembra che dedichino maggiore tempo e che ti vedano davvero come un paziente, non come un numero in coda”*.

Questo garantisce anche una continuità nella prestazione ricevuta che altrimenti non potrebbe essere fornita dal consultorio pubblico. Inoltre c’è la percezione di poter essere accolta più adeguatamente oltre ad avere la possibilità di effettuare ecografie ed analisi al momento. Ad incidere sono anche precedenti esperienze negative al consultorio pubblico, il numero esiguo di consultori pubblici e i tempi di attesa decisamente più brevi. Alcune donne hanno dichiarato di preferire i ginecologi privati per il migliore servizio che offrono ma che invece non hanno la possibilità economica per accedervi.

Le risposte alla domanda:

- Sì nel 51,5 %;
- A volte per il 25,8 %
- Solo il 22,7 % delle donne preferisce il consultorio pubblico.

### **2.3 Che tipo di accoglienza hanno ricevuto nei consultori ?**

Circa l’80 % delle rispondenti si sono dette soddisfatte dell’accoglienza ricevuta all’interno dei consultori. Questo dimostra che la maggioranza dei/le ginecologi/ghe dimostrano professionalità e sensibilità nel ricevere l’utenza, questo si è riscontrato anche nelle narrazioni riportate nei questionari. Tuttavia, esiste una fetta di personale nei consultori che invece non riesce a soddisfare le esigenze dell’utenza e che non dimostra un atteggiamento dispo-

nibile, come possiamo notare nei dati riportati qui sotto. Soprattutto le donne più giovani (fino ai 30) hanno avuto esperienze negative.

Qual è stata l’esperienza al consultorio?

- Il 5,7 % non è riuscita a risolvere il proprio problema.
- Il 9,6 % non è stata trattata in maniera professionale.
- Il 15,3 % si è sentita giudicata.
- Il 19,2 % non si è sentita accolta.
- Il 21,2 % è stata trattata con distacco e in maniera molto formale.

Di seguito si riportano le esperienze raccontate da alcune donne ai consultori caratterizzate dal giudizio della mancanza di sensibilità e rispetto.

*“... un’altro contatto che ho avuto con questo servizio è stato in occasione di una gravidanza indesiderata della mia coinquilina dei tempi dell’università. Aveva 24 anni ed era stata ‘sedotta’ da un portoghese in vacanza. Scoprimmo insieme della gravidanza ed insieme ci recammo al consultorio. Ricordo molto bene il senso di vergogna che sentivo insieme a lei, e l’attesa nella sala dell’ospedale piena di ragazze che, con gli occhi bassi, evitavano lo sguardo altrui. La mia coinquilina era sconvolta, stanca. Il personale l’ha accolta, le hanno chiesto più volte perché avesse deciso di abortire. Poi fecero un’ecografia, io la attendevo fuori, ma mi ha sempre detto che l’ecografia è stata la cosa più terribile perché il personale non le ha quasi rivolto la parola e non ha avuto un briciolo di sensibilità mentre mostrava alla collega la comprovata gravidanza sullo schermo.*

*L’interruzione venne organizzata pochi giorni dopo, in day hospital, con l’ausilio della pillola. In sostanza la mia coinquilina non ha incontrato obiettori di coscienza. Il suo doloroso percorso non ha avuto ‘impedimenti’. La mia*

*impressione di accompagnatrice ed i suoi racconti però narrano l'esigenza profonda di formazione all'accoglienza ed al rispetto".*

*"Una volta mi hanno fatto la 'ramanzina' per la pillola del giorno dopo, non credendo che si era rotto il profilattico anche se era realmente così. Quando ho deciso di fare l'interruzione di gravidanza mi sono sentita accolta e non giudicata : mi hanno dato la possibilità di pensarci bene e non hanno provato a convincermi in un senso o nell'altro."*

### **1.3 Sono state rifiutate loro delle prestazioni? Diritti VS obiezione di coscienza**

La presenza di obiettori all'interno dei consultori fa sì che non vengano garantite alcune prestazioni fondamentali:

le donne dichiarano che nei consultori hanno incontrato personale che si è rifiutato ad esempio di prescrivere la pillola del giorno dopo/5 giorni dopo, di emettere certificato medico attestante lo stato di gravidanza e di prescrivere rimedi contraccettivi.

Gli obiettori sono presenti anche in farmacia : circa 1/5 delle donne ha dichiarato di conoscere casi di diniego della pillola del giorno dopo.

Le risposte relative alle difficoltà incontrate:

- Prescrivere la pillola del giorno dopo/5 giorni dopo : 9,7 % dei casi.
- Dare il certificato medico per l'aborto: 5,9 % dei casi.
- Prescrivere rimedi contraccettivi : 5 % dei casi.

Nei suddetti casi si trattava di ginecologo/a per 82,3 % dei casi e di ostetrico/a nel 25 %.

Il 18,2 % delle donne è a conoscenza di farmacisti che hanno rifiutato di vendere la pillola del giorno dopo.

## **2. ABORTO : UNA LEGGE ANCORA NON APPLICATA**

### **2.1 Quali sono le esperienze di interruzione volontaria di gravidanza?**

Le donne che ci hanno raccontato le loro esperienze di interruzione di gravidanza ci hanno restituito un quadro molto problematico caratterizzato dall'umiliazione, giudizio, mancanza di rispetto e di tatto, lunghe attese e mancanza di informazioni da parte del personale medico.

Alcune donne hanno dovuto aspettare molto a lungo fino al limite del tempo massimo consentito, anche a causa della presenza di personale obietto.

*"Ho dovuto aspettare 3 giorni dal momento della decisione perché il giorno che sono andata in ospedale tutti i medici di servizio erano obiettori, e anche i due giorni successivi ci sarebbero stati solo obiettori . Sono stati tre giorni lunghissimi in cui ho davvero subito psicologicamente un crollo totale. Ma dell'aspetto psicologico a nessuno dei professionisti è sembrato importare granchè .... Il giorno che ho avuto l'interruzione non mi è stato spiegato molto di come sarebbe avvenuto, con il risultato che ero impreparata ad affrontarlo".*

La maggior parte delle narrazioni delle donne ci hanno rivelato che, pur non avendo incontrato obiettori di coscienza nel loro percorso di interruzione di gravidanza, hanno vissuto esperienze traumatiche a causa dell'atteggiamento giudicante del personale medico come dimostra il seguente racconto.

*"Ho abortito a diciassette anni, con il fortunato sostegno dei miei genitori. Il personale ospedaliero e l'assistente sociale hanno avuto atteggiamenti tra l'inquisitorio e l'accusatorio, non è stato bello. Ho dovuto giustificare la relazione che avevo con il ragazzo. Ho dovuto aspettare un mese per abortire. Se non altro, anche grazie al fatto che la mia ginecologa privata lavorava pure in un consultorio, la possibilità*

*che io abortissi non è mai stata messa in dubbio da obiettori eventuali. A sentire tante altre storie, mi sento comunque una privilegiata”.*

Le esperienze peggiori si sono verificate negli ospedali dove le donne si sono rivolte per l'interruzione di gravidanza. Si nota infatti una notevole differenza in termini di accoglienza fra consultori e ospedali. Tante ci hanno raccontato della mancanza di tatto e sensibilità da parte del personale medico, oltre ad essersi sentite sotto accusa, sono state sottoposte ad una degenza per loro inadeguata essendo ricoverate nel reparto maternità e nella stessa stanza con donne che avevano appena partorito, oppure è stata somministrata loro la RU486 nella sala pranzo dell'ospedale e richiesto di attendere lì.

*“In consultorio sono stata trattata bene. In ospedale mi hanno invece giudicata e fatto aspettare per ore la ricetta.”*

*“Ho effettuato una interruzione farmaceutica presso l'ospedale di Torregalli di Firenze. Finché l'esperienza è rimasta all'interno del consultorio del centro Palagi ho trovato tutta la professionalità e il supporto necessario. La parte orribile è avvenuta in ospedale dove mi sono recata per l'assunzione della pillola. Spazi inadeguati, sono rimasta sotto osservazione aspettando nella sala pranzo delle mamme che avevano appena partorito con parenti e amici che venivano a trovarle e dolori lancinanti. Le infermiere ci hanno trattato malissimo e alcune di loro non nascondevano affatto il loro giudizio.”*

*“Ho preso la pillola abortiva nella mensa dell'ospedale di Torregalli, mentre le altre pazienti pranzavano. Avevo dolori e perdite ematiche su una sedia, non un lettino o una stanza.”*

*“L'ho fatto a 24 anni (anni '80) e lo ricordo come una pessima esperienza. Mentre ero distesa sul lettino i dottori parlavano di vacanze ed io mi sentivo*

*fuori posto, alla fine mi hanno messo in una camera con partorienti ... quando a mia volta ho partorito ho ripensato a quanto era stato deprimente dover assistere alla felicità delle altre e quanto fosse imbarazzante anche per loro avermi in camera, fortunatamente per poche ore.”*

*“Ho fatto una interruzione di gravidanza venti anni fa ed è stata una esperienza dura per l'assenza di sostegno psicologico e per il fatto che sei nel reparto di maternità. Non mi sono sentita propriamente a mio agio in un con-*



*testo di nascite, ecco”.*

Inoltre è da considerare grave la mancata facoltà per le donne di poter scegliere se fare l'aborto chirurgico o farmacologico: nel seguente racconto si riferisce che è stato arbitrariamente rifiutato l'aborto farmacologico imponendo l'aspirazione adducendo ragioni superficiali e caratterizzate dal pregiudizio.

*“Ho accompagnato un'amica per una interruzione di gravidanza ed è stata un'odissea di informazioni sbagliate (Careggi maternità e Morgagni 33).*

*Finalmente riusciamo ad arrivare all'IOT, unico consultorio nel quale era possibile avviare le pratiche, e la mia amica è stata giudicata in maniera superficiale e soprattutto poco professionale per il lato estetico (tatuaggi e piercing), la scelta di non mettere la*

*spirale (avendo le ovaie policistiche preferiva la pillola ma non le è stata data la possibilità di prescriverla) e per la troppa agitazione (le è stato detto che solo le donne forti fanno un'interruzione di gravidanza con la pillola e quindi lei doveva fare l'aspirazione)."*

## **2.2 Cosa significa in Italia abortire ?**

Dopo aver letto questi racconti non ci sorprende il fatto che alla domanda del questionario su cosa significa in Italia abortire le donne ci abbiano risposto così:

- È un percorso a ostacoli, 82,9 %.
- E' una possibilità per molte ma non per tutte : 75,1 %.
- Non è un diritto effettivo : 45,9 %.

## **3. IL LIVELLO DI CONOSCENZA SUI SERVIZI E SULLA CONTRACCEZIONE**

### **3.1 Qual è il livello di conoscenza sull'accesso alla interruzione volontaria di gravidanza?**

La stragrande maggioranza delle donne sa che il termine per poter effettuare l'interruzione di gravidanza è di tre mesi dall'ultima mestruazione e che c'è bisogno di una visita e di un certificato medico, del test di gravidanza di laboratorio (analisi delle urine). Tuttavia, come si può notare dai risultati riportati sotto si registra una scarsa informazione: sembra che se non ci si è passati o non si conosce qualcuna che ha avuto questa esperienza, non si sa cosa succede davvero quando si vuole interrompere una gravidanza.

- Il 50,7 % non sa che esiste la settimana di ripensamento tra la certificazione e l'intervento.
- Il 42,5 % non sa che può rivolgersi al consultorio per IVG senza appuntamento e gratuitamente.

- Il 38,9 % non sa che dovrà fare l'anestesia.
- Il 19 % non sa che esiste l'aborto farmacologico (pillola RU486) entro le 7 settimane.
- Il 20,4 % non sa che la RU486 provoca un aborto.

Alcune risposte rispecchiano inoltre una percezione diffusa di eccessiva medicalizzazione dell'aborto:

- Il 37 % crede che ci sia bisogno di una visita psicologica;
- Il 23 % crede che ci sia bisogno di un colloquio con l'assistente sociale.

Le donne tra i 25 e i 30 anni rappresentano il gruppo che possiede maggiori informazioni ma quelle tra i 14 e i 20 anni sono quelle che ne hanno di meno e in particolar modo quelle fra 14 e 17. Le ragazze più giovani (fino a 25 anni) dimostrano invece di conoscere bene il funzionamento della RU486.

### **3.2 Qual è il livello di conoscenza sui metodi contraccettivi/contraccezione di emergenza?**

Le lacune maggiori si verificano per quanto riguarda la contraccezione di emergenza.

La grande maggioranza delle donne conosce la pillola del giorno dopo (e sa che va assunta il prima possibile e comunque entro le 72 ore) ma poche sanno anche che può essere acquistata in farmacia senza ricette e che esiste anche una pillola che può essere assunta fino a 5 giorni successivi il rapporto sessuale. Inoltre esiste una scarsa consapevolezza che la pillola del giorno dopo/dei 5 giorni dopo non è una pillola abortiva ma semplicemente blocca la funzionalità ovarica.

Le ragazze più giovani (fino a 25 anni) rappresentano coloro che sono in possesso di maggiori informazioni sulla pillola del giorno dopo/dei 5 giorni

dopo.

Qui le risposte sul tema al questionario:

- Il 43,6 % delle donne non sa che la pillola contraccettiva blocca la funzionalità ovarica.
- Solo il 53,1 % conosce la pillola dei 5 giorni (Ellaone).
- Il 45,6 % non sa che la pillola del giorno dopo può essere acquistata in farmacia senza ricetta.
- Il 29 % non sa che la pillola del giorno dopo/5 giorno dopo impedisce la fecondazione dell'ovulo.

## CONCLUSIONI

L'autoinchiesta ha rivelato uno scarso utilizzo dei consultori, soprattutto tra le fasce più giovani, principalmente dovuto alla scarsa capillarità e diffusione dei servizi, fattori che ostacolano sostanzialmente l'accesso libero e gratuito agli essenziali servizi di salute sessuale e riproduttiva.

Come risultante della carenza dei consultori pubblici le donne del territorio fiorentino sono costrette in larga parte a rivolgersi a studi ginecologi a pagamento. Le motivazioni, oltre alla maggiore efficienza dei servizi privati, sono da ricondursi ad una esigenza riscontrata nelle donne di poter trovare un luogo accogliente, dove c'è tempo per parlare e dove si trova sempre la/lo stessa/o ginecologa/o con cui instaurare un rapporto di fiducia. Questi bisogni richiamano in realtà l'originario disegno dei consultori che, sotto l'influenza delle rivendicazioni femministe, erano basati sull'accoglienza, l'ascolto e l'autodeterminazione della donna nel suo percorso di procreazione responsabile. Si può notare quindi come i consultori pubblici attuali siano stati progressivamente svuotati della loro natura riducendo le proprie utenti a numeri di coda. A testimonianza di ciò riportiamo alcuni racconti di donne

che hanno fatto esperienza dei consultori negli anni '70-'80.

*“Ho frequentato e lavorato nei consultori familiari che esistevano negli anni 70/80. Si lavorava in equipe: erano presenti ginecologo, ostetrica, psicologa, assistente sociale e assistente sanitaria. Io era l'ultima figura menzionata e ne ho un gran bel ricordo”.*

*“La mia esperienza personale del primo accesso è stata positiva ed è riferita ai primi anni '80. In un momento in cui i consultori potevano essere molto più vissuti dalle donne, anche*



*per incontri autogestiti come ad esempio nel caso delle 150 donne e salute. Successivamente ho provato ad utilizzare il consultorio anche per visite ginecologiche periodiche e simili ma ho desistito sia per i tempi di attesa che per la difficoltà a creare una relazione empatica con il/la ginecologa/o”.*

*“La mia esperienza risale alla fine degli anni '70 e per noi giovani donne era come sentirsi finalmente in un posto dove potevi porre domande senza vergogna”.*

Tuttavia, possiamo notare che la maggioranza delle ginecologhe dei consultori, seppure in un contesto di carenza di servizi, sta facendo del suo meglio per offrire un servizio soddisfacente. Una degna accoglienza per le utenti non deve essere però semplicemente demandata alla buona volontà del per-

sonale medico; è necessario che tutti gli operatori sanitari (ginecologi/ghe, anestesisti/e, infermieri/e ecc) si adeguino ad un atteggiamento professionale, che prestino un servizio accogliente verso tutte le donne che si rivolgono loro e che ponga attenzione anche all'aspetto psicologico.

L'incontro con gli obiettori nelle varie strutture sanitarie rende difficoltoso il ricorso all'TVG, definito dalla maggior parte delle donne un percorso ad ostacoli. Il 6-10 % delle rispondenti ha dichiarato di aver incontrato personale medico, principalmente ginecologi/ghe che si è rifiutato di prescrivere la pillola del giorno dopo (quando era ancora richiesta la ricetta medica) o di emettere un certificato medico attestante la gravidanza. Si potrebbe pensare che si tratti di percentuali esigue, ma questi casi in realtà rappresentano abusi di obiezione di coscienza in quanto in piena violazione della legge che limita l'obiezione "alle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza e non dall'assistenza precedente e conseguente all'intervento" (art. 9 comma 3 legge 194/78).

Anche quando le donne non hanno la sfortuna di incontrare degli obiettori, le esperienze delle donne che hanno avuto la voglia di raccontarsi svelano quanto l'approccio ai servizi sia spesso caratterizzato dalla mancanza di tatto, di rispetto e dalla sovraderminazione del personale sanitario verso le donne, tutti atteggiamenti riconducibili a violenza ostetrica. Le strutture ospedaliere dove le donne si rivolgono per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza rappresentano i luoghi più problematici e caratterizzati dalla mancanza di sensibilità da parte del personale medico.

Infine la scarsa conoscenza delle donne sulla contraccezione, sulla contraccezione di emergenza e sull'interruzione di gravidanza (e soprattutto su RU486) e sui relativi servizi sanitari mettono in luce il fallimento di uno degli obiettivi fondamentali della legge istitutiva dei consultori familiari che era quello di svolgere educazione sessuale e alla contraccezione. Questo è dimostrato anche dal fatto che le più giovani ricorrono più frequentemente alla pillola del giorno dopo, talvolta utilizzata come dispositivo di contraccezione.



# Uno sguardo storico e critico sui Consultori a Milano e in Lombardia

di Elisabeth COSANDEY\*

Sono passati 40 anni dall'approvazione della legge 405 del 29/07/1975 istitutiva dei Consultori Familiari. La Lombardia adotta un anno più tardi una legge regionale con questo titolo: *“Istituzione del servizio per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, all'infanzia e alla famiglia.”*

E' un bel pezzo di storia che conviene evocare seppure facendo solo brevi accenni, ed è possibile rileggere questo percorso in varie fasi:

## 1.LE LOTTE DEL MOVIMENTO DELLE DONNE CHE COINVOLGONO ANCHE IL SINDACATO

La nascita nel 1970 di piccoli gruppi di autocoscienza composti di sole donne può essere considerato il punto di partenza di una nuova pratica politica. Le donne fanno storia con le loro esistenze, con la loro vita, con il loro corpo, sorgono così i collettivi. Le donne rompono il silenzio e denunciano che i rapporti personali si fondano sullo sfruttamento economico e sessuale. Tutto questo porta a una rottura di schemi tradizionali di comportamento: maturano e si realizzano idee, progetti per modificare la vita di tutti i giorni. Nascono nidi e asili autogestiti, si aprono consultori e centri di medicina per la donna, si diffonde la pratica del *“self help”*, si pratica l'aborto col metodo dell'aspirazione. Le donne lavoratrici e soprattutto le donne operaie hanno molti pregiudizi nei confronti del movimento femminista. Fantasie di guerra contro la famiglia, paura di svelamenti rispetto alla propria sessualità nascosta e sconosciuta. Se sono delegate sindacali o sindacaliste a tempo pieno, queste donne devono affrontare tutte le resistenze dovute alle

rigidità e alla gerarchia delle loro organizzazioni tipicamente maschili. Dei risultati comunque si ottengono a partire dai coordinamenti donne (coordinamenti di categoria e poi intercategoriale). Si arriva così all'approvazione della legge 405.

La Federazione milanese CGIL-CISL-UIL nel novembre 1975 giudica positivamente la legge nazionale riconoscendo quanto incida la realtà della fabbrica e la realtà sociale sulla salute della donna. *“Rispetto al problema della salute, riveste particolare importanza acquisire conoscenze: per saper intervenire meglio sulle patologie, per sapere avviare un corretto rapporto fra lavoratrici e operatori sanitari...”*, *“socializzare la medicina ..significa avviare un processo di crescita collettiva che saprà fare giustizia dell'uso sovente anti-popolare e mistificatorio della medicina”*. *“Il consultorio dovrà essere collegato con lo SMAL (servizio di medicina per gli ambienti di lavoro) occupandosi di prevenzione sul luogo di lavoro; nella battaglia contro gli aborti bianchi, le alterazioni dello sviluppo corporeo, le gravidanze difficili per causa di lavoro.”*

In diverse fabbriche di Milano e provincia le operatrici dei Consultori entrano per delle assemblee e anche per eseguire i pap-test, la palpazione al seno. Ma lo strumento con il quale si è realizzato una vera saldatura tra la cultura femminista, le lavoratrici e le casalinghe sono stati i corsi monografici 150 ore sulla salute della donna. La crescita di coscienza della propria condizione è un risultato di quasi tutti i corsi. Nella diversità c'è comunque un riconoscimento reciproco, un desiderio di rivedersi alla fine del corso per approfondire i problemi. In tante hanno scritto su questa esperienza.

*\*Medicina Democratica, Milano.*

## 2. DARE UNA FORMA A QUESTO NUOVO SERVIZIO. IL PROBLEMA DELLA RAPPRESENTANZA.

In questi primi anni di funzionamento c'è un intenso lavoro di programmazione, di discussione tra le utenti e le operatrici per organizzare le attività all'interno e all'esterno del consultorio. Si vanno a individuare le richieste per cui le donne si rivolgono al consultorio: in primis per la contraccezione, poi per l'IVG (Interruzione Volontaria della Gravidanza). Si va a verificare se gli strumenti tecnici del personale sono i più idonei per rispondere alle richieste provenienti dalla realtà sociale. Ci sono scambi, ma anche molte tensioni tra le donne entrate a far parte dei Comitati di gestione dei Consultori che sono stati istituiti a Milano nel 1981 e poi rivisti nel 1983. Il movimento delle donne e i collettivi si ritrovano nelle assemblee delle utenti. Emergono linee di tendenza che danno ragione a chi nel servizio adotta un approccio globale volto alla prevenzione (gruppi periodici di incontro informativo, scambi di esperienze, elaborazione dei vissuti realizzati in concomitanza con le visite). Successivamente si affievolisce lo slancio delle utenti organizzate e le rappresentanti delle donne nel Comitato di gestione cercano ancora per qualche anno di garantire la specificità del Consultorio.

## 3. SCOMPARSA DELLA PARTECIPAZIONE. IL CONSULTORIO E LE USSL

A questo punto la linea di difesa delle specificità del servizio è data dalle due leggi nazionali e regionali. Le USSL lo hanno ereditato come una sorte di "corpo estraneo". Non sono servizi competitivi rispetto agli ospedali, quindi non meritano una grossa attenzione, né in termini di attività e neanche di dotazione di personale. Da parte delle operatrici resiste una pratica professionale consolidata, un lavoro di equipe, molte energie e una volontà di rispondere con disponibilità alle utenti. Si scontrano puntualmente con l'amministrazione per ottenere le garanzie igieniche e di astaticità necessarie per le prestazioni ginecologiche e ostetriche, per il decoro delle sedi, per poter andare sul territorio. Molte operatrici sono anche attive politicamente. Sono anni di buona resistenza, ma senza investimento

istituzionale.

La trasformazione delle USSL in aziende sanitarie locali con le leggi 502/92 e 517 del '93 cambia la filosofia e la fisionomia del sistema sanitario nazionale. Si può dire che c'è una incompatibilità tra una regia aziendalistica e il consultorio. La nuova impostazione si regge sulle prestazioni, sulla spesa, sui centri di costi, sicuramente non considera la prevenzione.

La lunga gestione della sanità del periodo formigoniano dal punto di vista ideologico vuole rimettere al centro i problemi della famiglia. Nascono molti consultori d'impronta cattolica e anche integralista. La politica degli accreditamenti e della parità tra servizi pubblici e privati hanno visto operare in Lombardia 56 consultori privati sul totale di 131 a livello nazionale nel 2014.

Vediamo più in dettaglio qualche esempio a partire dall'aumento percentuale dei consultori privati tra il 2005 e il 2014.

Brescia: passa dal 8,7% al 51,4%  
Monza: passa dal 16,7% al 40,0%  
Pavia: passa dal 6,7% al 38,9%  
Milano: passa dal 30,0% al 37,3%  
Sondrio: sempre 0%

Un altro importante attacco al servizio riguarda l'introduzione dei ticket con varie delibere della giunta regionale contravvenendo all'art. 4 della legge 405. Rimangono alcune esenzioni per la gravidanza ed altre legate alla povertà o a progetti locali. Non sono previste quelle per la contraccezione che era un punto essenziale nell'operatività del consultorio. L'ammontare poi dei ticket nel pubblico spetta alla regione, quello dei privati rimane nelle casse locali come anticipo delle remunerazioni che verranno saldate in base alle prestazioni eseguite.

Un ulteriore ostacolo che cambia la fisionomia del servizio avviene nel 2012 in seguito alla introduzione del ticket nazionale sulle prescrizioni di esami e prestazioni. La Lombardia rimodula i ticket ma contemporaneamente richiede una prescrizione medica per accedere al servizio. Viene così a cadere il libero accesso e il rispetto della privacy. L'obbligo di ricetta verrà tolto per gli interventi a carattere psicologico dopo la battaglia dell'ordine professionale.

Se pensiamo alla propensione degli italiani ad andare nel privato, e se vediamo che a Milano sono spuntati come funghi centri medici low-cost, si capisce che i ticket imposti scoraggiano l'utenza che potrebbe rivolgersi ai consultori. Anche qui qualche esempio:

- prezzo del ticket per la prima visita ginecologica: 22,50 €
  - Ecografia ostetrica: 44,87 €
  - Ciclo di training prenatale: 171 €
- (quando l'importo massimo di un ticket è di 67 €).

La politica di Formigoni e poi di Maroni diventa francamente miserevole quando propaganda nuove misure e cioè il "Fondo Nasko" (3.000 €) e poi il "Fondo Cresco" (900 €). Una erogazione in denaro, poco in verità considerando l'impegno che la donna prende nell'adesione ad un progetto personalizzato. La misura Nasko è destinata unicamente alle donne che rinunciano alla IVG. Etica dove sei? La misura Cresco riguarda solo l'acquisto di prodotti alimentari per il bimbo/a. Le operatrici dei consultori pubblici hanno subito espresso grandi perplessità; hanno anche impedito che i CAV (Centri aiuto vita) principali paladini di queste misure potessero avere uno spazio dentro il consultorio. Ora questi 2 provvedimenti sono stati superati dal Bonus Famiglia peraltro sempre legato all'accettazione ad essere seguiti dai servizi. Prevale un'ottica assistenzialistica.

*"...E il naufragar m'è dolce in questo mare..."* di questo verso poetico rimane solo il naufragare pensando alla legge ultima del 2015, legge che si chiama "evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo".

Cercate pur nelle numerose pagine di questa legge dove si colloca il consultorio, si fa molta fatica a trovarne traccia. Si parla di unità d'offerta che "la Giunta definisce con successivi provvedimenti, ... i criteri e le modalità di riordino e di riqualificazione della rete socio-sanitaria...nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e della non autosufficienza." Ecco la donna, soggetto fragile ma perno essenziale

per badare alle altre mille fragilità familiari e sociali.

Infatti già da qualche anno, le mansioni attribuite alle singole operatrici si sono diversificate: il consultorio risponde al Tribunale dei Minori nei casi di affidi, tutela, abusi. Se ne occupano le psicologhe e le assistenti sociali. Queste ultime in certi territori fanno parte della commissione invalidi. Le psicologhe seguono bambini e adolescenti con colloqui e psicoterapia. Questo ampliamento del lavoro va ad incidere sul tempo e le modalità di lavoro in equipe senza contare che le ginecologhe sono a tempo parziale o sono consulenti.

Già l'equipe. Sarebbe uno dei punti di forza del servizio ma questo è fortemente indebolito dai modelli organizzativi imposti. Sono proprio questi modelli che riesumano una specie di gerarchia dei saperi (i laureati e il comparto), a volta lotte tra ordini professionali, per tutti un appiattimento sulle proprie mansioni e ruoli.

Prima di passare alle proposte è utile ritornare sulle qualità essenziali per non tradire la specificità del consultorio.

### **Il significato dell'accoglienza**

Il poter parlare di sé, dei propri desideri o difficoltà, il sentirsi una persona intera non ridotta alla mera richiesta di un intervento sanitario, il poter fare domande, esprimere dubbi e preferenze, il poter dire: non ho capito o non lo voglio, tutte queste cose si esprimono nel tempo, il tempo del colloquio, il primo accesso al servizio. Dall'altra parte chi ti accoglie deve essere capace di ascolto, un ascolto attento e rispettoso senza pregiudizio. Queste capacità non sono "naturali" ma frutto di una formazione. Chi svolge il primo colloquio è l'assistente sanitaria o l'infermiera; più raramente l'assistente sociale. Nel colloquio si compila anche la cartella con i dati anamnestici o medici e la richiesta di intervento. Rappresenta anche un momento informativo. Infatti nei casi dove l'oggetto sono la contraccezione o l'IVG sono necessarie delle informazioni preliminari per orientare la scelta e aumentare la consapevolezza della donna.

### **L'integrazione delle competenze**

Se riprendiamo i contenuti del colloquio di

accoglienza vediamo che questo colloquio e i dati raccolti saranno molto preziosi nel caso della successiva visita ginecologica. L'integrazione delle due competenze è finalizzata all'efficacia della prestazione stessa. Un buon colloquio pre IVG favorirà il ritorno in consultorio dopo l'intervento per la contraccezione. La presenza di una mediatrice linguistico-culturale aiuta grandemente le donne straniere e le operatrici a ridurre il gap esistente. La conoscenza del quartiere, delle famiglie che lo abitano da parte dell'assistente sociale può facilitare il monitoraggio di situazioni gravemente a rischio.

### La prevenzione

Dobbiamo ricordare sempre che la promozione della salute dovrebbe essere al centro delle politiche sanitarie e soprattutto sociali. Pensare che ogni fase della vita ha dei bisogni specifici. L'esperienza di gruppi all'interno del consultorio o all'esterno, ad esempio nelle scuole, fa parte del suo patrimonio. Queste modalità si sono ridotte nel tempo. Sussistono negli spazi giovani, nei gruppi di preparazione al parto, nei gruppi di massaggio del bambino piccolo. La caratteristica di questi gruppi sta in un trasferimento di competenze o di consapevolezza, il cosiddetto empowerment. Non è un'offerta permanente, dipende dalle risorse dell'equipe del consultorio e se viene considerato importante. La proposta non parte dalle donne, i contenuti sono già fissati. Dovendo fare delle proposte si auspica un'apertura ad altri temi e bisogni.

### Proposte

Sono già state elencate in precedenti convegni delle proposte per la garanzia e il miglioramento del servizio consultoriale. Accanto a queste richieste dovremo vedere come fare perché il consultorio sia **un luogo di donne per le donne**, un luogo del collettivo. Irene Strazzeri nel suo libro *“La resistenza della differenza”* coglie bene il fatto *“della soggettività che si è ritirata in una*

*sorte di solitudine atomistica”*, *“indifferenti verso tutto ciò che non rientri immediatamente nella dimensione autoreferenziale dell'io, appariamo in prima istanza estranee più che ostili, ... chiuse in un circolo immunitario che preserva il nostro stare al mondo da ogni attivo coinvolgimento nella sfera sentimentale, sociale e politica.”*

L'organizzazione di questa società sempre più veloce e mobile non tiene conto di bisogni più profondi. Nei luoghi di lavoro mobbing, stress e competitività creano divisioni e solitudini. Anche se di colore diverso la solitudine può essere sperimentata dalla giovane che si sposta per studiare e perde i suoi punti di riferimento consueti, dalla giovane madre staccata dalla famiglia di origine che si ritrova tra pappe e pannolini quando tutti gli altri escono di casa, corrono verso le proprie attività.

Vanno rimessi in primo piano le esigenze del confronto, il piacere di arricchirsi con lo scambio di esperienze, con l'approfondimento di nuove conoscenze. Come ha detto una operatrice di un consultorio bisogna ricostruire dei gruppi pensanti. Aggiungo paritari e senza delega.

A questo punto la spinta la deve dare il movimento delle donne per rientrare nel consultorio con richieste precise indirizzate alla direzione dell'azienda sanitaria, in Lombardia alla ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale ex Aziende Ospedaliere). Chiedere ad esempio di avere lo spazio per un'assemblea, o per un incontro con il personale. Fare anche richieste per organizzare una serie d'incontri su singoli temi, da quelli più vicini al corpo e alla sessualità, a quelli che riguardano rischi insiti nel mondo del lavoro o nell'ambiente e che interferiscono sulla salute fisica e psichica o sulla salute riproduttiva.

Quindi un consiglio: armarsi di pazienza e di tenacia, le istituzioni sono spesso sorde e poco disponibili.

Ma siamo maree ...



# Il valore dell'ascolto e dell'accoglienza

di Lucia CASSANELLI\*

Vorrei portare un contributo specifico e descrittivo del lavoro in consultorio svolto come assistente sanitaria visitatrice dopo aver descritto in quale contesto ho potuto operare. Parlo al passato perché mi riferisco ad un modello di cui all'oggi rimangono alcuni interventi ma che ha perso la filosofia ispiratrice dell'inizio della sua storia.

Il Consultorio è ubicato nel decentramento amministrativo corrispondente al centro storico di Milano e corrisponde al Distretto sanitario 1.

Questo decentramento è caratterizzato da un'estensione minore delle aree di residenza rispetto agli altri decentramenti cittadini, per la presenza di sedi e istituzioni storiche, il settore terziario e quaternario. Essendo il centro cittadino un'area frequentata per motivi di lavoro o di studio, (in quanto sono presenti sedi universitarie) e per motivi turistici e per lo shopping, questi fattori caratterizzano l'utenza del servizio: meno utenti residenti rispetto a utenti che vi lavorano o studiano e che scelgono la sede consultoriale perché comoda, a metà strada tra lavoro e casa.

Questo consultorio è stato aperto alla cittadinanza l'8 marzo del 1982, e vi opera un'équipe multidisciplinare composta da due ginecologhe, un andrologo, un'ostetrica, un'infermiera, un assistente sanitaria, due psicologhe, due assistenti sociali, un avvocato, due mediatrici linguistico culturali (una di cultura araba e una filippina), oltre alla scrivente. Tutto il personale del Consultorio è femminile, ad eccezione dell'andrologo

La legge della Regione Lombardia (n.44/76) istitutiva del servizio, contempla le finalità e

le prestazioni che il Servizio eroga per l'attività preventiva per la tutela della salute riproduttiva femminile e maschile. I compiti istituzionali comprendono, oltre all'assistenza della donna prima e durante la gravidanza, il puerperio, anche l'assistenza all'armonico sviluppo della sessualità individuale e l'educazione sessuale del singolo, a partire dall'adolescenza. Inoltre sono previste la consulenza e la prescrizione dei metodi contraccettivi per la prevenzione della gravidanza indesiderata e l'eventuale assistenza alla donna che richiede l'interruzione volontaria di gravidanza, come contemplata dalla legge 194/78. La tutela comprende anche la prevenzione dei tumori femminili, l'assistenza della donna in menopausa, l'assistenza alla coppia e alla famiglia nelle fasi di disagio relazionale.

L'azione preventiva viene svolta sulla popolazione sana attraverso visite e consulenze ginecologiche e ostetriche, corsi di preparazione al parto e incontri di gruppo con neomamme per il sostegno all'allattamento al seno e alla genitorialità, gruppi di educazione sanitaria e colloqui informativi, in coerenza con il mandato istituzionale. Per il raggiungimento di questo obiettivo vengono anche svolti su richiesta, incontri formativi sulle *Life Skills* (abilità cognitive, emotive e relazionali di base) rivolti ai docenti delle scuole primarie e secondarie di secondo grado.

L'attività di *counselling*, sanitario e sociale, le consulenze psicologiche e le psicoterapie brevi, rispondono ai bisogni socio sanitari dell'utenza, di cui le donne sono numericamente prevalenti sui maschi.

I bisogni sanitari delle donne cambiano a seconda della fascia d'età, per cui l'utenza

\*Assistente  
Sanitaria  
Visitatrice.

accolta è compresa tra l'età adolescenziale e menopausale.

Il servizio resta connotato al femminile, ma è anche vero che le donne sono più attente alla loro salute, infatti lo spazio andrologico attivo da anni, è in proporzione meno usato dalla popolazione maschile.

L'utenza femminile è eterogenea per età, stato civile, provenienza (molte donne giovani provengono da altre regioni o città lombarde, per gli studi universitari, lauree triennali, magistrali, master, o per lavoro), nazionalità, scolarità, professione.

Le fonti attraverso cui l'utenza viene a conoscenza del servizio sono prevalentemente Internet e il passaparola. La popolazione può utilizzare il consultorio che preferisce, ma la tendenza è quella di orientare le donne verso la sede più comoda, per evitare lunghe distanze, visto il problema del corretto utilizzo del tempo, legato all'impegno di lavoro e all'impegno familiare.

Le donne straniere con regolare permesso di soggiorno ricevono le stesse prestazioni delle donne autoctone, mentre quelle senza permesso di soggiorno hanno diritto solo alle prestazioni urgenti ed essenziali previste dal codice regionale STP.

Le due mediatrici linguistiche culturali affiancano tutti gli operatori nelle diverse fasi di lavoro. Per quanto riguarda le donne filippine, vengono regolarmente coinvolte in incontri di gruppo sulla gravidanza, prestazione prevalente per questa etnia.

Le modalità e tempi di lavoro del Consultorio non sono ad oggi rigidamente regolamentati dalla produttività. Ad ogni nuovo utente che accede al servizio viene offerto un colloquio di accoglienza che è un momento importante in quanto rappresenta la "filosofia del servizio", cioè la presa in carico in modo olistico della persona, contemplando gli aspetti bio-psico-sociali che il concetto di salute ci porta a considerare.

Il colloquio d'accoglienza è una parte del mio lavoro che viene svolto quando la richiesta è di tipo sanitaria. Questa fase di lavoro comporta la raccolta dei dati anagrafici e anamnestici remoti e recenti, le abitudini di vita, (alimentazione, fumo, sostanze alcoliche, droghe, stress, abitudini sessuali), la contraccezione e il bisogno sanitario, che

hanno portato le donne a rivolgersi al Consultorio.

Il colloquio è uno spazio d'ascolto prezioso, in cui la donna racconta, oltre al bisogno sanitario del momento, anche la sua storia socio affettiva, e le sue relazioni familiari o di coppia. L'obiettivo del colloquio è instaurare la relazione d'aiuto attraverso un ascolto attivo, l'intervento pedagogico di educazione sanitaria e l'individuazione del bisogno inespresso. Se il caso lo richiede si invia l'utente anche agli altri professionisti dell'equipe. Inoltre vengono date informazioni generali sul Consultorio per sensibilizzare l'utente ad un corretto uso del servizio, oltre all'opportunità di farlo conoscere ad altri. L'efficacia di questa prestazione è che le informazioni date possono raggiungere altre persone collegate all'utente.

I bisogni sanitari portati dalla popolazione femminile sono in particolare il controllo ginecologico preventivo, la contraccezione, il pap-test, la gravidanza fisiologica, l'interruzione volontaria di gravidanza, il puerperio, la piccola patologia ginecologica, la prescrizione della pillola del giorno dopo, le difficoltà sessuologiche, il cambiamento menopausale.

La procedura di lavoro comporta che dopo il colloquio venga fatta la presentazione del caso alla ginecologa la quale procede poi alla consulenza ed alla visita ginecologica. L'integrazione delle due competenze è finalizzata all'efficacia della prestazione.

In seguito la donna potrà continuare a utilizzare il servizio nel tempo.

L'attenzione va a questa fase di lavoro, perché è il mezzo per conoscere le numerose "storie personali" di donne giovani o adulte, ed è la loro "narrazione" che dà senso al colloquio.

Ho raccolto per questo articolo alcuni spunti sintetici per esemplificare ciò detto poco prima.

- Donna di circa 30 anni, nata a Milano, nubile, laureata, lavora come insegnante in un istituto superiore della città. Convive da un anno e mezzo con il partner coetaneo, con cui ha una relazione di coppia stabile e soddisfacente da sei anni. Nessuna gravidanza. Buone relazioni con la famiglia d'o-

rigine. Si è rivolta al servizio tramite un'amica già utente perché desidera sottoporsi alla visita ginecologica, in quanto sono trascorsi 10 anni dall'ultimo controllo. Si è sentita sollecitata a venire perché tramite l'esecuzione di una risonanza magnetica sono state evidenziate delle cisti ovariche. Non richiede consulenza contraccettiva perché si sente pronta ad affrontare un'eventuale gravidanza.

Alla fine del colloquio la donna viene sensibilizzata a non far passare troppo tempo da una visita e l'altra, anche in preparazione della probabile gravidanza desiderata.

- Donna di 26 anni, nata a Napoli dove è ancora residente, nubile, laureata, lavora come impiegata. Si è trasferita a Milano nel 2010 per motivi di lavoro ed è riuscita a inserirsi senza disagi in ambito socio-lavorativo; condivide un appartamento con un'altra ragazza. Da due anni circa ha una relazione di coppia stabile con partner poco più anziano di lei. Ha conosciuto il servizio tramite internet, e l'esigenza di venire in Consultorio è sorta dal bisogno di avere una consulenza contraccettiva. L'utilizzo da tempo del profilattico non la rassicura dal rischio di una gravidanza indesiderata e vorrebbe iniziare l'assunzione della pillola. Si procede alla consulenza contraccettiva e la signora si orienta per la pillola, per cui si conclude con la presentazione delle modalità d'assunzione del metodo, per garantire l'efficacia contraccettiva. Inoltre si sollecita l'utente a contattare il servizio in caso di intolleranza e al rispetto dei controlli previsti dal protocollo.

- Donna di 28 anni, nata in un paese scandinavo, nubile, studentessa universitaria. Proveniente dalla Svezia, vive a Milano da pochi anni e il motivo dell'immigrazione è stata la scelta di vivere con il partner italiano e il desiderio di intraprendere un percorso di studi, nonostante sia madre di due figli uno di sei e uno di tre anni. Si è presentata in Consultorio senza appuntamento su indicazione di altri operatori sanitari, per la prescrizione della pillola del giorno dopo a causa di un rapporto sessuale a rischio. Per il servizio questa richiesta rientra tra le pre-

stazioni urgenti. Durante il colloquio emerge il bisogno inespresso di voler assumere un contraccettivo sicuro, dal momento che la coppia non desidera altri figli. Si procede alla consulenza contraccettiva e la signora sceglie l'anello vaginale, metodo ormonale come la pillola. La ginecologa dopo la visita consegnerà alla signora la prescrizione del metodo contraccettivo.

- Donna di 32 anni, nata in Perù, nubile, operaia, in possesso di diploma di scuola



media superiore. Proveniente dal Perù vive in Italia da 10 anni, e vive con il partner colombiano di 40 anni, con cui ha una relazione stabile da due anni. E venuta a conoscenza del Consultorio tramite altri operatori sanitari, e si presenta per il rilascio dell'attestato di interruzione di gravidanza. Questa scelta difficile è motivata dalle precarie condizioni economiche della coppia, dal progetto migratorio personale di continuare l'attività lavorativa per garantire il mantenimento della figlia (come di frequente viene rilevato) che vive in Perù, con i nonni materni. La signora aveva utilizzato la pillola, ma, come a volte accade, l'ha sospesa spontaneamente per stanchezza psicologica. A fine colloquio si presenta l'iter previsto dalla legge 194, e si concorda un nuovo controllo in Consultorio a distanza dall'intervento.

Dalle sintesi dei colloqui sopra esposti, che non fotografano per intero le peculiarità del vissuto femminile, emerge il dato costante della mobilità, da quella interna, regionale e

interregionale, a quella internazionale, per l'importanza economica e lavorativa che riveste la città di Milano. La relazione tra la salute e la mobilità va considerata, perché quest'ultima comporta la fatica di superare il cambiamento, non solo culturale e ambientale, ma anche delle relazioni socio-affettive. Questa fase comporta una condizione di fragilità personale a volte causa di disturbi psicosomatici. La fragilità conseguente al cambiamento è maggiormente amplificata nelle donne migranti che affrontano il progetto migratorio da sole, facendosi carico del sostentamento dei familiari, i genitori, il coniuge, i figli, rimasti al paese d'origine. Per garantirsi la continuità lavorativa scelgono a volte di non proseguire la gravidanza, o accettano orari di lavoro (es. per le badanti) che limitano il tempo da dedicare a se stesse, come anche occuparsi dei loro bisogni di salute. Solo col tempo queste donne riconoscono anche il bisogno di emanciparsi rispetto al modello tradizionale familiare del paese di provenienza.

Un altro dato costante significativo nella popolazione femminile in età riproduttiva è l'investimento personale per la realizza-

zione dell'iter di studio e successivamente l'inserimento e l'affermazione nel mondo del lavoro determina la scelta dello spostamento della prima gravidanza in età più avanzata, oppure la scelta di interromperla. Affrontare l'esperienza della gravidanza e del post-parto, può portare la donna a sentirsi più sola, in un contesto urbano dove ci si può anche ritrovare senza una rete parentale, in una fase della vita in cui si ha bisogno di vicinanza familiare. Ed è in questi casi che il servizio può in parte compensare queste carenze.

Come in passato ancora oggi la popolazione femminile vive la difficoltà nel gestire il doppio ruolo di madre e di lavoratrice. Questo impegno quotidiano che comporta anche la scelta del part-time, e la rinuncia a investire nella professione, oltre a divenire nel tempo una fatica da non sottovalutare, può essere anche motivo di trascuratezza e disattenzione ai propri bisogni di salute.

Attraverso i racconti femminili emergono anche le condizioni di coppia e quindi in parte anche il mondo maschile, mediato dai racconti, e i suoi comportamenti rispetto alle scelte contraccettive, l'interruzione di gravidanza e il ruolo di genitore.



# Essere donna essere persona con disabilità

di Silvia CUTRERA\*

Se dovessimo misurare il grado di civiltà della nostra società utilizzando come parametro il livello di inclusione delle persone con disabilità nel nostro paese, il risultato sarebbe negativo. Nonostante la *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* sia diventata legge italiana da dieci anni, introducendo un nuovo paradigma basato sul rispetto dei diritti umani, sono ancora molte le situazioni in cui le persone con disabilità subiscono discriminazioni. Mancano politiche di sviluppo per sostenere l'occupazione e la qualità dell'inclusione scolastica, risorse per vivere in modo autodeterminato e indipendente, interventi per eliminare barriere architettoniche e sostenere mobilità accessibili, azioni di sensibilizzazione e tutela per le ragazze e donne con disabilità maggiormente esposte al rischio di discriminazione multipla. Tali condizioni comportano emarginazione e isolamento precludendo la possibilità di progettare la propria vita e il proprio futuro con le stesse opportunità riservate ad ogni essere umano, di conseguenza le persone con disabilità sono, loro malgrado, una minoranza marginale, confinata nello spazio stigmatizzato riservato ai diversi. In un contesto sociale incapace di accogliere l'altro, il diverso, e che nell'identità unica trova la garanzia della propria stabilità, il fatto di non essere come gli altri condanna a privazioni e avversità e certamente le ragazze e le donne con disabilità subiscono multiple discriminazioni. Il notevole impegno del Movimento Internazionale delle donne con disabilità ha conseguito infatti un importante riconoscimento ottenendo che il riferimento al genere fosse inserito in diverse parti della Convenzione: nel preambolo, negli artt. 3, 8,

16, 25 e 28, mentre l'art.6 è stato interamente dedicato all'argomento.

Il preambolo riconosce che le donne e le ragazze con disabilità corrono spesso maggiori rischi, all'interno e all'esterno dell'ambiente domestico, di violenze e abusi, di essere dimenticate, maltrattate e sfruttate, specie le donne che non sono in grado di autodeterminarsi.

L'art. 3, tra i principi generali, ribadisce la parità tra uomini e donne. L'art. 8 riconosce l'importanza dell'accrescimento della consapevolezza per adottare misure efficaci allo scopo di combattere gli stereotipi, pregiudizi e pratiche dannose relativi alle persone con disabilità compresi quelli basati sul genere. L'art. 16 dedicato al diritto di non essere sottoposti a sfruttamento, violenza e maltrattamenti, prescrive di adottare tutte le misure idonee a contrastare le violenze di genere, nell'ambito delle forme di abuso rivolte alle persone con disabilità e di tener conto della prospettiva di genere nell'assunzione delle azioni volte alla prevenzione, all'informazione, al riconoscimento e alla denuncia dei casi di sfruttamento, violenza e maltrattamento, e alla protezione e al sostegno delle vittime. Gli artt. 25 e 28 sanciscono il diritto alla salute e il riconoscimento del diritto della donna con disabilità a ricevere appropriate forme di assistenza e di sostegno dallo Stato che deve garantire standard di vita adeguati e particolare attenzione al genere.

L'art. 6 è dedicato specificatamente alle donne con disabilità con il riconoscimento che esse sono soggette a discriminazioni multiple e che quindi vanno intraprese misure mirate al loro empowerment per assicurare il godimento di tutti i diritti

*\*Presidente  
Agenzia per la Vita  
Indipendente  
onlus - Roma;  
Vicepresidente  
FISH*

umani. Va ricordato che nell'ordinamento italiano, le donne con disabilità non sono contemplate in nessuna norma avente valore giuridicamente vincolante.

Da sottolineare che, nel 2016, il *Comitato ONU sui diritti delle persone con disabilità* nelle Osservazioni conclusive al Primo rapporto italiano sull'applicazione della Convenzione, ha raccomandato che *“la prospettiva di genere sia integrata nelle politiche per la disabilità e che la condizione di disabilità sia integrata nelle politiche di genere, entrambe in stretta consultazione con le donne e le ragazze con disabilità e con le loro organizzazioni rappresentative.”*

Rendere visibili le donne con disabilità in tutti gli aspetti e ambiti della vita, implementare la Convenzione in un'ottica di genere è quanto richiesto anche dal movimento europeo delle persone con disabilità, in particolare da EDF (European Disability Forum) che su proposta del suo *Comitato donne* ha approvato il *Secondo Manifesto sui diritti delle Donne e delle Ragazze con Disabilità*. Tradotto in italiano da Simona Lancioni, ([www.informareunh.it](http://www.informareunh.it)) il Manifesto rappresenta uno strumento politico per attivare un radicale cambiamento, nell'ottica di genere, nelle più importanti aree indicate dalla Convenzione ONU.

Ma sono soprattutto gli Stati a dover attuare politiche attive per eliminare gli ostacoli che impediscono la partecipazione e l'inclusione nella società e rendere effettiva la realizzazione dei diritti delle ragazze e donne con disabilità, considerando che nell'UE vivono oltre 80 milioni di persone con disabilità; che un europeo su quattro ha un familiare disabile; che nell'UE vi sono circa 46 milioni di donne e ragazze con disabilità, pari a circa il 16 % della sua popolazione femminile totale e al 60 % della popolazione complessiva di persone con disabilità.

Nella recente Risoluzione del Parlamento Europeo approvata il 29 novembre del 2018 sulla situazione delle donne con disabilità, sono ulteriormente ribadite le criticità per quanto riguarda:

- l'**accessibilità** alle strutture nel settore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi;

- l'**integrazione nel mondo del lavoro** e la discriminazione generata dall'intersezione tra identità di genere, espressione di genere, orientamento sessuale, caratteristiche sessuali e disabilità;

- l'**istruzione** e una formazione di qualità per una maggiore autonomia delle donne con disabilità, in quanto l'istruzione è uno degli strumenti che influenzano maggiormente il progresso della società, fornendo le conoscenze e i valori necessari per raggiungere livelli più elevati di benessere e di crescita economica e personale;

- la **salute** con l'accesso completo a cure mediche rispondenti alle particolari esigenze delle ragazze e donne con disabilità, in settori quali la consulenza ginecologica, le visite mediche, la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare e un sostegno adeguato durante la gravidanza. Da segnalare che i tassi di tumore al seno per le donne disabili sono molto più elevati di quelli della popolazione femminile in generale, a causa della mancanza di apparecchiature di screening e diagnosi adeguate e che l'indice sull'uguaglianza di genere dell'EIGE 2017 evidenzia che in media il 13 % delle donne disabili lamentano di non vedere soddisfatti i propri bisogni di cure sanitarie e dentali, mentre nel caso delle donne senza disabilità è il 5 % a vedere non soddisfatte le proprie esigenze mediche;

- l'**inclusione digitale e mediatica** per superare gli stereotipi e i pregiudizi sulla disabilità e dare maggiore visibilità alle ragazze e donne con disabilità nei mezzi di informazione al fine di combattere l'arretratezza culturale che le esclude

Non manca nella Risoluzione il capitolo sulla **violenza di genere** e si sottolinea con preoccupazione che le donne e le ragazze con disabilità hanno più probabilità di diventare vittime di violenza basata sul genere, in particolare di violenza domestica e sfruttamento sessuale.

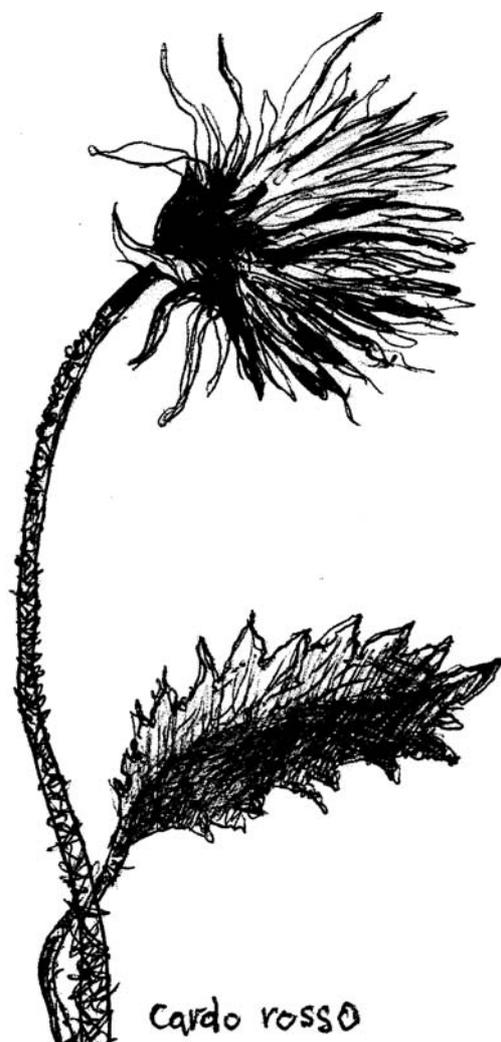
Come rileva l'ISTAT (2014), le donne vittime nel corso della propria vita di una qualche forma di violenza fisica o sessuale sono 6 milioni 788 mila (il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni). Tra queste, critica appare la situazione delle donne con disabilità o con problemi di salute: ha subito violenze fisi-

che o sessuali il 36,7% di chi ha malattie croniche o problemi di salute di lunga durata, il 36,6% di chi ha limitazioni gravi nelle attività e il 36,2% di chi ha limitazioni non gravi (a fronte di circa il 30% di chi non ha problemi di salute né limitazioni funzionali). In particolare, il rischio di subire stupri o tentati stupri è più che doppio per le donne con limitazioni gravi: il 10,0% contro il 4,7% delle donne senza limitazioni o problemi di salute. Anche la violenza psicologica da parte del partner attuale o passato presenta valori più elevati tra le donne con problemi di salute o con limitazioni funzionali. Facendo riferimento solo al partner attuale, subisce violenze psicologiche il 31,4% delle donne con disabilità contro il 25,0% delle donne che non hanno limitazioni.

Il rischio aumenta anche in caso di stalking. Hanno subito comportamenti persecutori durante o dopo la separazione dal partner il 21,6% delle donne con limitazioni funzionali gravi, il 19,3% di quelle con limitazio-

ni non gravi e il 18,4% di chi ha malattie croniche o problemi di salute di lunga durata (contro circa il 14% di chi non ha limitazioni o problemi di salute). Fonte: Daniela Bucci direttrice Condicio.it

Questi dati mostrano quanto sia necessario che gli Stati membri UE forniscano a tutti i professionisti della salute e dell'istruzione una formazione adeguata per la prevenzione della discriminazione e della violenza contro le donne e le ragazze con disabilità promuovendo azioni di empowerment nei contesti familiari, scolastici, professionali, sanitari per aiutare le donne a riconoscere la propria forza e diventare protagoniste e attiviste nel rivendicare il rispetto dei propri diritti. Un percorso ancora irto di ostacoli per le ragazze e donne con disabilità, ma *Nessuno deve essere lasciato indietro* e nell'Agenda 2030 l'uguaglianza di genere e l'autodeterminazione è uno degli obiettivi di sviluppo sostenibile (il n. 5) da conseguire.



# La nebbia sulla sanità privata in Lombardia

di Maria Elisa SARTOR\*

Questo testo è il risultato dell'unione di quattro separati interventi dell'autrice apparsi fra giugno e luglio 2019 su "Salute internazionale" (<http://www.saluteinternazionale.info/>), dedicati alla *Privatizzazione del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia e il soverchiante peso del settore privato*.

• 17 giugno 2019

<http://www.saluteinternazionale.info/2019/06/la-nebbia-sulla-sanita-privata-in-lombardia/>

• 26 giugno 2019

<http://www.saluteinternazionale.info/2019/06/lombardia-pubblico-e-privato-a-confronto/>

• 8 luglio 2019

<http://www.saluteinternazionale.info/2019/07/i-gruppi-della-sanita-privata-in-lombardia/>

• 17 luglio 2019

<http://www.saluteinternazionale.info/2019/07/sanita-lombarda-domande-in-cerca-di-risposta/>

## PREMESSA

*Bisogna recuperare la verità sulla sanità lombarda per costruire una maggiore consapevolezza e consentire ai cittadini di esercitare una responsabilità civica. E questo tema della privatizzazione del Servizio Sanitario Lombardo (SSL) sembra proprio richiamare a gran voce tale responsabilità.*

Non sempre i fatti generati dall'azione politica del governo vengono descritti per quello che sono dal *discorso politico*. In qualche caso può capitare che i risultati dell'azione, pur essendo stati perseguiti con impegno,

una volta raggiunti, vengano *dissimulati* in tutto o in parte per rispondere a complessi sistemi di interessi e a nuove opportunità strategiche. Per non correre il rischio di essere indotti a distogliere l'attenzione dagli elementi della realtà è conveniente in generale discostarsi dal mero *discorso politico*.

Scusate l'*incipit* duro e il tono perentorio con cui sto affrontando il tema della privatizzazione del Servizio sanitario della Lombardia, ma credo che essi si giustificino in quanto intendono sottolineare e, per quanto possibile, contrastare una pratica comunicativa che non produce la necessaria informazione e quindi non consente una sufficiente consapevolezza del fenomeno di cui ci si occupa qui.

Qualcosa deve essere fatto per diradare le nebbie in cui siamo avvolti, per rompere atmosfere che ci confondono e trasformare supposti confronti, che in realtà ostacolano le possibilità di conoscenza, in confronti veri.

Se il diritto di essere informati in quanto finanziatori e diretti beneficiari del Servizio sanitario regionale della Lombardia non è soddisfatto pienamente dalle istituzioni come dovrebbe essere [1], allora tentare di recuperare i tratti della realtà diventa una necessità per i cittadini, oltre che la materia della buona politica, l'ambito del controllo per chi deve, per obbligo istituzionale, sorvegliare il sistema e l'oggetto di studio delle scienze sociali, quando svolgono davvero il loro mestiere.

Il recupero dei fatti "veri" (e non dei *fattoi-di*, cioè delle versioni solo verosimili dei fatti), serve per costruire una maggiore consapevolezza che può produrre il miglioramento del quadro informativo e consentire

\*Professore a contratto,  
Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità,  
Università degli Studi di Milano

di esercitare una responsabilità civica, quando necessaria. E questo tema della privatizzazione del Servizio Sanitario Lombardo (SSL) sembra proprio richiamare a gran voce tale responsabilità.

## LA DISSIMULAZIONE DEL PROCESSO DI PRIVATIZZAZIONE

Sono tre le principali constatazioni rispetto a quanto è accaduto in Lombardia, in particolare con riguardo ai comportamenti comunicativi passati e recenti dell'ente Regione:

- Non è stato comunicato il fenomeno della privatizzazione del SSL come si sarebbe dovuto fare: nei flussi informativi, e soprattutto nelle elaborazioni primarie di tali flussi rese pubbliche, non sono state sempre evidenziate le variabili “*natura privata*” e “*natura pubblica*” delle strutture e delle attività di erogazione dei servizi in serie storiche di lungo periodo. Ad un certo punto del processo (intorno soprattutto alle metà degli anni 2000), queste importanti informazioni sono per lo più sparite dai resoconti e le serie storiche dei dati che le contenevano sono state interrotte e non sono state mai più adeguatamente ricomposte, raccordandone i diversi segmenti.

- Ma anche quando è stata resa disponibile l'informazione circa la natura pubblica o privata degli erogatori e delle attività da loro erogate – e questo è successo sempre più raramente nelle fasi più avanzate del processo di privatizzazione – questa informazione non è stata comunicata in forme che consentissero di avere una nozione completa del fenomeno: le informazioni non sono state aggregate in un modo significativo, tale da essere esplicative di ciò che era rilevante conoscere.

- E per finire, come naturale conseguenza di quanto affermato ai punti precedenti, non è stato adeguatamente misurato un fenomeno di cui si è trascurato di evidenziare l'esistenza e l'importanza. Un comportamento comunicativo non trasparente ha finito così per consentire di *non dover registrare la* dimensione quantitativa della privatizzazione, cioè di misurare lo sbilanciamento avvenuto verso il privato del SSL.

Date le limitazioni di un'informazione istituzionale costruita molto accuratamente per finalità che non sono quelle di una completa trasparenza nei confronti del cittadino, i dati che consentono di misurare quanto si è spinto in avanti lo sbilanciamento non possono essere acquisiti facilmente. La difficoltà riguarda chiunque, all'esterno dell'istituzione, voglia registrare la realtà.

È stata così necessaria una *ricostruzione* dei fatti, anche perché gli atteggiamenti degli esponenti della istituzione e le teorie che li ispiravano sono stati:

Vilucchio comune



- La perseverante minimizzazione del fenomeno: in altre parole, si è sostenuto che il processo era sì in corso, ma non era poi di dimensioni così rilevanti. E in ogni caso, proprio per la non rilevanza quantitativa del fenomeno, nulla di significativo poteva essere accaduto tanto da cambiare consistentemente il sistema.

È questa – a grandi linee – una delle possibili traduzioni delle tesi sia degli ultimi governi della Regione [2], di pari o assimilabile orientamento ideologico-partitico sia, sembra, dei maggiori luoghi di produzione del pensiero, istituiti o sponsorizzati dai principali portatori di interesse che sono direttamente parte in causa. Anche i risultati delle ricerche, effettuate dai centri di ricerca/scuole delle facoltà di economia e di management con sede in Lombardia, non hanno compiutamente descritto il fenomeno che pure contribuivano a far crescere. In

quanto dedite in parallelo anche alla consulenza direzionale, sperimentano ancora un vero e proprio conflitto di interesse. Le ricerche non hanno quindi rimesso ordine nel quadro proposto dalla Regione.

Come si spiega tutto questo? Affermare, sulla base dei dati di fatto correttamente comunicati, che esiste un consistente sbilanciamento dell'asse pubblico-privato, a favore del privato, comporta la necessità di una spiegazione sia del fenomeno sia delle possibili ricadute sul SSL.

E la spiegazione avrebbe richiesto un'analisi che portasse a un'identificazione dei fattori di contesto che facilitano la *privatizzazione* e anche – principalmente – delle scelte politiche che l'hanno forse indotta.

Insomma, affermare l'esistenza di un consistente fenomeno di privatizzazione avrebbe significato esporsi al rischio di un'attività di analisi approfondita del fenomeno, che avrebbe complicato l'azione di un governo intento a continuare *liberamente* a facilitare tale processo. Ma il punto è: esiste oggi un qualche ambito sicuramente indipendente in grado di effettuare una simile analisi?

- Il supposto basso impatto degli esiti del processo di privatizzazione sul sistema, continuamente dichiarato.

Il che corrisponde nella sostanza a dire che il processo in corso, secondo i governi, non presentava alcuna rilevanza perché nel funzionamento del sistema non si era registrata a loro dire alcuna consistente modifica. E, se c'era stata, non poteva che essere migliorativa, considerata la supposta "*maggior efficienza del privato*" (stereotipo comunque da verificare!). Anche per quanto riguarda la tutela della salute del cittadino, dal loro punto di vista, tutto era continuato ad essere come prima, perché – sempre a loro dire – non erano state osservate rilevanti differenze negli orientamenti e nei comportamenti di servizio da parte dei soggetti privati rispetto ai soggetti erogatori di parte pubblica (ma era proprio così?). Il privato insomma, secondo i governi della regione dell'ultimo ventennio e più, poteva e può erogare servizi di pubblica utilità perché si suppone abbia gli stessi orientamenti valo-

riali e gli stessi interessi di quelli presupposti nel soggetto pubblico.

Con queste ultime argomentazioni non si afferma forse come esistente non la realtà dei fatti ma ciò che si desidera venga creduto tale? Nasce il dubbio che si tratti di una copertura, di una dissimulazione. Ma, come qualcuno ha osservato, *perché il governo della regione Lombardia dovrebbe coprire uno sbilanciamento del sistema a favore del privato, legittimamente perseguito, in quanto frutto diretto del suo orientamento politico?*

Provo a rispondere. In questo caso, ciò che potrebbe essere fonte di preoccupazione per il governo della Regione, tale da giustificare una dissimulazione, è che l'opinione pubblica, una volta informata sul grado di sbilanciamento effettivo del sistema a favore del privato, possa in qualche modo esserne colpita e contrariata. E questo perché, anche in presenza di un'insufficiente informazione, i ripetuti e scioccanti fatti di cronaca e i brevi resoconti giornalistici su alcune gestioni di strutture private in Lombardia *per nulla efficienti e invece sperperanti denaro pubblico* [3] e insieme talvolta anche rovinosamente *non efficaci* tanto da essere penalmente perseguite [4], non si dimenticano facilmente. E quindi il cittadino potrebbe passare gradualmente da un atteggiamento di inconsapevole passività nei confronti delle politiche sanitarie regionali ad una consapevolezza attiva capace di rimettere in discussione anche le scelte già effettuate.

Le prese di posizione riguardanti la minimizzazione del fenomeno di privatizzazione e l'irrilevanza dei suoi esiti – descritte nei punti precedenti – sono state nette e ripetute nella comunicazione dell'ente regione e ci aiutano a spiegare i comportamenti comunicativi di trascuratezza nella descrizione del processo di privatizzazione e di non considerazione dei suoi esiti.

Non ci resta quindi che accertare i fatti riferiti agli esiti del processo di privatizzazione della sanità lombarda, verificando come stiano davvero le cose oggi e anche quale sia il fondamento delle affermazioni di mini-

mizzazione del fenomeno.

Se si considerano i risultati della ricostruzione dei fatti e si misurano i fenomeni che rappresentano, si può affermare “*al di là di ogni ragionevole dubbio*” che la privatizzazione del SSL, intesa come processo che ha spostato l’equilibrio del servizio sanitario lombardo verso un maggior peso della componente privata della sanità (gli erogatori privati), appare come un fatto del tutto incontrovertibile, rilevante e dai prevedibili notevoli effetti presenti e futuri sul servizio sanitario nel suo complesso, non solo lombardo.

### NUMERI E DATI DELLO SBILANCIAMENTO VERSO IL PRIVATO

*Lo sbilanciamento a favore del privato nel sistema sanitario lombardo. Dalla metà degli anni novanta al 2018, i posti-letto pubblici sono stati più che dimezzati e nello stesso arco temporale, in parallelo, i posti-letto privati sono considerevolmente aumentati.*

In Lombardia, con il succedersi di governi di orientamento politico-partitico di centro-destra, è avvenuto un considerevole sbilanciamento a favore del privato all’interno del Servizio Sanitario regionale Lombardo (SSL). Le evidenze che provano la consistenza di tale sbilanciamento sono numerose. In questo articolo ne presenterò solo

alcune.

Si tratta innanzitutto di informazioni già note ai lettori dei quotidiani, in quanto riportate dai principali giornali del paese (Corriere della Sera, La Repubblica, Il Fatto Quotidiano) e riprese nelle Tabelle 1 e 2. Altre prove dello sbilanciamento, sempre ricavate dalle stesse fonti citate dai media, e cioè dai flussi informativi della Regione Lombardia, sono frutto invece di uno specifico lavoro di ricerca realizzata rielaborando e aggregando diversamente le variabili disponibili nel report regionale [5].

I dati descritti nella Tabella 1 danno conto del confronto pubblico/privato riferito all’attività di ricovero e cura per il ricovero ordinario e il day hospital, evidenziando per l’anno 2017 il numero dei casi e la valorizzazione di tale attività, cioè l’ammontare, in miliardi di euro, pagato della Regione agli erogatori pubblici e privati.

Gli erogatori della sanità privata – profit e non profit – si aggiudicano il 35% dei casi di ricovero del 2017 e, con riferimento alla valorizzazione dei servizi (ovvero alla remunerazione che ricevono per quanto hanno fornito al SSL), questa corrisponde al 40% del totale in euro speso dalla Regione per questo tipo di servizi (Tabella 1).

La Tabella 2 dà conto sempre del confronto pubblico/privato ma è riferita all’ammontare delle attività regionali del 2017 che

**Tabella 1. Ricoveri ordinari e Day Hospital. N. Casi e valorizzazione in miliardi di euro, 2017**

RICOVERI	TOTALI	PUBBLICO	PRIVATO		
N. CASI	1.441.657	947.157	65%	494.501	35%
VALORE miliardi di euro	5, 424	3,271	60%	2,153	40%

<sup>1</sup> “DRG 2017 - Rapporto sui Ricoveri in Lombardia - 2017 (Versione Excel) aggiornamento del 08/11/2018” <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/enti-e-operatori/sistema-welfare/normativa-e-documenti-welfare>

Fonte: Regione Lombardia

riguardano le visite ambulatoriali e gli esami diagnostici, sia in termini di numero delle prestazioni, sia in termini di valore corrispondente in miliardi di euro, suddiviso per erogatori pubblici ed erogatori privati.

Gli erogatori privati realizzano il 42% delle visite ambulatoriali e degli esami del SSL, dato che corrisponde al 43% della valorizzazione totale per lo stesso tipo di prestazioni. Il dato evidenzia una gamma di prestazioni erogate dal privato corrispondenti a una remunerazione proporzionalmente singolarmente più elevata di quanto non sia quella totalizzata dai corrispondenti erogatori pubblici.

Se si analizza in particolare l'articolazione interna delle prestazioni per specifiche categorie di esami, si scopre che il sorpasso del privato sul pubblico era già avvenuto fin dal 2015 per quanto riguarda la diagnostica strumentale e per immagini. Se consideriamo infatti il valore delle prestazioni erogate ambulatorialmente dal privato sul valore totale delle prestazioni pubbliche e private dello stesso ambito, nell'anno considerato, il privato incideva per il 52 % (Fonte: *Opendata* Regione Lombardia).

Da qui in poi, come dicevo, le evidenze riferite all'esito dello sbilanciamento pubblico/privato del SSL derivano da uno specifico lavoro di ricerca e sono quindi originali ed inedite. È stato necessario lavorare molto per essere in grado di disporre delle informazioni che dovrebbero essere fornite regolarmente in modo esaustivo e in un format chiaro da parte della Regione, anno dopo anno.

Come si può constatare, nella Tabella 3, per quanto riguarda le strutture di ricovero e cura a contratto con il SSL presenti in Lombardia e nella Tabella 4, nell'evidenziare la valorizzazione delle attività di ricovero delle medesime, i dati vengono presentati su base provinciale.

Si è scelto di non presentare i dati riferendoli alle nuove articolazioni territoriali del SSL corrispondenti alle 8 Agenzie di tutela della salute, istituite nell'agosto del 2015 (LR n. 23/2015), in quanto le nuove articolazioni hanno territori dai confini amministrativamente non ben definiti e coprono territori differentemente disegnati [6]. La scelta di agganciare i dati alle province anziché ai territori delle ATS sembra essere maggiormente intellegibile anche per chi non conosce esattamente la nuova configurazione organizzativa del SSL e, in particolare, per un lettore non lombardo. Inoltre un'informazione così costruita risulta significativa per le organizzazioni degli operatori della sanità. Ordini dei medici e odontoiatri, ordini delle professioni sanitarie e associazioni di rappresentanza di tutti gli operatori sanitari sono organizzati su una base provinciale e regionale e il dato della privatizzazione rapportato alle province per queste organizzazioni risulta molto più esplicativo e in grado di dialogare con le serie storiche eventualmente già disponibili, in quanto rapportate ai territori delle ex ASL.

Le strutture riportate nella Tabella 3 sono quelle rilevate ed elencate nei flussi informativi della Regione Lombardia come strutture di ricovero e cura accreditate e a con-

**Tabella 2. Visite ambulatoriali ed esami. Numero prestazioni e valorizzazione (euro), 2017**

VISITE AMBULATORIALI ED ESAMI	TOTALI	PUBBLICO		PRIVATO	
		VALORE	%	VALORE	%
N. PRESTAZIONI milioni	160	93,374	58%	66,647	42%
VALORE miliardi di euro	2,891	1,647	57%	1,244	43%

Fonte: Regione Lombardia

tratto con il SSL nel corso del 2017. Si tratta, nella stragrande prevalenza, di strutture esclusivamente sanitarie. Ma non mancano anche alcune (poche) strutture annoverate fra le socio-sanitarie (strutture di riabilitazione e RSA), che, secondo quanto afferma la Regione, effettuando anche ricoveri di tipo sanitario, rientrano fra le strutture remunerate con il Fondo Sanitario Regionale e quindi in questi stessi elenchi (KOS, Gruppo Don Gnocchi, FERB ed altri). Osservando la tabella, ciò che colpisce è la netta coincidenza quantitativa in ambito regionale fra il numero delle strutture a contratto di tipo pubblico e il numero delle strutture a contratto di natura privata (50% e 50%). Qui tuttavia non sono in evidenza le dimensioni molto variabili delle strutture, che ne differenziano anche le capacità ricettive. In altre parole, il totale dei posti letto a contratto con il SSL – non evidenziato qui – non è lo stesso per le due classi di erogatori pubblici e privati. I posti letto pubblici a contratto nel 2017 sono in numero maggiore dei posti letto privati, ma la dinamica dei posti letto dei due ultimi decenni in

Lombardia meriterebbe uno spazio specifico di approfondimento. Dalla metà degli anni '90 al 2018, i posti letto pubblici sono stati più che dimezzati e nello stesso arco temporale, in parallelo, i posti letto privati sono considerevolmente aumentati [8].

La gran parte delle unità di erogazione a contratto qui registrate, soprattutto private, è anche sede di servizi di ricovero e cura autorizzati, accreditati ma *non* contrattualizzati con il SSL e quindi rivolti al solo mercato diretto dei cosiddetti “solventi” o paganti. Quindi la capillarità della distribuzione delle strutture private ci dice anche della capillarità dell’offerta rivolta al mercato diretto dei ricoveri.

La Tabella 3 ci informa inoltre sul fatto che esistono province in cui, in termini di strutture, e indipendentemente dal numero dei posti letto, il sorpasso dei privati è ampiamente avvenuto: Città metropolitana di Milano (54,4%), Como (66,7%), Bergamo (60,9%) e contingentemente Mantova (60%) [9]. Mentre Brescia, Lecco, Monza e Brianza, rappresentano perfettamente la proporzione registrata a livello regionale.

**Tabella 3. Strutture di ricovero ordinario e Day Hospital. Pubbliche e Private e percentuale (%) private su totale, per province – 2017 [7]**

PROVINCE	STRUTTURE TOTALI A CONTRATTO con SSL	PUBBLICHE	PRIVATE	% PRIVATE SUL TOTALE
*Bergamo	23	9	14	60.9
Brescia	28	14	14	50.0
Como	12	4	8	66.7
Cremona	7	4	3	42.9
Lecco	8	4	4	50.0
Lodi	4	4	0	0
*Mantova	10	4	6	60.0
Milano	57	26	31	54.4
*Monza – Brianza	12	6	6	50.0
Pavia	16	8	8	50.0
Sondrio	4	4	0	0
Varese	17	11	6	35.3
<b>TOTALE</b>	<b>198</b>	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>50,0</b>
ATS Milano Città Metropolitana (Milano + Lodi)	<b>61</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>50.8</b>

Fonte: mie elaborazioni su flussi informativi Regione Lombardia

\* Sono presenti strutture in sperimentazione gestionale con il privato, in prevalenza si tratta di sperimentazioni non di successo. Il quadro complessivo delle sperimentazioni gestionali non risulta regolarmente aggiornato e comunicato.

Lodi e Sondrio offrono servizi di ricovero tramite strutture pubbliche.

Osservata la distribuzione all'interno della Regione delle strutture di ricovero a contratto con il SSL, si analizza ora la distribuzione provincia per provincia dei ricavi corrispondenti ai casi di ricovero ordinario e in day hospital a contratto (Tabella 4). All'interno di ogni provincia viene presentata l'incidenza percentuale sul totale della quota di fatturato che finisce nei bilanci degli erogatori privati.

La prima osservazione con riferimento alla Tabella 4 riguarda il fatto che nella valorizzazione non sono incluse le sovra-tariffazioni riguardanti gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici e privati e i Poli universitari. In Lombardia gli IRCCS privati sono circa il triplo dei pubblici (per il Ministero della salute sono 14 privati contro 5 pubblici; per la Regione Lombardia, che calcola tutte le singole sedi, sono 21 privati contro 5). Questo calcolo aggiuntivo porterebbe i valori attribuiti agli erogatori privati a livelli molto più elevati di quelli esposti in Tabella 4.

La seconda importante considerazione

riguarda la disomogeneità territoriale della penetrazione del privato in Lombardia, connessa a un certo numero di fattori: la densità abitativa, le caratteristiche geofisiche e socio-economiche, la presenza di una rete di offerta consolidata, la storia istituzionale e politica dei territori. Detto ciò, Como registra un valore dei servizi di ricovero trattati dagli erogatori privati che è del 58% sul totale del valore provinciale. Milano si avvicina al 47%, ma l'incidenza della valorizzazione dei ricoveri del settore privato è superiore per le ragioni sopra evidenziate (la ATS della Città metropolitana, includente la provincia di Lodi, registra una 45,5%, ma la percentuale andrebbe anch'essa riveduta al rialzo). Bergamo e Brescia presentano un'incidenza del privato rispettivamente del 43,7 e del 43,2%.

## IL POSIZIONAMENTO DEI GRUPPI DELLA SANITÀ PRIVATA

*Il solo valore dei ricoveri del Gruppo San Donato in Lombardia, pesa più del valore dei ricoveri trattati dai sette ospedali pubblici della ex ASL di Milano città.*

**Tabella 4. Ricoveri ordinari e Day Hospital. Valorizzazioni Pubblico-Privato, % privato su totale, per provincia – 2017**

PROVINCE	VALORIZZAZIONE TOTALE A CONTRATTO con SSL	VALORIZZAZIONE PUBBLICO	VALORIZZAZIONE PRIVATO	% VALORIZZAZIONE PRIVATO SU TOTALE
Bergamo	566.896.003	319.149.438	247.746.565*	43.7*
Brescia	704.619.332	400.474.429	304.144.903	43.2
Como	250.667.353	105.189.147	145.478.206*	58.0*
Cremona	188.803.505	155.566.745	33.236.760	17.6
Lecco	156.912.083	120.251.257	36.660.826	23,4
Lodi	65.176.638	65.176.638	0	0
Mantova	193.587.597	124.379.054	69.208.543	35.8
Milano	2.079.151.157	1.104.489.046	974.662.111*	46.9*
Monza – Brianza	344.604.847	231.933.390	112.671.457	32.7
Pavia	391.557.776	247.326.630	144.231.146	36.8
Sondrio	72.529.980	72.529.980	0	0
Varese	410.466.395	324.768.015	85.698.380	20.9*
<b>TOTALE</b>	<b>5.424.972.666</b>	<b>3.271.233.769</b>	<b>2.153.738.897</b>	<b>39.7</b>
<b>ATS Milano Città Metropolitana (Milano + Lodi)</b>	<b>2.144.327.795</b>	<b>1.169.665.684</b>	<b>974.662.111*</b>	<b>45.5*</b>

Fonte: mie elaborazioni su Flussi informativi Regione Lombardia

\*L'importo (e l'incidenza) del privato è in realtà maggiore. Nel totale della valorizzazione evidenziato in tabella manca la valorizzazione dei ricoveri di strutture private omesse nelle tabelle della Regione.

Questo terzo paragrafo è dedicato all'analisi dei più importanti erogatori privati che in Lombardia si sono aggiudicati una fetta consistente della spesa sanitaria (vedi Nota metodologica\* al fondo del testo). La Tabella 5 ci offre la classifica dei principali gruppi della sanità privata che offrono servizi di ricovero e cura. Se si facesse invece un'analisi che comprendesse oltre alle attività di ricovero anche tutte le altre attività delle diverse cosiddette "aree di business" presidiate all'interno del Servizio Sanitario Lombardo (SSL) dagli operatori privati (per servizi erogati in strutture come ambulatori e centri medici, centri prelievi, poli tecnologici, residenze di vario tipo per categorie di pazienti e di persone fragili di ogni tipo) è verosimile ipotizzare che i posizionamenti evidenziati nella Tabella 5 non sarebbero gli stessi, soprattutto nelle posizioni meno di vertice del ranking. Per intenderci, i primi posizionamenti della classifica mostrata qui potrebbero in ipotesi essere riconfermati, gli altri invece potrebbero subire dei rimescolamenti. Una verifica che per ora va rimandata.

Riferendoci ai risultati ottenuti e osservando i dati dei principali gruppi privati che offro-

no prestazioni riguardanti i ricoveri sanitari, si constata innanzitutto che la separazione netta fra gruppi sanitari e gruppi sociosanitari va sfumando, in quanto i secondi hanno diversificato la loro presenza (è il caso del gruppo KOS De Benedetti, che è prevalentemente presente nel settore sociosanitario e che dal 2004 tuttavia gestisce un ospedale di proprietà pubblica, ottenuto in gestione tramite gara). Si avverte anche che le organizzazioni private qui elencate, godendo di un posizionamento strategico molto solido e in via di ulteriore consolidamento, potrebbero essere presto in grado di sovrastare gli erogatori pubblici. Come si potrà osservare, alcuni degli erogatori privati sono in una tale posizione di forza nei confronti del SSL che ci si chiede se non siano da tempo ampiamente in grado di condizionare le scelte strategiche della Direzione generale sanità, prima, e del Welfare ora. Potrebbero proporsi come gestori delle strutture di erogazione pubblica, qualora venissero affidate in gestione ai privati attraverso bandi, come è già successo nei casi in provincia di Bergamo e di Mantova [10]. Si tratta dell'ospedale pubblico del comune di Sarnico (BG), ospedale affidato in gestione nel 2002

**Tabella 5. Valorizzazione dei ricoveri ordinari e in Day Hospital per gruppi della sanità privata in Lombardia, quote, localizzazione e ranking, 2017**

VALORIZZAZIONE RICOVERI ORDINARI E DAY HOSPITAL 2017					
GRUPPI SANITA' PRIVATA	VALORIZZAZIONE milioni di euro	% su VAL ricoveri privato	% su VAL ricoveri totali	N° PROVINCE in cui presenti	RANKING
GRUPPO SAN DONATO	757	35,2%	14,0%	6	1°
GRUPPO HUMANITAS	301	14,0%	5,5%	3	2°
GRUPPO MAUGERI	115	5,3%	2,1%	6	3°
FONDAZ. POLIAMBULANZA	106	4,9%	2,0%	1	4°
EX GRUPPO VERONESI	100	4,7%	1,8%	1	5°
GRUPPO MULTIMEDICA	92	4,3%	1,7%	3	6°
ISTITUTI CLINICI CITTA' STUDI	44	2,0%	0,8%	1	7°
GAROFALO HEALTHCARE	41	1,9%	0,8%	1	8°
GRUPPO SERVISAN	41	1,9%	0,8%	1	9°
GRUPPO KOS	38	1,8%	0,7%	4	10°
Altri operatori privati	518	24,1%	9,5%		
<b>TOTALE VALORIZZ. RICOV. PRIVATI</b>	<b>2.152</b>	<b>100,0%</b>	<b>39,8%</b>		

Fonte: Mie elaborazioni su fonti diverse: Regione Lombardia, Analisi prestazioni: ricoveri. Importi per singolo istituto di ricovero e tipo di ricovero; siti degli erogatori privati sanitari e sociosanitari

per alcuni anni al Gruppo Maugeri fino a quando non si è evidenziata la crisi del gruppo, e nel successivo bando del 2008, affidato al gruppo Habilita che ancora lo gestisce. Quest'ultimo è un erogatore privato della sanità presente nel territorio provinciale di Bergamo e da poco anche in Sardegna, avendo rilevato nell'isola un ospedale in crisi. Il secondo caso è quello del comune di Suzzara, nel Mantovano, dove a partire dal 2004, come si diceva, l'ospedale pubblico è in gestione al gruppo KOS.

Il Gruppo San Donato – GSD (famiglia Rotelli) è il principale gruppo privato operante in Lombardia e al tempo stesso è il maggiore gruppo della sanità privata in Italia, presente consistentemente anche nel mercato europeo della sanità, secondo quanto viene affermato dallo stesso gruppo. Recentemente il gruppo ha stabilito un accordo di collaborazione con *NMC Healthcare* (Emirati Arabi). Il GSD opera in due regioni italiane: in Lombardia, dove la sua presenza è capillare, e in Emilia Romagna, dove conta un solo ospedale, ma intende ulteriormente espandersi. Distribuite in 6 province lombarde e in altrettante ATS, conta 17 sedi di ricovero e numerose strutture di servizio a contratto con il SSL. Nella sola città metropolitana di Milano le strutture di ricovero e cura sono 7, delle quali 3 sono istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). La recente acquisizione del principale ospedale privato della Lombardia (San Raffaele) ha dato nuovo impulso al gruppo che sta per costruire un nuovo ospedale nell'area ex Expo (il cosiddetto “nuovo Galeazzi”) e un nuovo pronto soccorso presso l'ospedale San Raffaele. Nel 2017, in termini di valorizzazione dei ricoveri, il Gruppo San Donato raggiunge il 35% della componente privata del settore, mentre pesa per il 14% sull'intera valorizzazione dei ricoveri delle strutture pubbliche e private in regione. Ha una propria Facoltà di Medicina ed è anche sede di più poli didattici della Università statale di Milano.

Il Gruppo Humanitas (famiglia Rocca) del *Gruppo Techint* di Felice Rocca, è in seconda posizione, ma distanziato notevolmente

dal primo erogatore privato. Il gruppo Humanitas incassa per i ricoveri i 2/5 del valore incamerato dal gruppo San Donato. In Lombardia conta 5 strutture di ricovero (una delle quali è un IRCCS) collocate in 3 province e in altrettante ATS. Opera anche in altre 2 regioni italiane. Ha da poco fondato una propria facoltà di medicina con corsi solo in inglese, dopo essere stato a lungo polo universitario della Università statale di Milano.

Il Gruppo Maugeri che, in occasione del risanamento del gruppo e dopo le note vicende giudiziarie riferite a finanziamenti illeciti da parte della Regione, è stato acquisito dalla Banca J.P. Morgan statunitense [1], è in terza posizione in Lombardia: 5,3% sul totale della valorizzazione dei ricoveri trattati dai privati. È presente in 6 province e in altrettante ATS. L'IRCCS del gruppo ha sede a Pavia. Ma il gruppo ha anche sedi dislocate in altre 6 regioni italiane.

Fondazione Poliambulanza, ex gruppo Veronesi e Gruppo Multimedita raggiungono una quota sulla valorizzazione totale dei ricoveri effettuati dagli operatori privati fra il 4 e il 5%.

Fondazione Poliambulanza, presente con strutture di ricovero nella provincia di Brescia, è partecipata dalla Diocesi di Brescia, dall'Ospedale Gemelli di Roma, dall'Università Cattolica del Sacro Cuore, e dall'Opera Don Calabria.

Nel consiglio di amministrazione dell'ex Gruppo Veronesi siedono Banca Intesa, Unipol, Allianz, Luxottica e la famiglia Veronesi; il gruppo Essilor-Luxottica (gruppo franco-italiano), prima al centro dei progetti di rilancio dell'ex gruppo Veronesi – fra i quali la costituzione di un campus universitario – stando a quanto riportato dai quotidiani, sembra uscito di scena. L'ex gruppo Veronesi gestisce due IRCCS: IEO, Istituto Europeo Oncologico e Ospedale cardiologico Monzino.

Il Gruppo Multimedita (famiglia Schwarz) è principalmente presente a Milano dove gestisce 3 strutture di ricovero (una delle quali è sede IRCCS) ma estende complessivamente la sua attività in 3 province lombarde.

Con una quota di quasi-mercato sostanzial-

mente pari, Fondazione Poliambulanza ed ex Gruppo Veronesi, sono rispettivamente presenti nella sola provincia di Brescia, la prima, e nella sola Città metropolitana di Milano, il secondo.

Al di sotto del 2% del quasi-mercato dei ricoveri privati nelle posizioni fra la settima e la nona sono: gli Istituti clinici della Città Studi (ex Clinica Santa Rita); il Gruppo Garofalo Healthcare (famiglia Garofalo), che opera prevalentemente in altre 3 regioni, con una presenza significativa in Emilia Romagna, ma è presente anche in Lombardia, in provincia di Como [12]; il Gruppo Servisan, prevalentemente operativo in Piemonte e in Valle d'Aosta, e in Lombardia con Il Policlinico di Monza. Il Gruppo KOS (CIR di De Benedetti e F2i Fondo investimenti per le infrastrutture), che opera anche nel mercato inglese ed indiano, si posiziona nella classifica lombarda al decimo posto sia per i ricoveri sanitari effettuati in due delle sue numerose sedi RSA lombarde (in questo caso, di Milano e Brescia) sia per le prestazioni di ricovero dell'ospedale pubblico gestito in provincia di Mantova [13].

Come si può notare, non esistono vere e proprie barriere in Lombardia fra gli ambiti sanitario e sociosanitario e gli operatori possono operare in "aree di business" attigue. Il quadro degli erogatori privati di attività di ricovero e cura del SSL (ambito sanitario) ricavato dall'analisi svolta è quindi il seguente:

1. nel quasi-mercato della sanità lombarda vi è la presenza di aziende e gruppi provenienti da altri settori: un gruppo originatosi nel settore ingegneristico e delle costruzioni controlla strutture ospedaliere e sanitarie; un grande gruppo multinazionale collegato a un gruppo francese, entrambi del settore dei beni di consumo, si è proposto per il rilancio di un gruppo in difficoltà che ha nel proprio consiglio di amministrazione banche e compagnie di assicurazione italiane e tedesche; multinazionali italiane del settore sociosanitario, intrecciate con compagnie di assicurazione internazionali e poi con fondi di investimento nazionali gestiscono ospedali pubblici messi a gara.

2. I capitali presenti nel settore non sono solo italiani e si assiste ad una ramificazione e ad un intreccio delle partecipazioni azionarie anche con organizzazioni straniere: banche e compagnie assicurative straniere – oltre alle italiane – sono presenti nei consigli di amministrazione dei maggiori ospedali privati; una grande banca di affari internazionale statunitense, proprietaria di un importante gruppo della sanità privata, ha aumentato la propria partecipazione in pacchetti azionari di azionisti di un altro rilevante gruppo sempre della



sanità privata.

Le società e i gruppi individuati operano in altre regioni e all'estero: ci sono gruppi forti in Lombardia che sono radicati in altre regioni del Nord, hanno una presenza ed una propensione all'ulteriore espansione in ambito europeo e sono alleati di società del settore sanitario dei paesi produttori di petrolio; altri gruppi, la cui proprietà è in mano a banche americane, sono presenti in molte regioni italiane; ci sono gruppi italiani della sanità che in Lombardia hanno un avamposto (una struttura), ma sono molto forti soprattutto nelle regioni del resto d'Italia, e hanno una consistente presenza in alcuni stati europei; e poi esistono gruppi locali, radicati in una sola provincia che, dopo essersi ingranditi in ragione dei contratti con il SSL, sono riusciti ad espandere le loro attività in altre regioni rilevando strutture di ricovero in difficoltà.

Per finire, si segnala il caso di un ospedale di un gruppo privato la cui sede è collocata in un edificio di proprietà di una compagnia assicurativa.

## IL PESO DEL GRUPPO SAN DONATO

Il solo valore dei ricoveri ordinari e in day hospital del Gruppo San Donato in Lombardia, che raggiunge i 757,3 milioni di euro nel 2017 (come evidenziato nella tabella n. 5), pesa più del valore dei ricoveri trattati dai 7 ospedali pubblici della ex ASL di Milano città, che nello stesso anno raggiunge i 744,1 milioni di euro (Tabella 6).

Si può immaginare quale forza di condizionamento sul servizio sociosanitario lombardo possa avere un gruppo privato di queste enormi dimensioni. E nella valorizzazione qui in evidenza, va ricordato, non vengono conteggiate molte altre poste di ricavo del Gruppo San Donato: a) tutte quelle riguardanti le attività di servizio a contratto con il SSL ma non di ricovero, erogate nei punti di prelievo, nei laboratori, negli ambulatori specialistici; b) le tariffe maggiorate (sovratariffazioni regionali) per i servizi clinici e di docenza erogati nei poli universitari e nelle sedi IRCCS, destinatarie queste ultime anche di cospicui finanziamenti pubblici statali e regionali per la ricerca (4 strutture); d) le nuove remunerazioni riguardanti le attività di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili, quando vengono espletate le funzioni di “gestore della PIC”.

## CONCLUSIONI

*Diventa fondamentale continuare un per-*

*corso di ricerca per approfondire le cause dello sbilanciamento del Servizio sanitario lombardo a favore del privato, completare e precisare il quadro riferito agli erogatori privati, indagare le prospettive del Servizio sanitario nazionale in Lombardia e i rischi per i cittadini.*

La componente privata degli erogatori del SSL si è molto rafforzata, tanto da poter condizionare l'equilibrio del sistema. I principali erogatori privati sono stati identificati ed è stato messo in evidenza il loro posizionamento nel quasi-mercato dei ricoveri nel 2017 (ben sapendo che il resto del sistema, nelle altre sue componenti di servizio, è altrettanto sbilanciato). Un gruppo della sanità privata, in particolare, ha raggiunto dimensioni imponenti: il Gruppo San Donato (GSD).

Questi risultati innanzitutto ribaltano l'idea consolidata che il settore pubblico del SSL, qualsiasi cosa accada, non possa che continuare ad essere sovraordinato al privato. Non è così. I risultati “danno in un certo senso la sveglia” a chi finora si è cullato in questa idea ed ha girato lo sguardo altrove. I risultati stimolano domande che servono ad orientare le prossime – urgenti – analisi sul SSL. Diventa infatti fondamentale continuare un percorso di ricerca per approfondire le cause dello sbilanciamento del SSL a favore del privato, completare e precisare il quadro

**Tabella 6. Ricoveri ordinari e DH: 7 ospedali pubblici di Milano città, valorizzazione in milioni di euro, 2017**

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE ATS DI MILANO Città Metropolitana	Valorizzazione Ricoveri 2017
ASST Niguarda	181,1
ASST Sacco IOMP FBF Buzzi	158,1
IRCCS Fondazione Ca' Granda Policlinico	133,7
ASST Santi Carlo e Paolo	132,1
IRCCS Istituto Nazionale Tumori	58,4
ASST Pini ICT	53,9
IRCCS Besta	26,8
Totale	744,1

Fonte: Mie elaborazioni su fonti regionali e siti: Regione Lombardia Flussi informativi

riferito agli erogatori privati, indagare le prospettive del SSN in Lombardia e i rischi per l'utente cittadino.

Le domande sono essenzialmente di tre ordini e riguardano direttamente tre ambiti collegati di analisi/studio per chi intenda realizzare un'attività di ricerca indipendente e non *mainstream*:

- Come si è arrivati a questo considerevole peso degli erogatori privati sul SSL?

Per rispondere a questo quesito fondamentale occorre effettuare una analisi diacronica che abbia per oggetto l'agire politico delle coalizioni al governo della Lombardia, delle istituzioni regionali e nazionali, incluse le università, dei portatori di interesse in senso lato e delle loro complesse dinamiche relazionali.

- Come va approfondita l'analisi dell'attuale configurazione della componente privata del SSL, in tutte le sue articolazioni, in modo da avere una piena nozione delle forze in campo e del loro posizionamento strategico?

Il quesito richiama, in questo caso, un'analisi competitiva del quasi-mercato e del mercato della sanità in Lombardia, tenendo conto del contesto nazionale ed internazionale che spinge la sanità, e tutto ciò che riguarda il welfare, verso modelli di mercato.

- Per finire, qual è oggi la natura del modello di sistema sanitario esistente in Lombardia e quali siano i rischi di trasformazione per il SSN italiano nel suo complesso, prefigurando soprattutto gli effetti sul cittadino utente?

Qui si richiede un approfondimento delle finalità e del funzionamento effettivo del modello per comprendere chi siano i suoi veri beneficiari. In altre parole, a chi giova tutto questo. Lo studio da avviare, in questo caso, si potrebbe definire una macroanalisi del sistema sociosanitario lombardo e dei sistemi di interessi da esso tutelati.

È il caso ora di considerare, per ogni ordine di questioni, l'articolazione delle principali domande di ricerca.

#### **PRIMO ORDINE DI DOMANDE RIFERITO AL PRIMO AMBITO DI RICERCA**

Se nel SSL si è davvero realizzato un pro-

cesso che ha prodotto uno sbilanciamento a favore del privato del sistema, come è stato dimostrato da alcune indiscutibili evidenze contenute nei precedenti paragrafi, allora è importante analizzare le cause e le concause di questo sbilanciamento.

Il primo motore di questa privatizzazione qual è stato? E qual è ancora oggi? C'entrano di più le politiche dei governi della Regione Lombardia o lo sbilanciamento è dovuto principalmente ad una dinamica che si auto-genera e che è tutta interna al quasi-mercato?

E con riferimento alle politiche, quali politiche sono state messe in atto? La regolazione istituzionale del quasi-mercato in Lombardia, che è un complesso sistema di decisioni politiche e di regole gestionali, come è avvenuta? Ha davvero garantito pari condizioni e quindi pari trattamento fra gli erogatori pubblici e privati all'interno del quasi-mercato del SSL, tanto che possa essere affermato che lo spostamento che si è verificato a favore degli erogatori privati si è avuto solo perché si è espressa una domanda da parte dei cittadini utenti sempre più orientata a trovare soddisfazione presso di loro? E questo perché gli erogatori privati hanno dato migliori prove di sé e sono stati quindi consapevolmente scelti dai cittadini-utenti lombardi proprio per questo? O lo sbilanciamento è dovuto ad altre ragioni?

Che ruolo hanno avuto i partiti, le associazioni di rappresentanza degli interessi e i pensatoi più o meno occulti, le organizzazioni dei medici e dei professionisti della sanità, le università statali e private, le organizzazioni religiose, il terzo settore nel processo di privatizzazione? L'alternativa suggerita dalla letteratura internazionale – forse troppo schematica – è fra due ipotesi: a) la privatizzazione è stata dovuta alle politiche; b) la privatizzazione è stata dovuta all'esprimersi naturale, da parte degli utenti, di una domanda maggiormente orientata verso il privato. La teoria cui viene dato maggiormente credito da parte dell'ente Regione, sceglie la seconda ipotesi, quella che vede nella scelta dei cittadini il motore dello sbilanciamento a favore degli erogatori privati. Ma è una teoria che deve essere invece verificata. La dicotomia proposta dalla letteratu-

ra sembra non rispecchiare la complessità della realtà, ma può essere il punto di partenza per formulare altre più articolate domande di ricerca.

## **SECONDO ORDINE DI DOMANDE RIFERITO AL SECONDO AMBITO DI RICERCA**

Fondamentale è anche conoscere più approfonditamente il SSL nella attuale configurazione.

Quali caratteri ha la componente privata del SSL oggi e in che rapporto sta con il mercato diretto sanitario e sociosanitario?

In altre parole, occuparsi della presenza e del peso dei soggetti erogatori privati nel quasi-mercato del SSL non è sufficiente. Il ruolo degli erogatori privati della sanità lombarda non si colloca solo nell'ambito descritto. Gli stessi erogatori sono anche attivi nel mercato diretto e dispongono di strutture e/o di posti letto non a contratto con il SSL che utilizzano per vendere servizi ad utenti paganti. Servizi che vengono attivati e pagati direttamente dall'utente o attivati dall'utente ma finanziati dalle più diverse organizzazioni di intermediazione (mutue, compagnie di assicurazione, fondi sanitari privati). Qual è la struttura di questo mercato diretto? Andranno recuperate informazioni sui comportamenti degli operatori del sistema, sui tipi di società, sulla composizione del capitale societario, sulle partecipazioni di multinazionali, fondi di investimento, compagnie di assicurazioni internazionali. E sulle loro strategie di posizionamento.

RISORSE: DRG 2017 – Rapporto sui Ricoveri in Lombardia – 2017 (Versione Excel) aggiornamento del 08/11/2018”

NOTE:

1. La recente normativa sulla trasparenza della pubblica amministrazione fortunatamente comincia ad essere di un qualche aiuto nel farci recuperare qualche informazione significativa precedentemente preclusa.
2. Mi riferisco alle comunicazioni della

## **TERZO ORDINE DI DOMANDE RIFERITO AL TERZO AMBITO DI RICERCA**

Queste domande interrogano sulla necessità di una difesa dei fondamenti costitutivi del modello scelto nel 1978 a tutela degli utenti. In questo senso, è importante chiedersi di quanto possa spostarsi l'asse del rapporto pubblico privato, internamente al Servizio sanitario della Lombardia, rimanendo all'interno di un modello che si chiama Servizio Sanitario Nazionale.

Quanto il modello attuale è in grado di focalizzarsi sulle necessità del cittadino-utente e risponde alle sue necessità?

O piuttosto, se non sia invece fra le ipotesi da considerare, che il SSL risponda in misura maggiore agli interessi di *portatori di interessi* che non sono il beneficiario e finanziatore ultimo dei servizi: il cittadino-utente. Il che rimanda a chiedersi se il modello non stia trasformandosi via via per raggiungere sempre più efficacemente altri scopi, di tutt'altro tipo, non dichiarati, più o meno nobilitati nel discorso politico dal lessico del passato.

E *l'autonomia differenziata* richiesta dalla Regione Lombardia, che significa maggiore libertà nel governare anche e soprattutto la sanità (come pure l'istruzione, la ricerca, l'ambiente e tanto altro che si relaziona direttamente o indirettamente con la sanità) in che rapporto sta con lo sbilanciamento sempre più avanzato del settore a favore del privato in Lombardia?

*Ringrazio Augusta Foni, Aldo Gazzetti, Lara Loreggian, Prof.ssa Laura Strohmenger, Anna Tempia per i loro importanti contributi.*

Direzione Generale Sanità (ora Direzione generale del Welfare), in occasioni pubbliche o in seminari ad invito; una fra queste, forse la più emblematica nel rappresentare questo tipo di atteggiamento, riguarda l'evento ad invito organizzato nel 2008 dal vertice della Regione in collaborazione con lo Studio Ambrosetti di Milano, in occasione della celebrazione del decennale della riforma sanitaria di Formigoni (LR 31/1997). In particolare è degno di nota il modo usato per presentare la dinamica pubblico – pri-

vato dei posti letto: quelli delle strutture di ricovero pubbliche già esistenti erano stati tagliati e in parallelo nuovi posti letto degli erogatori privati erano stati creati. Una scelta per lo meno da spiegare. Ma la dimensione del fenomeno non è stata in quell'occasione illustrata pienamente in quanto le serie storiche non erano complete (uno slittamento temporale escludeva forse gli anni decisivi dello sbilanciamento che non venivano quindi menzionati e inclusi nel periodo) e i commenti su quei dati, evidentemente incompleti, e tali da ridimensionare il fenomeno, giustificavano le scelte effettuate dalla Regione minimizzandone la portata (Cfr. slide presentate nell'occasione).

3. Come nel caso del fallimento del gruppo privato Maugeri, avvenuto nonostante i finanziamenti pubblici illeciti accertati dalla magistratura – gruppo successivamente rilevato da una banca d'affari statunitense; e nel caso degli ingenti debiti accumulati nei confronti della Regione da parte di un ospedale privato, Fondazione Monza e Brianza per il Bambino e la sua Mamma – chiamato ad una sperimentazione gestionale a fianco di un ospedale pubblico, l'Ospedale San Gerardo di Monza. Collaborazione rivelatasi del tutto fallimentare...

4. Vedi il caso dell'ospedale Galeazzi che, dopo i fatti tragici della camera iperbarica, è passato dal gruppo Ligresti nelle mani del gruppo San Donato; e il caso della Clinica Santa Rita, una struttura privata dove si effettuavano interventi chirurgici inutili, che ora è a contratto con il SSL sotto altro nome. Solo per citare i casi più noti, ma l'elenco potrebbe essere molto lungo e aggiornato fino ai nostri giorni.

5. “DRG 2017 – Rapporto sui Ricoveri in Lombardia – 2017 (Versione Excel) aggiornamento del 08/11/2018”

6. Le ATS sono anche molto diverse in termini di popolazione residente e servita. La ATS della Città metropolitana di Milano tutela 3,4 milioni di abitanti e, all'opposto in termini dimensionali, la ATS della Montagna si occupa di meno di 300 mila cittadini/utenti.

7. Il modo di presentare le strutture di ricovero non è lo stesso se si confrontano le tabelle dei flussi regionali del report citato:

la n. 2.2.2 (riportante i casi di ricovero) e la tabella 3.1 (riportante le valorizzazioni dei ricoveri). In calce alle tabelle non si trovano didascalie che spieghino il motivo di questa differenza. In mancanza di precise delucidazioni e conoscendo la normativa contenuta nelle delibere di giunta, si può supporre che la differenza nei criteri di aggregazione delle strutture dipenda dal fatto di considerare le caratteristiche del gestore; la seconda tabella sembra raggruppare fra loro le strutture che rispondono ad un *gestore unico*.

8. Si rimanda ad uno specifico contributo sul tema.

9. L'ospedale pubblico di Viadana, a gestione privata nel 2017, secondo i programmi regionali dovrebbe trasformarsi in Presidio ospedaliero della Azienda socio sanitaria territoriale del Garda.

10. Considerati i problemi derivanti dalla insufficiente informazione, non è detto che si conoscano tutti i casi esistenti.

11. La J.P. Morgan è una delle principali banche d'affari del mondo.

12. Un altro gruppo diffuso in varie regioni italiane e presente all'estero, il Gruppo GVM Care & Research (Sansavino), operativo in 10 regioni italiane, e all'estero in 3 paesi, gestisce una struttura di ricovero a Lecco.

13. Il gruppo Don Gnocchi, anch'esso del settore sociosanitario, presente diffusamente in Italia, e che in Lombardia gestisce un IRCCS e un notevole numero di strutture di servizio socio-sanitario, per quanto riguarda le attività di ricovero sanitario si colloca appena al di sotto del gruppo KOS nella classifica riportata nella tabella n. 1, e cioè in 11° posizione.

\*Nota metodologica:

Le informazioni contenute nei paragrafi “Numeri e dati dello sbilanciamento verso il privato” e “Il posizionamento dei gruppi della sanità privata” sono il risultato di un lungo lavoro di ricerca e di elaborazione e non sono solo l'illustrazione e il commento di dati disponibili. Vale la pena ricordare come si è giunti a questi risultati anche per dare una possibilità di riscontro alle critiche sulle carenze informative da me precedenti

temente formulate.

La fonte primaria utilizzata sono le tabelle del report della Regione Lombardia: “*Analisi Prestazioni: Ricoveri*” e in particolare la tabella 3.1 dal titolo “*Importi per singolo istituto di ricovero e tipo di ricovero – Anno 2017*”. I dati, resi disponibili su un esteso foglio excel (in Risorse), sono presentati struttura per struttura, ognuna delle quali descritta su più righe. La struttura viene nominata, indicando il comune in cui ha sede e la valorizzazione delle prestazioni riferite all’anno, distinte in ricoveri ordinari e ricoveri in day hospital e articolata per “*acuti*”, “*riabilitazione*” e “*altro*”. L’ordine con il quale vengono riportate le strutture, riga dopo riga, non prevede una chiara separazione delle pubbliche dalle private né tiene conto dell’appartenenza territoriale delle medesime, in quanto le strutture di un certo territorio provinciale o di una specifica ATS non vengono raggruppate tutte insieme (per esempio, le strutture di ricovero presenti nel milanese si trovano disseminate qua e là lungo il foglio).

Quindi, il lavoro consiste innanzitutto nell’attribuire ogni struttura alla provincia di riferimento (e, in seconda battuta, alla ATS); poi si tratta di capire se si tratta di una struttura pubblica o privata (non è sempre chiaro) e, per ultimo, una volta identificate le strutture private, si deve stabilire quale sia l’eventuale gruppo di appartenenza, posto che sui siti dei principali gruppi della sanità privata vengano indicate tutte le strutture di ricovero e la loro precisa localizzazione. Provincia per provincia, in questo modo si è in grado – con buona approssimazione – di identificare le strutture pubbliche e le private, quindi di calcolare l’importo di valorizzazione diviso per settore pubblico e privato e per finire l’importo di valorizzazione dei ricoveri per ogni gruppo della sanità privata riconosciuto. È ciò che è stato fatto. Davvero un procedimento lungo e macchinoso che potrebbe esserci risparmiato se l’istituzione Regione, oltre a produrre elaborazioni nelle più svariate combinazioni, fornisse quadri di sintesi anche di questo tipo.



Trombone (*Narcissus pseudo-narcissus*)

# Riforma della sanità lombarda? D'ora in poi solo a carte del tutto scoperte

di Maria Elisa SARTOR\*

## Nota introduttiva

Anche grazie al contributo di liberi ricercatrici e ricercatori – come l'autrice di questo saggio – giornaliste/i e attiviste/i che da anni studiano e denunciano le storture del modello sanitario privatistico non solo in Lombardia, si organizzano in questi giorni numerose manifestazioni e si moltiplicano gli appelli per una revisione dei servizi sanitari nazionale (SSN) e regionali (SSR). È più semplice denunciare gli errori, le dimenticanze e le controproduttività dei modelli esistenti, pubblici e privati; ben più complesso è comprendere le cause profonde della loro inefficacia per riproporre 42 anni dopo la stessa visione unitaria della salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” che univa in una sola prospettiva gli ambienti di vita e di lavoro, richiamati la legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale in Italia.

Maria Elisa Sartor – docente di *Programmazione, organizzazione, controllo nelle aziende sanitarie* alla Statale di Milano – ribadisce i principi di “coerenza unitaria” dei modelli sanitari universalistici mettendo in guardia da semplificazioni che, proponendo scorciatoie per affrontare separatamente i problemi della salute, rischiano – proprio come sta accadendo – di indebolire l'intera struttura sanitaria e sociale, che deve operare, certamente nell'interesse primario dell'individuo bisognoso di cure, ma con ancor più determinazione nell'interesse generale della società di cui l'individuo fa parte.

Enzo Ferrara

## SSN E SSR: IMPROVVISAMENTE SE NE DISCUTE

Ormai è chiaro. La pandemia Covid-19 è anche un test di tenuta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel suo insieme e nelle sue articolazioni regionali (SSR). Alla prova del virus, le persone hanno visto il Servizio Sanitario della propria regione reggere bene o soccombere, in parte o del tutto. Per la prima volta, anche chi non se ne era mai interessato, si è forse domandato *se impianto e funzionamento del proprio SSR fossero adeguati*. La risposta è stata negativa per qualcuno. Non erano adeguati. Ma non è stato così per tutti i SSR, alcuni sono stati del tutto all'altezza della sfida, almeno per ora.

Un po' alla volta è stato possibile intendere che esistevano delle differenze, a parità o quasi di diffusione del virus. Si è capito che una configurazione di SSR era meglio di un'altra perché facilitava comportamenti di contrasto della pandemia opportuni ed efficaci e aveva risvolti positivi sulla velocità di intervento (1). Nei casi di una risposta apparsa appropriata a posteriori, giustamente non si è pensato che questi buoni risultati potessero essere dovuti ad una combinazione casuale di fattori positivi. Anche se, in un caso almeno, il fortunato ritorno in Italia e il contemporaneo incarico all'Università di Padova di un medico romano di fama internazionale, esperto nello studio e controllo delle epidemie, e disponibile a offrirsi come consulente del SSR, può essere stato un fattore decisivo, che si è aggiunto ad altri più strutturali, per il riconosciuto successo di una delle regioni del Nord fra le più colpite: il Veneto.

\*Professore a contratto,  
Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità,  
Università degli Studi di Milano

## SSR LOMBARDIA: CAMBIANO LE RAGIONI DEL SUO STARE ALLA RIBALTA

La Lombardia è stata forse la regione che ha stimolato il maggior numero di domande sull'efficacia del suo Servizio Sanitario sia presso i propri cittadini sia nel Paese. Come si potevano spiegare esiti così catastrofici al passaggio della pandemia in una Regione supposta eccellente nel settore della sanità? 16.000 morti circa dall'inizio della pandemia ai primi giorni di giugno 2020. Dagli altari alla polvere, perché? Data per scontata l'impreparazione dovuta alla non disponibilità dei vaccini e di cure farmacologiche adeguate, comunque trasversale a tutte le regioni, per quanto riguarda altri tipi di impreparazione o di inadeguatezza, da identificare, si trattava di carenze gestionali o di carenze dovute ad aspetti più di fondo? Per esempio, *l'insufficienza strutturale del modello*.

Si è passati dal considerare – innanzitutto e prevalentemente – le caratteristiche del virus, e con esse la sua difficile identificazione, conoscenza, la possibile diffusione e le modalità opportune del contrasto, al considerare gli errori procedurali della Regione e, per finire, si è arrivati a porsi il problema di quanto avesse contato nel disastro la configurazione del modello misto pubblico-privato in una specifica versione. E poi, dallo spostamento di focus su aspetti diversi del problema si è passati alla considerazione delle evidenti connessioni fra tutti gli aspetti che erano stati considerati.

Si è compreso un po' alla volta che gli errori procedurali (ormai accertati dalla ricostruzione giornalistica), l'insufficiente possibilità di intervento extra-ospedaliero (anche questa accertata nelle situazioni più drammatiche), il ritardato e limitato intervento della componente privata del sistema, e il mancato o insufficiente esercizio delle responsabilità da parte del governo regionale della sanità, non erano disgiunti da *come era stato concepito e realizzato il modello di SSR*.

Da qui, ha avuto origine una sacrosanta richiesta di informazione e di trasparenza (ancora purtroppo in certi casi disattesa) e si

è imposto da più parti il tema di una riconsiderazione della macro-organizzazione dei SSR meno efficaci.

In particolare in Lombardia si sta sempre più affermando – sottotraccia, ma talvolta emerge in superficie – *l'intenzione di una riforma del modello*, anche da parte della maggioranza al governo della Regione. Questa svolta sarebbe stata del tutto impensabile fino a qualche settimana fa. Ma, se sta accadendo tutto questo, è anche per un incredibile combinarsi di eventi. Una fortuita opportunità di modificazione del SSR della Lombardia sta fornendo da subito l'occasione di proporre una sua revisione durante la fase 3 della pandemia, e sta costringendo gli attori in gioco ad una accelerazione di tale processo, in quanto esiste un vincolo temporale stringente. La *causa* della considerazione di una possibile revisione della riforma del SSR è una disposizione di legge del dicembre 2015 (LR 41/2015). Essa prevede che *entro l'11 agosto del 2020 si svolga la verifica della macro configurazione organizzativa* del SSR derivante dalla *legge regionale di riforma di Maroni* (LR 23/2015), che include la verifica delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST). Quella disposizione – che al governo della Regione Lombardia fino al 2019 era sembrata una iattura da evitare, tanto da indurre il Presidente della regione Maroni a sottoscrivere nel 2016 un protocollo con il Ministro della Salute Lorenzin, con cui si tentava di aggirare l'applicazione della disposizione stessa –, appare in questi giorni come un'opportunità per il governo Fontana, in quanto consente di riconfigurare in parte un modello risultato invisibile ai cittadini lombardi. Si tratterà quindi di *formulare una valutazione sulla riforma del 2015 entro la scadenza estiva, cui seguirà con ogni probabilità una proposta di riforma*.

È al tempo stesso interessante e preoccupante notare che, per fornire idee di riforma, si stiano facendo avanti coloro che dal 1995 fino al 2013 (sono gli anni dei governi Formigoni) hanno ideato paradigmi, imposto principi costitutivi e costituito i presupposti strutturali del SSR di oggi. Non a caso

la riforma Maroni si è auto-qualificata come “*evoluzione*” della Riforma Formigoni.

### **RIFORMA NECESSARIA ... MA SERVE ANCHE UN METODO DI VERIFICA DELLE PROPOSTE IN CAMPO**

Facciamo un passo indietro. Il SSN nelle regioni e nelle province autonome ha assunto forme diverse, e non persegue, in ogni sua realizzazione regionale, nello stesso modo, il dettato della Costituzione italiana. È il risultato di orientamenti politici dissimili e presenta gradi di privatizzazione diversi.

Se si tratta di proporre una modificazione del modello in Lombardia, non ci si può aspettare, qui come forse altrove, una ricomposizione miracolosa dei punti di vista e degli interessi in campo a livello regionale, tale da far nascere una sola proposta di riaggiustamento del modello di sanità che metta tutti d'accordo.

Molti sono i soggetti e le forze che si stanno predisponendo a proporre soluzioni ai gravi problemi di mancata tutela del cittadino evidenziati dal SSR della Lombardia, cercando di non perdere il terreno conquistato in termini di posizionamenti strategici nel quasi-mercato della sanità della regione o il consenso verso i propri elettori. E poi, non si tratta certo solo di qualche criticità cui contrapporre un rimedio, un correttivo parziale (per esempio, non sarebbe opportuno affermare “*teniamo il modello misto pubblico privato così come è ora e aggiungiamo ciò che manca nella medicina di territorio...*”). Di chiunque sia l'iniziativa, la proposta di riforma del SSR lombardo richiede prima di tutto la conoscenza dello stato di fatto e, in ogni caso, che venga formulato *un vero progetto (di massima e dettagliato)*, come si trattasse di dover costruire un ponte. E come nel caso del ponte, è sulla base di un buon progetto che può essere costruito un efficace SSR e per effetto di una costante buona manutenzione, poggiata su efficaci controlli del suo funzionamento, che il SSR può continuare a svolgere al meglio le sue funzioni.

### **IL PROGETTO DI RIFORMA**

Quali sono i presupposti di un buon progetto? Il progetto deve essere qualcosa di *unitario, coerente, logico*. Ben costruito in ogni

sua parte, *di massima e di dettaglio*.

Nel caso del ponte, le funzioni sono molto chiaramente identificabili: collegare due porzioni di territorio consentendo e facilitando la mobilità (di persone e merci) in sicurezza, in entrambe le direzioni. Molto più articolate sono invece le funzioni da garantire nel caso del SSR, e meno evidenti le sue caratteristiche, trattandosi di un artefatto molto più complesso, che svolge le sue funzioni nel territorio regionale, e le cui realizzazioni sono spesso intangibili e difficilmente e compiutamente conoscibili negli



Ginestringa comune

esiti, nel loro complesso. Soprattutto per i cittadini (anche se questi sperimentano in modo diretto, e subito, ciò che non funziona). E, per finire, si presuppone che il Servizio sanitario regionale debba essere in armonia con altri SSR in ambito nazionale, essendo riconducibile al Servizio Sanitario Nazionale.

La buona salute è l'esito atteso di questo artefatto, il mantenimento in vita delle persone in buone condizioni di salute. Nella fase più acuta della pandemia è proprio quello che è mancato, e non solo perché il virus era sconosciuto e senza una specifica cura. È mancata la capacità del Servizio sanitario lombardo di prendersi cura adeguatamente (per quanto possibile, data l'assenza di vaccini e di farmaci per la cura) degli operatori sanitari e di coloro che avevano la necessità di essere comunque assistiti. Sono stati abbandonati invece a loro stessi e per questa ragione moltissime persone sono tragicamente decedute.

Quando dico che serve un progetto vero e proprio, intendo dire che la *proposta di*

*riforma che si racchiuderà in un progetto, pur stimolata da una pluralità di idee, non potrà essere una ricomposizione scomposta di una miscellanea di idee diverse.* Un pezzo della proposta A di una certa fonte che si combini con una frazione della proposta B di un'altra fonte, giusto per accontentare tutte le parti che vogliono dire la loro. Il progetto non potrà essere costituito da frammenti così procurati. Se così fosse, sarebbe come se al progetto di un ponte basato sulla logica costruttiva della tensione (struttura a tensione) si aggiungessero elementi costruttivi di un ponte ideato su altri principi costruttivi (per esempio, quelli di una struttura ad arco). Difficilmente il ponte potrebbe stare in piedi.

Se ci sarà più di una proposta da discutere, che contiene un modello di SSR coerente al suo interno, questa, dovrà essere considerata o scartata nel confronto con un modello altrettanto coerente, di altro tipo, contenuto in un'altra proposta, sua concorrente.

Vorrei soffermarmi ancora un po' di più sul progetto e su cosa renda diversa una proposta di riforma da un'altra: il suo rispondere o meno pienamente al dettato costituzionale; la sua efficacia nel garantire i diritti di salute; la misura effettiva della centralità del paziente; l'intrinseca capacità di realizzare sia le funzioni che servono a prevenire gli stati di malattia o di infortunio sia le funzioni che consentono di erogare le prestazioni rivolte al cittadino/paziente necessarie alla sua salute; l'appropriatezza dei servizi offerti; in quale quota mantiene in mano pubblica l'erogazione dei servizi; il grado di controllo effettivo delle prestazioni degli erogatori, soprattutto privati, nel caso di modello misto. Essendo i servizi pagati dal contribuente, i due ultimi aspetti risultano fondamentali.

Spero che gli attori che si sentono chiamati alla realizzazione di una proposta di riforma capiscano che la fase che attraversiamo di pandemia - che ha prodotto un numero impensabile di vittime in Lombardia, e anche per gli impatti che essa avrà nel futuro di tutti noi - richiede loro, diversamente che per il passato, *un gioco a carte scoperte fra "giocatori" evoluti e responsabili. Almeno, è augurabile, responsabili fino al*

*punto di dichiarare gli obiettivi che intendono perseguire.*

*I principi costruttivi del SSR potrebbero essere quelli già usati per gli SSR "integrati" e maggiormente pubblici (Servizi Sanitari Regionali che, alla prova del virus, hanno dimostrato di funzionare meglio - e in questo caso non occorrerebbe cercare molto altrove) o, teoricamente, se ne potrebbero proporre anche di nuovi. Prima però di scegliere una proposta, tutti i principi costruttivi alla base di tutti gli eventuali progetti di riforma in campo (per il ponte: tecnica a tensione o ad arco? o quale altra?) dovranno essere - e si dovrà pretendere che siano - esaustivamente esplicitati. E questo per avere preventivamente un'idea degli effetti che i principi, una volta implementati, tenderanno a produrre.*

Per capirci: affermare, come hanno fatto gli ultimi due governi lombardi, che la politica della Presa in Carico dei cronici e/o fragili dei governi Maroni e Fontana (nota come la politica della PIC) è una mera innovazione di servizio rivolta ai malati cronici basata su una delle due logiche di *People Health Management* (PHM) di derivazione statunitense utilizzate in Italia, non è esplicitare del tutto i criteri costruttivi della proposta, mentre completare tali dichiarazioni aggiungendo che la politica della PIC realizza molteplici sottosistemi autonomi all'interno del SSR - integrati, in prevalenza privati, indipendenti e non sottoposti a uno stretto controllo pubblico -, lo è. Si potrebbero, per esempio, dimostrare ampiamente i principi costruttivi di questa politica realizzando una mappa che evidenzia le funzioni che vengono riaggregate e integrate in capo ai gestori della PIC.

Nel caso della PIC, i criteri costruttivi di tale politica, che modificano l'impianto complessivo del SSR lombardo e non sono stati mai esplicitati da chi li ha proposti, sono i seguenti: *"integrare la quasi totalità delle funzioni tipiche del SSR alla sua base, dentro organizzazioni "gestori della PIC", nuove o già entrate nel SSR, collocate al livello della medicina di base, in una porzione del Servizio Sanitario Regionale molto critica, quella che consente ai cittadini l'accesso ai servizi".* Le funzioni/attività

integrate dei gestori della PIC sono: dimensionamento del volume dei servizi di presa in carico erogabili; reclutamento dei cronici tramite i Medici di medicina generale (MMG); stipula di un contratto privatistico con il paziente: il “*patto di cura*”; pianificazione dell’assistenza caso per caso; committenza ad altri erogatori e/o auto-committenza dei servizi per i propri assistiti. In altre parole, i gestori e le loro filiere diventano una molteplicità di piccoli o grandi Servizi sanitari a sé stanti in un più esteso Servizio Sanitario Regionale.

Se i criteri costruttivi del modello non venissero esplicitati – come nell’esempio appena fornito – *coloro che li dovrebbero comprendere per discuterli nelle sedi istituzionali* (i politici e i loro staff tecnici) *dovrebbero esser chiamati a ricavarli per deduzione dalla proposta, e dovrebbero fare il massimo per rendere note ai cittadini le conseguenze delle loro applicazioni.* I principi/criteri costruttivi vanno esplicitati per quello che sono in realtà e, una volta esplicitati, si devono poter discutere e, avendoli ben compresi, il passo successivo sarà quello di misurarli e verificarli, soprattutto osservandoli nelle realizzazioni già disponibili in altri SSR. O, se nuovi, adoperarsi perché vengano messi alla prova.

Se ritenuti validi e quindi approvati, da questi principi si può consapevolmente dar forma ad un progetto che li realizzi, che sia coerente al suo interno. Progetto che non può essere ulteriormente trasformato nella fase di implementazione, non rispettando i principi costruttivi stessi (anche in questa fase, si rende indispensabile una sorveglianza).

La riforma, insomma, deve nascere da *una sorta di progetto architettonico*. Deve far in modo che si possano realizzare le funzioni che consentono di attuare i principi costituzionali di tutela della salute. Non tutte le proposte di riforma realizzano pienamente i principi costituzionali e non è sempre facile comprendere quali siano le proposte che davvero li realizzano. Ci sono modelli di SSR che facilitano la privatizzazione, modelli che la contengono, modelli che tendono ad escluderla. Per esempio, la privatizzazione del Servizio, con un ruolo istitu-

zionale del pubblico debole, realizza o contrasta i principi costituzionali? Una volta inteso quali *finalità* e quali *principi cardine* del modello si intendano sostenere, si può procedere alla definizione di dettaglio del progetto/proposta.

### NEL PASSATO DELLA LOMBARDIA, QUALI RIFORME DA FORMIGONI IN POI E QUALI RICADUTE PER L’OGGI

La sanità in Lombardia oggi soffre soprattutto degli esiti di lungo periodo dell’impianto e degli interventi realizzati dai *governi Formigoni* (4 mandati, uno inter-

Crescione dei prati



rotto prima della scadenza naturale per motivi giudiziari). Brevemente tento di riassumerli qui, rimandando gli approfondimenti ad altri successivi contributi (2):

- *istituzione del quasi-mercato della sanità* (3). A posteriori il quasi-mercato appare come una realizzazione costosa e forzata che si basa sulla idea – sbagliata, in quanto nella sostanza impraticabile - di una parità di diritti e doveri e di trattamento da parte di un ente regolatore pubblico riferiti a soggetti organizzati, pubblici e privati, che erogano servizi per il SSR;
- *centralismo regionale* che, ad una analisi approfondita degli interventi realizzati nei 18 anni ininterrotti di governo, si è scoperto che è servito a perseguire al meglio il depotenziamento degli erogatori pubblici e il potenziamento e la legittimazione degli erogatori privati;
- un eccesso di *logica economicistica portata alle estreme conseguenze*, avara con il pubblico e sperperante con il privato;
- un discutibile gioco “*io vinco/tu perdi*”

fra erogatori (win/lose) che ha fortemente *ridimensionato* la necessaria attenzione all'*epidemiologia* e, con essa, ha svuotato le *funzioni di programmazione e di prevenzione* in senso lato, mantenendole solo in parte, e consegnato interi *ambiti della sanità ai soli privati* (insieme alla odontoiatria, tanti altri servizi sono stati del tutto privatizzati in misura assolutamente non paragonabile a quella di altri governi regionali della sanità);

- la *desertificazione della infrastruttura pubblica territoriale*;

- il *non ripristino della compagine dei Medici di medicina generale* - che, ai tempi, era già noto si stesse via via impoverendo - e il connesso avvio del *progetto di aziendalizzazione e privatizzazione della medicina di base* tramite le *sperimentazioni CReG (Chronic Related Group)* riferite ai pazienti cronici. Tali sperimentazioni sono state possibili ricorrendo alla consolidata collaborazione con le cooperative dei MMG, viste come sostitutive del singolo professionista della medicina generale. Le cooperative di MMG nelle vesti di gestori della PIC, o di gestori delle articolazioni territoriali delle ASST, sono cosa diversa dalle strutture dell'associazionismo fra medici di base, oggetto della normativa nazionale e la loro analisi richiederebbe uno specifico approfondimento.

Non si può criticare la politica dei governi di Formigoni per una incoerenza complessiva del suo progetto di riforma, anche se alcuni aspetti del disegno non sono del tutto congruenti. Pur trattandosi di un progetto, dal mio punto di vista, non condivisibile nelle finalità, non posso non ammettere una lucidità strategica ed operativa da parte di un gruppo di politici, funzionari, accademici nel trasformare il Servizio Sanitario Regionale. Ma, al di là degli slogan pronunciati dagli ideatori del modello, e delle apparenze che potrebbero distoglierci da un'indagine mirata su ciò che non veniva messo in evidenza nella comunicazione ma era di maggior rilevanza (è questo che intendo quando dico che serve esplicitare!), la domanda che ci si dovrebbe fare è la seguente: *quanto quei lunghi anni di governo ininterrotto hanno sposta-*

*to l'attenzione dell'Ente Regione (e non di un singolo protagonista apicale) dall'utente del SSR (il cittadino) a specifiche categorie di portatori di interesse: i soggetti erogatori della sanità privata soprattutto profit e le cooperative della medicina di base (privato non profit)?*

Quel modello rispondeva a *paradigmi nuovi* (sussidiarietà orizzontale), ad una *strategia/finalità ben delineata* (di privatizzazione del servizio), a *principi costruttivi specifici che realizzavano quella finalità*, quindi coerenti con essa e di grande impatto nel modificare il modello (separazione delle funzioni di erogazione dei servizi dalle altre funzioni, per far entrare massicciamente nel settore gli erogatori privati; svuotamento della territorialità e della funzione dei distretti con il trasferimento presso gli ospedali di alcuni dei servizi territoriali; innovazione dei servizi in modalità che consentissero di classificare come territoriali servizi che venivano comunque erogati negli ospedali; sviluppo di nuove aree di servizio esclusivamente affidate ai privati).

Posto che la coerenza delle finalità del progetto con i passaggi che lo realizzano passo dopo passo non è sufficiente a fare di una riforma un buon modello di SSR, serve in ogni caso ribadire l'importanza di tale coerenza per due ragioni fra loro collegate.

In generale, perché *la coerenza serve a perseguire e a raggiungere gli obiettivi*. Se non c'è coerenza/congruenza, qualsiasi siano le finalità del modello, difficilmente questo riuscirà a raggiungere gli obiettivi per cui è stato realizzato. E quindi, ad una eventuale inaccettabilità dei fini di uno specifico modello di sanità proposto, si aggiungerebbe anche il caos derivante da *comportamenti disfunzionali che derivano dalla incoerenza del modello stesso*. La seconda ragione è che *la mancata coerenza del modello - di cui sono disponibili esempi al limite del paradosso - è dannosa di per sé, in quanto non fa funzionare bene il modello, nemmeno in periodi di ordinaria amministrazione*. Le proposte di riforma vanno quindi rifiutate sia *quando non perseguono un certo tipo di fini* che si ritengono assolutamente da perseguire (costituziona-

li, in primis), sia *quando sono intrinsecamente incoerenti nel modello e per questa ragione producono confusione e paradosso*.

Il modello realizzato dopo i governi Formigoni, da *Maroni in poi*, non solo non ha cambiato l'orientamento di fondo precedente (ha mantenuto il quasi-mercato in versione privatizzante), segnando così una continuità con i governi precedenti, ma ha anche mostrato ampiamente l'incoerenza dei suoi principi costruttivi. Presenta infatti *criteri costruttivi disomogenei e incompatibili*, che sono il frutto di logiche contrapposte, alcuni dei quali forse inclusi in sede di discussione politica nel Consiglio regionale, in forma di emendamenti alla proposta presentata alla discussione dalla maggioranza di governo o da una delle sue componenti. In ogni caso, nel passato, nessuno ha rilevato che costituissero qualcosa di incompatibile con qualche altro elemento o aspetto già deciso del SSR.

#### **ESEMPI DI INCONGRUENZE DELL'ATTUALE MODELLO DI SSR**

Riporto qui, fra gli altri che potrei esporre, un esempio di incongruenza/paradosso nell'impianto attuale di SSR lombardo.

Da un lato, *mantenere il modello di quasi-mercato per la funzione di erogazione dei servizi*, laddove sono in concorrenza gli erogatori pubblici con gli erogatori privati su un supposto piano di parità (realizzando la negazione del principio della sovraordinazione del pubblico sul privato: che detto in altri termini, significa che si nega che il pubblico resti l'attore più importante, quello che ha l'ultima parola). Dall'altro, attribuire all'erogatore pubblico dei servizi (ospedalieri e territoriali), le Aziende Socio-Sanitarie Territoriali, le ASST, il coordinamento della rete di erogazione del loro territorio, costituita dagli erogatori pubblici (che sono sue articolazioni) e costituita anche da tutti gli erogatori privati, soggetti di fatto del tutto autonomi, anche se posti formalmente su un piano di parità con le ASST, in quanto esse stesse strutture erogatrici. *Insomma, stando alle regole del quasi-mercato, le ASST dovrebbero coordinare i soggetti con cui sono*

*chiamate a competere*.

Un altro esempio ci fa entrare in un problema organizzativo di macro divisione del lavoro incongrua: la politica della presa in carico dei cronici (PIC), già ampiamente impostata in precedenza da Formigoni pensando in primis ad un ruolo forte delle cooperative dei Medici di Medicina Generale (istituzione dei CREG), realizza in una certa misura la *aziendalizzazione della medicina di base* già ipotizzata, ma in una modalità diversa rispetto al passato, burocratizzando e ridimensionando (soprattutto nelle sue prime intenzioni, in



parte corrette per la protesta dei medici di base stessi) il ruolo del medico di base. La politica va nel senso di cedere a nuovi soggetti privati, non sempre già accreditati, la facoltà di prendere in carico pazienti cronici e/o fragili e di obbligare i pazienti a sottoscrivere un contratto privatistico con loro (anche quando si tratta di ASST, quindi in ambito pubblico): il cosiddetto *"patto di cura"*. La fonte di incongruenza, in questo caso, è che i Medici di medicina generale della Lombardia devono instaurare rapporti con le ASST, gestori pubblici della PIC, e con i numerosi gestori privati della PIC, per la gestione dei propri assistiti malati cronici e con la ATS per la regolazione dei rapporti amministrativi burocratici e gestionali riferiti a tutti i loro pazienti. Troppi interlocutori, a quanto pare.

La riforma Maroni, in senso lato, ha aggiunto logiche, finalità, principi incompatibili con il SSN tradizionalmente inteso e anche inefficaci di per sé, nella inconsapevolezza – pare- di ciò che questo fatto

avrebbe potuto produrre: improvvisazione e ingestibilità.

Nel formulare e verificare le proposte di riforma del SSR della Lombardia – che cominciano embrionalmente già in questi giorni a fioccare sui media – dovranno entrare in campo per la verifica della *completezza, proponibilità, sostenibilità e tenuta del modello* coloro che sono in grado di analizzare i problemi di coerenza interna dei macro modelli organizzativi. I medici e gli operatori sanitari dovranno fare lo sforzo di occuparsi a 360 gradi del SSR (non solo di un circoscritto spaccato, il loro), tenendo conto della finalità ultima del modello decisa con il contributo indispensabile dei cittadini e portata avanti dai politici che li rappresentano.

#### **A CARTE SCOPERTE, PER I CITTADINI**

Ci si deve preparare a formulare solo *proposte coerenti*, che tengano anche conto del contesto (senza dover per forza co-progettare con gli stakeholder, soprattutto se i cittadini intendono appoggiare proposte che si prefiggano il contenimento degli stakeholder più ingombranti). È il cittadino che deve essere sentito e non gli erogatori privati che sono stati chiamati a servirlo. Altrimenti dove sta la tanto declamata centralità dell'utente? Ci si deve anche preparare a *contrastare con efficacia le proposte* di partiti, gruppi politici e stakeholder, anche per il tramite di studiosi o accade-

mici, *che non rispettino ciò che si ritiene irrinunciabile per un SSN.*

Proposte che – come si diceva – possono essere *non accettabili in toto per le finalità che perseguono* (frammentazione e disaggregazione del Servizio, difficoltà di controllo, privatizzazione presupposta, orientamento a far crescere le disuguaglianze fra territori) e/o *per incoerenza interna* (affermazione di principi che risultano incompatibili all'interno dello stesso modello; incompletezza del disegno con riferimento alle funzioni; non raccordo fra le parti del Servizio, difficoltà di funzionamento, delimitazione dei confini dei territori disfunzionali in quanto rendono meno possibile il controllo).

Ecco i quattro ambiti da analizzare delle proposte che verranno messe in campo: *finalità ultime, principi costruttivi* su cui si basano, *configurazione strutturale macro del modello* (complessità e modularità), *dettagli di implementazione del modello* (da prefigurare e poi controllare, verificando la coerenza con i principi affermati).

Nelle precedenti proposte di riforma, il confronto, ammesso si sia davvero svolto nelle modalità opportune, è stato su singoli aspetti del macro-modello, presi singolarmente. Per esempio, numero delle articolazioni organizzative del Servizio, modalità di fusione fra unità operative, denominazione delle unità operative. Ma non è questo il punto.

#### Note

1. Sui ritardi di intervento della sanità privata in Lombardia, vedi M.E. Sartor, *Niente è in grado di sostituire la sanità pubblica, nemmeno in Lombardia*, marzo 2020 <https://gliasinirivista.org/autore/aria-elisa-sartor/>; <http://serenoregis.org/2020/03/06/niente-e-in-grado-di-sostituire-la-sanita-pubblica-nemmeno-in-lombardia-maria-elisa-sartor/> ; <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=9321>

2. Mi riferisco in particolare a una analisi dei processi di regolazione istituzionale del quasismercato e del mercato diretto della sanità in Lombardia, i cui risultati saranno presto pubblicati.

3. Si veda Marco Brando di *Striscia rossa on line* – 20 aprile 2020. Una mia breve ricostruzione della svolta formigoniana è riportata nell'articolo <http://www.strisciarossa.it/tag/maria-elisa-sartor/>



# LE DONNE NELLA SCUOLA

## Lavoro, salute e ruolo educativo relativo all'emancipazione femminile

di Rino ERMINI

*Servono tre chiarimenti preliminari. Il primo: le riflessioni che seguono non sono evidentemente soltanto mie né tanto meno di mia invenzione, ma appartengono a non poche persone che si sono occupate o si occupano del ruolo della donna e dell'emancipazione femminile, fra esse molte insegnanti in ogni ordine e grado di scuola, da quelle dell'infanzia alle università. In secondo luogo: avendo insegnato a lungo nella scuola media inferiore e poi in quella superiore (uso una terminologia in parte superata dalle "riforme" liberiste degli ultimi decenni poiché credo che così ci si comprenda meglio), ho cercato per quanto possibile di tradurre in pratica quello che pensavo e penso; quindi nell'espone le mie idee mi sono anche avvalso di esperienze concrete che invero sono state quelle che più mi hanno fatto voler bene al mio mestiere e soprattutto, almeno credo, hanno reso migliore la mia azione politica, sindacale e didattica nella scuola. Da ultimo: nel mio discorso mi riferisco per comodità al solo corpo docente, in particolare femminile; lascio fuori il personale ATA (Amministrativo, Tecnico ed Ausiliario), le studentesse e gli studenti, categorie per le quali, se da una parte si potrebbe fare un discorso analogo a quello relativo agli insegnanti, dall'altra sarebbero inevitabili non poche sfumature e considerazioni diverse.*

### **LE QUESTIONI POSSIBILI OGGETTO DI INSEGNAMENTO E IL "FAR POLITICA A SCUOLA"**

*Ritengo che nella scuola quasi qualunque argomento (mi riferisco non ai temi propri di ciascuna materia di insegnamento, ma alle questioni inerenti la nostra vita sociale) possa essere trattato indipendentemente dall'età delle studentesse e degli studenti, basta che il docente o la docente adeguino il linguaggio e la complessità del discorso all'età delle persone che hanno di fronte. Questa affermazione potrebbe sembrare ovvia, ma è bene ribadirla. Ci sono infatti non pochi insegnanti che dicono di non voler trattare certi argomenti alle elementari o alle medie inferiori, o magari anche alle superiori, perché troppo difficili o troppo particolari, non adatti insomma ad un bambino o a un adolescente. Certo, esistono argomenti più difficili di altri o particolari. E non nego che ve ne possa essere qualcuno da escludere a priori. Ma in genere si tratterà soltanto di trovare il linguaggio giusto per proporli a chiunque, dalle elementari alle superiori. Ne sono convinto, perché se non è la scuola che affronta nella propria opera educativa questioni di grande importanza e rilevanza sociale, come potrebbe essere ad esempio quella del ruolo della donna e dell'emancipazione femminile, mi*

*domando chi mai allora potrà farlo.*

*La questione tuttavia andrebbe vista anche sotto un'altra ottica: non pochi fra coloro che sostengono che non si debbano affrontare temi "difficili" o più complessi o troppo particolari, sono soltanto docenti che vogliono darsi uno schermo per nascondere la loro volontà di "non parlare" di argomenti che non rientrano nel loro orizzonte politico o che più semplicemente esulano dalla loro materia di insegnamento. Nella sostanza siamo quindi di fronte alla classica affermazione che "non si fa politica a scuola", dietro la quale sta probabilmente una posizione di destra che non tollera le posizioni contrarie alle proprie. Mi è capitato di incontrare docenti che sostenevano non si dovesse parlare dell'aborto in un'aula scolastica, una questione che se la si affrontasse consisterebbe semplicemente nel chiarire che nel nostro Paese esiste una legge dello Stato che in determinate circostanze consente a una donna di abortire, ma se capitava ad essi di doverne parlare con i loro studenti non si facevano scrupolo di sostenere con veemenza che l'aborto fosse un omicidio. Ergo: la posizione di spiegare e sostenere la legittimità dell'aborto non era lecita a scuola (perché "di sinistra"), mentre lo era quella, di destra, di attacco a una legge che lo consen-*

te. Sarebbe interessante andare a vedere che cosa raccontano in proposito gli insegnanti di Religione Cattolica, in particolare quelli integralisti.

**L'INSEGNANTE DONNA IN QUANTO LAVORATRICE, IN PARTICOLARE RISPETTO ALLA SALUTE, AGLI AMBIENTI SALUBRI, ALLE MALATTIE PROFESSIONALI E ALLA PREVENZIONE.**

*Dell'insegnante donna nella scuola si può parlare da due angolazioni diverse: come lavoratrice e come educatrice.*

*Si può parlare dell'insegnante come lavoratrice, perciò come persona soggetta a un contratto, con certe regole e certe conseguenze che ne determinano il suo rapporto con l'amministrazione, con i colleghi, con gli utenti; quindi come persona soggetta a condizioni di lavoro che sono in generale quelle della società in cui viviamo e del settore in cui opera, ma anche, nello specifico, della singola scuola in cui in quel periodo della sua vita sta "vendendo" la propria forza lavoro. Detto in altre parole, si può parlare di una donna che ogni giorno si reca a lavorare per portare a casa uno stipendio ed ha a che fare con un padrone (in questo caso lo Stato rappresentato dal dirigente scolastico), con tutto quel che consegue nella vita privata da un rapporto di lavoro dipendente.*

*In questo ruolo di lavoratrice può esserci accettazione passiva della propria situazione o un atteggiamento critico. Accettazione passiva vuol dire non mettere in discussione niente di quello che le accade. Il lavoro può o non può piacerle, può crearle problemi o meno, può viverlo tranquillamente o no, ma non si pone nella condizione di*

*ragionarci sopra ed assumersi il compito e l'obiettivo di relazionarsi con i colleghi e le colleghe allo scopo di modificare la situazione attraverso il proprio intervento. Il contrario è decidere per un atteggiamento critico che può tradursi in un intervento diretto, in prima persona, senza intermediazioni; o tramite l'intermediazione di un sindacato di cui potrà far parte però attivamente. Nella realtà oltre a queste due ipotesi esistono evidentemente una serie di varianti possibili. Si trovano donne molto attive, altre che si limitano a seguire gli ordini di un sindacato, altre ancora che mugugnano per la loro situazione ma non muovono un dito e altre ancora che ritengono di non avere problemi e quindi accettano di buon grado la propria condizione di lavoratrici nell'insegnamento con piena soddisfazione.*

*Personalmente ritengo che uomini e donne che fanno gli insegnanti debbano nel loro posto di lavoro occuparsi della propria e dell'altrui condizione in quanto lavoratori e lavoratrici e quindi fare "sindacalismo", cioè agire direttamente per rivendicare migliori condizioni di lavoro e migliori diritti, o almeno difendere quelli acquisiti. E direi anche "fare politica", cioè non occuparsi soltanto di questioni strettamente sindacali, poiché si è anche cittadine e cittadini e non possiamo disinteressarci di ciò che ci accade intorno, fosse appena fuori dell'uscio di casa nostra o dall'altra parte del pianeta.*

*Questo modo di essere, cioè essere attivi sindacalmente e politicamente, per una o un insegnante dovrebbe quasi costituire una caratteristica obbligata poiché l'insegnare è anche fare "educazione" nei confronti delle nuove generazioni, che bisognerebbe assoluta-*

*mente indirizzare verso la "partecipazione", l'interesse per le questioni della convivenza, della solidarietà, del rispetto altrui, della cultura e della conoscenza. E come si fa ad insegnare queste cose se non le pratichiamo in prima persona? Come si fa a insegnare la partecipazione se non siamo noi per primi a partecipare riguardo alla vita sindacale come lavoratrici e lavoratori e alla vita più generalmente "politica" come cittadine e cittadini? Mi sembra appena il caso di chiarire che quando parlo di vita politica e sindacale spero si sia compreso che non intenderei propriamente quella istituzionale (o soltanto quella) spesso impresentabile moralmente e che richiede alla gente solo deleghe in bianco, sotto-missione e passività, ma quella della partecipazione diretta, della creatività, dell'intelligenza e della cultura, della lotta se necessaria, non dell'ignoranza e della grettezza.*

*Come lavoratrice impegnata nella scuola politicamente e sindacalmente, la donna dovrebbe mettere in primo piano anche le questioni inerenti le proprie ed altrui salute e sicurezza nel posto di lavoro, perciò anche la salubrità dell'ambiente e la prevenzione; ed esigere che siano rispettate le norme previste su tali questioni o che le stesse siano cambiate quando non più rispondenti o addirittura dannose alle esigenze della salute psichica e fisica della lavoratrice, del lavoratore e, trattandosi di scuola che è servizio pubblico, degli utenti. Questo aspetto sappiamo che nei posti di lavoro è importantissimo e non andrebbe mai dimenticato, anzi andrebbe messo sempre in primo piano, al fianco di altre rivendicazioni, come ad esempio il salario e l'orario di lavoro, se non*

addirittura prima di esse.

Da dire poi che, trattandosi di scuola, non si deve pensare, come a volte traspare dal luogo comune, che in questo settore non esistano problemi di salute e malattie professionali. Purtroppo problemi di sicurezza e salute non esistono soltanto nei cantieri o nelle fabbriche. Sappiamo bene che il rapporto lavoro-capitale presuppone la realizzazione di profitto anche speculando su salute e sicurezza. Non sempre? Diciamo che possono esserci eccezioni, ma la realtà quotidiana ci dice che le malattie professionali, gli incidenti e le morti sul lavoro sono a un livello tale che soltanto la parola "criminalità" e la sete di profitto possono compiutamente spiegare. E la scuola, in particolare per quanto concerne le donne, non si salva. Situazioni di ambienti vetusti e non salubri sono frequentissime; le malattie professionali, soprattutto di tipo psichico, sono diffusissime, dovute spesso al rapporto con classi sovraffollate e, contemporaneamente, al rapporto con un numero eccessivo di classi e conseguentemente di studenti. Ci sono classi che superano il numero di trenta individui e ci sono insegnanti, come potrebbero essere, per fare un esempio, quelle di diritto o lingue straniere in un istituto tecnico, che possono vedersi assegnate anche dieci classi. Avere a che fare con decine di classi spesso affollate e centinaia di studenti porta anche alla difficoltà di raggiungere risultati didattici che abbiano un minimo di dignità: da qui la frustrazione costante della docente o del docente che vede vanificato il proprio lavoro. E la frustrazione, fino a prova contraria, è anch'essa fonte di malessere e malattia. E tutto, non si può non dirlo, per la riduzione del personale, il taglio

dei fondi e il "risparmio" finalizzati a dirottare gli investimenti dalla scuola pubblica a quella privata o al pagamento degli interessi sul debito agli speculatori finanziari o al finanziamento delle "missioni umanitarie" armate.

Non tralascerei infine come fonte di disagio e malattia la burocrazia invasiva e demenziale che, come sarebbe facile dimostrare, non giova al benessere della lavoratrice



e del lavoratore né è funzionale allo svolgimento di un lavoro intelligente e costruttivo.

#### **L'INSEGNANTE DONNA DI FRONTE AL LAVORO DIDATTICO SULLA QUESTIONE DELL'EMANCIPAZIONE FEMMINILE.**

L'insegnante donna (e anche l'uomo, ovviamente) potrebbe, e dovrebbe, dare al proprio insegnamento una precisa impronta dal punto di vista didattico, non trascurando mai contenuti e metodi all'interno dei quali dovrebbero trovare posto argomenti specifici relativi al ruolo delle donne e all'emancipazione femminile. In altre parole, svolgere un lavoro per contribuire alla creazione nelle studentesse e negli studenti di un livello di coscienza e consapevolezza maggiori su questo come su molti altri

temi; insomma fornir loro gli strumenti metodologici e di conoscenza perché le giovani e i giovani crescano positivamente, e non essere invece, come spesso accade, obnubilati da pregiudizi, ignoranza, disinformazione, menefreghismo e "non valori" che ne fanno solo rotelle funzionali al mercato e al consumismo.

Direi in particolare e in primo luogo che andrebbe illustrata la storia della questione femminile e delle lotte di emancipazione. E a seguire la storia e i contenuti di certe leggi, quali ad esempio quelle sul divorzio e sull'aborto, così come il problema della violenza sulle donne, il maschilismo, il militarismo. Maschilismo, militarismo e violenza che sono intimamente legati. E allora parlare e agire anche riguardo alla necessità di non far entrare i militari nelle scuole, particolarmente in un momento in cui c'è da parte di essi una vera e propria azione invasiva per farsi propaganda fra le nuove generazioni. Così come sarebbe opportuno far conoscere e discutere con gli studenti casi come quello della signora sindaco di Monfalcone, leghista, che propone il licenziamento di insegnanti che si sono rifiutati di accompagnare le proprie classi ad ascoltare una conferenza di ufficiali delle forze armate; chiarendo magari che quella signora non ha letto la Costituzione, mentre quei docenti nel loro rifiuto non hanno fatto altro che della Costituzione seguire il dettato. E poi ancora parlare del fatto che forse emancipazione femminile non dovrebbe essere poter vestire una divisa nelle forze armate, cioè mettersi in un organismo che è quanto di più maschilista e violento ci possa essere; emancipazione è qualcosa di altro: ad esempio non

subire violenza o, a parità di lavoro, avere un riconoscimento salariale dignitoso e uguale a quello del lavoratore maschio.

Come parlare di queste cose?

Nella normativa ci sono non pochi appigli e suggerimenti, diretti e indiretti, del resto come per numerosi altri argomenti inerenti le questioni sociali. In un certo senso vi sarebbe addirittura l'obbligo di trattarli. Per chi mi dicesse che di appigli non si riesce a trovarne risponderai che basterebbe una attenta lettura della Costituzione.

Ma io faccio Matematica, potrebbe obiettare qualche docente.

Interrompere e dedicare un'ora ogni tanto alla violenza sulle donne non nuocerebbe a nessuno, nemmeno alla Matematica. Ma io non riesco nemmeno a fare il programma, potrebbe rispondere l'interessato, figuriamoci se riesco a parlare dell'aborto o dell'emigrazione o delle guerre. I programmi da sempre sono una indicazione, e possono essere scavalcati e ammaestrati con l'unica accortezza di giustificarne didatticamente le variazioni apportate. Possiamo, se si vuole, analizzare per un'ora al mese il gioco degli scacchi o quello delle carte per vederne le regole matematiche o geometriche cui rispondono. A maggior ragione si potrà parlare dei medici obiettori

all'aborto e lavorare con studenti e studentesse alla costruzione di una statistica in proposito. O si potrà parlare della vita di una donna che sia stata importante nella storia della matematica. Ci sarà pur stata! O vogliamo parlare della matematica nuda e cruda al solo scopo di essere pronti domani per il mercato capitalistico del lavoro e non avere un briciolo di cultura in più di tipo umanistico e politico?

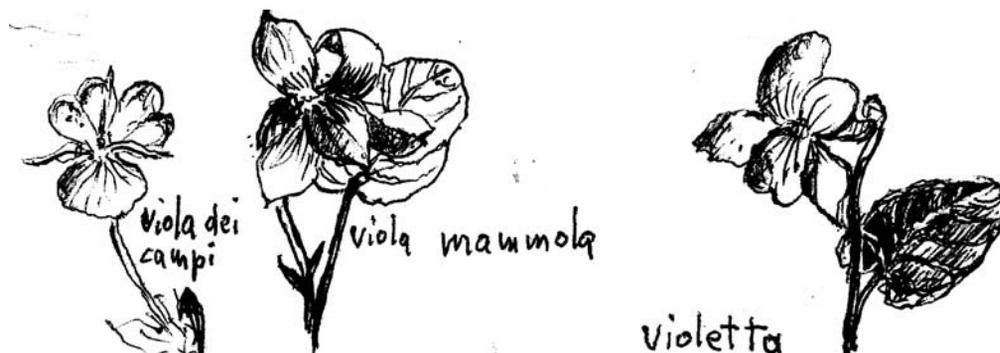
Ma non c'è soltanto la Matematica. Ci sono la Storia (la condizione delle donne operaie), la Storia dell'Arte (il ruolo di certe artiste), la Letteratura, il Diritto, l'Educazione motoria, la Filosofia, la Psicologia, la Biologia, tanto per fare il nome di un bel po' di discipline che ben si presterebbero alla trattazione del nostro tema, se proprio volessimo lasciare in pace la Matematica o la Fisica.

Escluderei tassativamente il coinvolgimento dell'insegnamento della RC. A quegli insegnanti non chiederei un bel nulla. Già fanno troppo. Quei docenti andrebbero soltanto mandati fuori dalla scuola pubblica. Non ho detto mandati su una strada, ma fuori dalla scuola pubblica. E che l'insegnamento della RC, chi lo desidera, lo faccia nella propria casa, nella propria chiesa, o nelle scuole private (se fanno a meno dei finanziamenti

pubblici, altrimenti no). Questi docenti sono la lunga mano di una chiesa che sulla questione femminile non ha nulla da dire: è pervasa da misoginia, ritiene nei fatti la donna inferiore al maschio, ha mandato al rogo milioni di streghe, predica la castità, l'astinenza sessuale, la sottomissione della donna nella famiglia e altre simili amenità. Come possono quindi i suoi "sacerdoti" parlare di emancipazione femminile e di ruolo delle donne, o di aborto e di divorzio nella scuola pubblica? Sarebbe bene si occupassero di cambiare in casa loro, nella loro chiesa!

Dovremmo riflettere su molte questioni perché i tempi non sono per niente belli. E attenzione all'introduzione ufficiale della materia "Educazione civica" a partire dal prossimo anno scolastico.

Affibbiata ai docenti già in servizio, perciò senza nuove assunzioni, e senza oneri, cioè gratuitamente, in questa "nuova" materia è previsto l'insegnamento di argomenti quali l'inno nazionale, la bandiera e la protezione civile. C'è veramente da preoccuparsi rispetto alla direzione in cui stanno andando le cose, se non saranno i docenti e gli studenti, ma in particolare e soprattutto la componente femminile di essi, ad imporre un netto cambiamento di rotta.



# Referenti di Medicina Democratica

## Movimento di Lotta per la Salute - O.N.L.U.S.

### SEGRETERIA NAZIONALE

- Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano -  
segreteria@medicinademocratica.org  
Tel. 02/4984678

**Sottoscrizione della quota associativa  
annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione  
per ricevere la Rivista (vedi a pag.  
70):**

**IBAN: IT31D050340170800000018273**  
presso Banca Popolare di Milano, oppure  
con bollettino postale sul c/c  
**001016620211.**

### Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792  
E-mail: medicinademocratica@alice.it  
Sede M.D. della provincia di Varese,  
Via Roma n° 2, 21053 - Castellanza (VA)

### CALABRIA

- Ferruccio Codeluppi, via Villini Damiani  
15/O, 89822 Serra San Bruno (CZ) tel  
096371231  
- Alberto Cunto, via della Repubblica 46,  
87028 Praia a Mare - tel./fax 0985-74030,  
cell. 3883649126, e-mail albertocnt@libero.it  
oppure a.cunto@tiscali.it

### SICILIA

- Franco Ingrilli, Via Simone Cuccia 12,  
90144, Palermo, tel 091/303669

### EMILIA ROMAGNA

- Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139  
Bologna, email dirsenbar@yahoo.it  
- Gentilini Patrizia, via Nieveo 5, 47100  
Forlì, patrizia.gentilini@villapacinotti.it  
- Monfredini Roberto, via Montegrappa  
15, Solignano di Castelvetro (MO), tel  
338 4566388, robertomonfredini@gmail.com  
- Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,  
47921, Rimini. tel. 3357314256.  
amedeo.corsi@gmail.com

### LAZIO

- Antonio Valassina c/o Università  
Cattolica, largo E. Gemelli 8; email antonio@liblab.it

### PIEMONTE

- Sezione di Alessandria - Tino  
Balduzzi, tel. 3456111117, tino.balduzzi@libero.it  
- Renato Zanoli, via G. Emanuel 16,  
10136 Torino, tel. 3384054068 -  
011392042, email renatozanoli@libero.it  
- Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno  
Regis, via Garibaldi 13 - 10122 Torino  
(tel. 3398555744), e.ferrara@inrim.it  
- Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100  
Novara tel 0321612944; 3336090884 e-mail  
carla.cavagna@libero.it  
- Dario Miedico, Arona (NO), tel  
335265547, email nuovoulisse@alice.it

### LOMBARDIA

- Sede M.D. Milano. Via dei Carracci 2,  
- Sede M.D. della Provincia di Varese,  
via Roma 2, 21053 Castellanza, fax  
0331501792;  
- Duca Piorgiorgio, via Bramante 23, 20154  
Milano, piorgiorgio.duca@unimi.it  
- Matteo Orlandi, via Biancardi 9 Lodi.  
Cell 3922485840  
- Silvana Cesani, via Borgo Adda n° 3,  
20075 Lodi, Tel. 0371/423481; Cell.  
335/7595947  
- Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,  
21053 Castellanza (VA) tel 0331500385,  
fax 0331501792  
email: debbiaste@libero.it  
- Walter Fossati, via Moscova 38, 20025  
Legnano (MI) tel 0331599959 -  
3284840485  
- Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,  
20077 Melegnano (MI), tel. 029836928  
- Laura Valsecchi, Unità Spinale -  
Niguarda Cà Granda, Piazza Ospedale  
Maggiore 3 - 20162 Milano tel  
0264443945 - 023313372 e-mail:  
lauravalse@libero.it  
- Marco Caldiroli, via Quintino Sella  
115, 21052 Busto Arsizio (VA) e-mail:  
marcocaldirol@alice.it  
Alberto Marino, Sezione MD di Brescia  
Via Valene 9e, 25087 Salò BS Tel 338  
8329981-0365520830, caafnm@libero.it  
- Gabriella Liberini, Sezione MD Brescia,  
gabriellaliberini@virgilio.it, tel 3396976563

### PUGLIA

- Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,  
71016 San Severo (FG), tel 0882228299;  
fax 0882228156

### CAMPANIA

- Paolo Fierro, Traversa Privata  
Maffettone 8, 80144, Napoli  
tel 3274514127;  
e-mail tabibfierro@hotmail.com

### BASILICATA

Sede M.D., via E. De Martino 65, 75100  
Matera.  
- Mario Murgia, via Martino 47, 75100  
Matera, tel. 340.7882621 email:  
info@associazioneespostiamiantovalba-  
sento.it

### TOSCANA

Sede M.D. Firenze, Piazza Baldinucci  
8/rosso, 50129 Firenze  
- Gino Carpentiero, via Montebello 39,  
50123, Firenze, tel 055285423;  
e-mail ginocarpe@tele2.it; cell. 347-  
5481255  
- Beppe Banchi, via Incontri 2, 50139,  
Firenze, tel 055412743, e-mail:  
xxlber@tin.it

- Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013  
Rosignano Solvay (LI) tel 328-4152024; e-  
mail: maurizio.marchi1948@gmail.com  
- Floridi Amanda, via Verdi 110, 57127  
Livorno;  
- Liliana Leali via Montebello 38, 50123  
Firenze tel. 3280535454  
- Marcello Palagi, via XX Settembre n° 207,  
54031 Avenza (MS), tel. 0585/857562  
e-mail: eco.apuano@virgilio.it;  
- Del Soldato Maria Via di Porto 279/A,  
Massarosa (LU), e-mail giannini3@virgilio.it;  
- Avv. Alessandro Rombolà, via Luca  
Giordano 7/E, 50132 Firenze, tel.  
055.2638296, fax: 055. 5000342, cell.  
338.8027193, mail: alessandro@studiorombo-  
la.it

### VENETO

- Franco Rigosi - via Napoli 5 - 30172  
Mestre (VE) - tel. 041/952888 - e-mail:  
franco.rigosi@fastwebnet.it  
- Maria Chiara Rodeghiero, piazza Biade  
11, 36100 Vicenza  
rodeghieromc@gmail.com;  
- Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato  
n° 44/2, 33030 Pianiga (VE), tel.  
3497447189,  
e-mail: paolonardin48@alice.it  
(referente per Padova e provincia);

### MARCHE

- Loris Calcina, via Campanella 2, 60015  
Falconara Marittima (AN).  
Tel. 3339492882, lokalci@libero.it;

### LIGURIA

- Sede M.D. Via Crispi 18 rosso, 17100  
Savona, tel. 0192051292, e-mail:  
medidemosavona@tiscali.it  
- Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,  
17072 Albisola Mare (SV), tel.  
019486341 cell.3474596046, e-mail  
maloschi@alice.it, skype: mauryematty  
- Eraldo Mattarocci, cell.3486039079  
ermatta@yahoo.it;  
- Avv. Rita Lasagna Piazza della Vittoria  
14/18 Savona 17100, cell. 3356152757  
- Valerio Gennaro via Trento 28, 16145  
Genova, tel. 010.310260 - 010.5558.557  
(ore 9.00-19.00) skype: valeriogennaro1;  
e-mail: valerio.gennaro52@gmail.com.  
- Marco Spezia, cellulare 348 5863171,  
sp-mail@libero.it;  
- Luca Trentini Via Vecchia di Biassa 36 La  
Spezia tel. 347 9475350 email lutren@libe-  
ro.it;

### SARDEGNA

- Francesco Carta, via Toscanini 7,  
09170 Oristano, medicinademocratica.sardegna@gmail.com

**Da : IO CHI**

**Siamo entrati  
nella costellazione di venere  
e ora toccherà alle donne**

**Eva ha trasgredito  
perché la trasgressione è fantasia  
e la fantasia è libertà**

**Serve o separatiste  
e nel mezzo milioni di donne  
che ancora devono passarsi parola**

**Guai a quelle donne  
che a un certo punto  
si affidano agli uomini**

**Forte della mia razza donna  
sicura della mia fede comunista  
fiera della mia diversità seduta**

Gabriella BERTINI