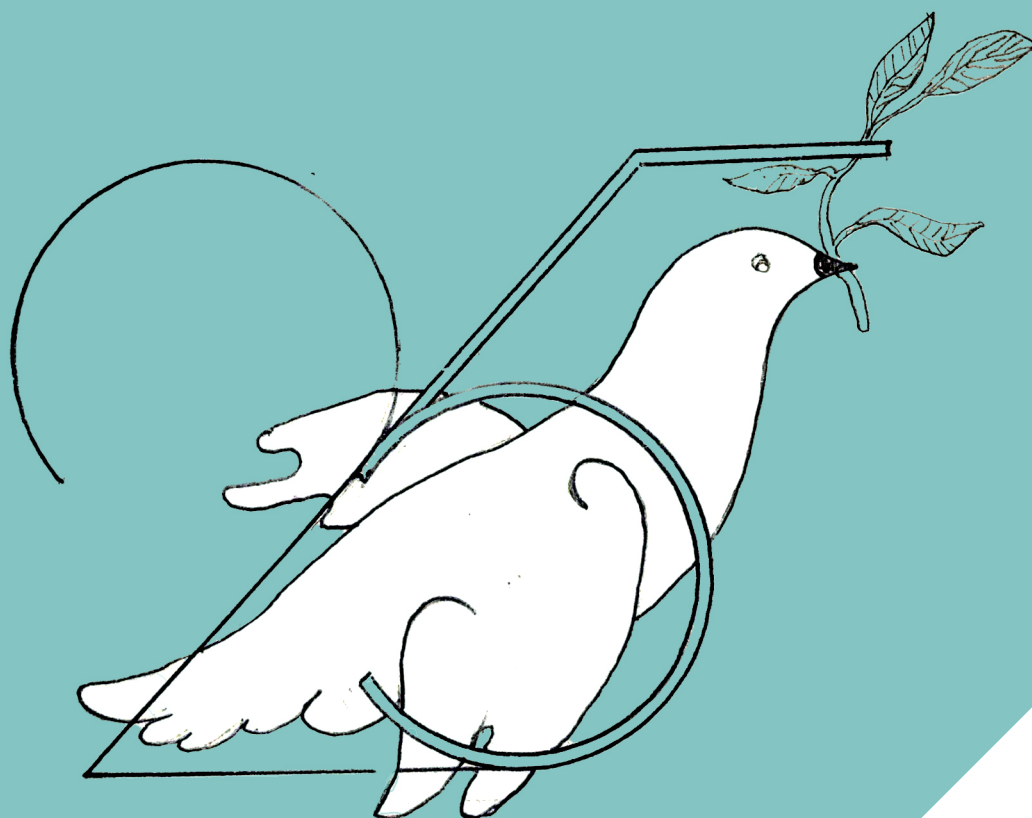


Medicina 261-262 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



LA SALUTE PRIMA DEL MERCATO: CAMBIARE L'EUROPA
FARMACI, VACCINI, BREVETTI,
LA "CARTA" DI ANCONA
DIFFERENZIAZIONE IN SANITA'

BIMESTRALE
N° 261-262 maggio-agosto 2024
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@gmail.com
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**
su 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

5 per 1000

È possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per 1000 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 affer-

mare 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 1000 non sostituisce quella dell'8 per 1000 (dedicata, per esempio, al culto). Le opzioni 5 per 1000 e 8 per 1000 si possono esprimere entrambe.

Questo numero è andato in stampa il 20/01/2025

COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (*direttore responsabile*), Emanuela BAVAZZANO, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Franco CILENTI, Elisabeth CO-SANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (*direttore*), Pietro e Sara GALLI (*grafici*), Maurizio LOSCHI, Giulia MALAVASI, Dario MIEDICO, Antonio MUSCOLINO, Luca NEGROGNO, Marcello PALAGI, Paola SABATINI, Edoardo TURI, Laura VALSECCHI. **INOLTRE, COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:**

Vittorio AGNOLETTI, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo ANTONINI, Beppe BIANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Bruno MEDICI, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA', Marino RUZZENENTI, Marco SPEZIA, Luca TRENTINI

IMPAGINAZIONE: Inferenze scarl, Milano

ANCHE UN
PICCOLO
AIUTO PUO'
FARE LA
DIFFERENZA



MEDICINA DEMOCRATICA PUÒ ESSERE
SOSTENUTA CON DONAZIONI DI
QUALSIASI CIFRA ATTRAVERSO IL QR-CODE
QUI SOTTO O DAL SITO
WWW.MEDICINADEMOCRATICA.ORG



Ci sarà pure un giudice a Berlino... Purtroppo ve ne è uno anche a Roma

Il riferimento al Giudice berlinese è una famosa invocazione verso la speranza nella esistenza di una giustizia imparziale.

Nel caso che ha interessato Medicina Democratica, e non solo, segnaliamo che purtroppo esiste un Giudice a Roma (la sezione penale della Corte di Cassazione) che prima nega che vi siano stati degli infortuni e violazioni in materia di sicurezza sul lavoro, escludendo nel 2021 numerose associazioni e sindacati, e poi, con il “secondo passaggio” in Cassazione il 15.01.2024, nega tale il diritto quale parte civile anche a Medicina Democratica dopo che il procedimento si è quasi concluso.

Medicina Democratica, assieme ad altre parti offese individuali e associative, ha richiesto di essere riconosciuta parte civile offesa nel processo relativo al crimine ferroviario di Viareggio del 29.06.2009 nell'udienza del 04.04.2013 ed è stata presente in tutte le circa 140 udienze del processo dando un contributo tecnico-legale per il riconoscimento della verità e delle responsabilità.

La nostra costituzione in quel processo come in molti altri (Porto Marghera, Thyssen Krupp, Eternit, Montefibre, Ilva, Solvay eccetera) non è un capriccio, il riconoscimento di parte civile nel processo penale va “conquistato” ogni volta dimostrando sia la lesione degli obiettivi statuari sia il radicamento nel territorio interessato dall'evento. È capitato che un Giudice di primo grado ci negasse questo riconoscimento (per esempio a Brescia per il caso Caffaro), ma è la prima volta che questa negazione avviene “a posteriori”, dopo aver partecipato a tutti i gradi di un processo, peraltro lungo e complesso, come quello di Viareggio. A nove mesi dalla sentenza non conosciamo le motivazioni.

La beffa e il danno sono ancora più cocenti se si tiene conto che noi, e le altre associazioni, abbia-

mo avuto ragione: la responsabilità del crimine ferroviario è stata riconosciuta, anche se la pena è stata ridotta da un passaggio a un altro, e riguarda soggetti di tutta la “filiera produttiva” e non solo l'ex amministratore delegato di FS, Mauro Moretti. In altri termini, abbiamo “vinto” la causa, ma dobbiamo farci carico delle spese integrali per aver contribuito a questo risultato e restituire l'importo versatoci a suo tempo da FS.

Questa ingiusta esclusione conferma un messaggio negativo nei confronti del ruolo delle associazioni nei processi penali, nonostante la palese utilità di questa presenza volta a sostenere le ragioni delle vittime e dell'accusa: i diritti dei danneggiati non possono e non devono soccombere alle ragioni del profitto a ogni costo. Un messaggio che contrastiamo assieme a molti altri soggetti tramite la proposta di legge di parificazione dei diritti degli imputati con quelli delle vittime (modifica dell'art 111 della Costituzione Italiana).

Recentissima anche la decisione di azzerare la sentenza (di condanna) ILVA di Taranto ripartendo da capo nel processo, cancellando così l'impegno, la fatica e le spese sostenute da Medicina Democratica e da tutte le altre parti civili, associazioni, sindacati, lavoratori/lavoratrici e cittadini. Nella pratica, la sentenza di Viareggio “costa” a Medicina Democratica circa 110.000 euro, la metà dei quali rappresentate dalle spese legali inizialmente riconosciute, ora denegate e che ora dobbiamo restituire a Ferrovie dello Stato.

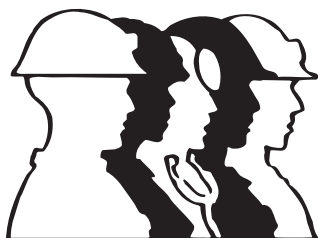
È facile capire che un tale impegno economico assorbe quasi integralmente le risorse a nostra disposizione per continuare l'attività associativa e ci costringerà a ridurre le iniziative nei prossimi anni, oltre a rendere più difficile la partecipazione nei processi a sostegno delle vittime.

Il Consiglio Direttivo di Medicina Democratica

PUOI SOTTOSCRIVERE IN QUESTI MODI:

- con carta di credito direttamente sul sito www.medicinademocratica.org cliccando sul pulsante rosso per le donazioni
- mediante bonifico al conto Banco Popolare intestato a Medicina Democratica, IBAN IT31D0503401708000000018273
- mediante bollettino postale intestato a Medicina Democratica: 001016620211 indicando come causale “Viareggio”. Per importi superiori a 30 euro, invieremo delle copie della nostra rivista (per i non soci), per importi superiori a 50 euro un libro “storico” di Medicina Democratica o pubblicato con la nostra collaborazione: ricordati di indicare il tuo indirizzo postale o segnalalo a segreteria@medicinademocratica.org

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

PER SOSTENERE LE MOLTEPLICI ATTIVITA' NELLE QUALI "MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S." E' IMPEGNATA, OGGI PIU' CHE MAI ABBIAMO BISOGNO DEL TUO AIUTO.

Dal gennaio 2013 la Rivista "*Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute*" è l'organo di "*Medicina Democratica O.N.L.U.S.*". Per questo, ti chiediamo di continuare a sostenere questa testata e l'attività che l'Associazione svolge

DIVENENDO SOCIO DI "*MEDICINA DEMOCRATICA- O.N.L.U.S.*" SOTTOSCRIVENDO LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE:

di **Euro 35,00** per i soci ordinari (*)

di **Euro 50,00** per i soci sostenitori

Il versamento della quota associativa dà diritto a ricevere sei numeri annuali dell'omonima Rivista.

INVITIAMO TUTTI AD ASSOCIARSI A "*MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S.*"
PER DARE CONTINUITÀ E SOSTEGNO A QUESTA TESTATA.

CHIEDIAMO

ANCHE LA LORO PARTECIPAZIONE ALLE INIZIATIVE PROMOSSE
DAL MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE PER AFFERMARE
I DIRITTI UMANI E LA DEMOCRAZIA NELLA SUA PIÙ ESTESA ACCEZIONE
CONTRO OGNI FORMA DI ESCLUSIONE, DISCRIMINAZIONE E RAZZISMO.

Le persone che non intendono associarsi alla O.N.L.U.S. possono ricevere ugualmente sei numeri annui della Rivista "Medicina Democratica" mediante una libera donazione di Euro 35,00: attualmente, solo con questa donazione annua riusciamo a coprire i costi vivi di redazione, stampa e invio postale della Rivista.

Il versamento della quota associativa o della donazione può essere effettuato o con 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.*", via dei Carracci 2, 20149 Milano, indicando la causale.

Per associarsi occorre compilare il modulo disponibile sul sito **www.medicinademocratica.org** seguendo le istruzioni o richiedendolo a mezzo e-mail a **segreteria@medicinademocratica.org**

**Molto si può fare con l'aiuto e la partecipazione di Tutte/i:
Associati e partecipa alle iniziative di Medicina Democratica!**

(*) **In via del tutto eccezionale**, è possibile anche associarsi versando una quota annuale ridotta, pari a Euro 10,00, comprensiva della messa a disposizione su file degli articoli della Rivista con invio alla e-mail indicata all'atto dell'iscrizione. Questa forma associativa è rivolta solo alle persone che lo richiedano e che documentino il loro status di appartenenti alle categorie maggiormente svantaggiate, ovvero disoccupati, cassaintegrati, esodati, lavoratori con contratti "*precari*" (ai sensi della c.d. "*legge Biagi*" e successive modifiche). Questa quota ridotta viene estesa anche ai soci della Associazione Italiana Esposti Amianto (A.I.E.A.) per la comunanza delle iniziative condotte assieme alla nostra Associazione per affermare la salute, la sicurezza, l'ambiente salubre, i diritti umani.

Quale salute per quale Unione europea

di Enzo FERRARA*

Questo numero di Medicina Democratica si sofferma sullo stato di salute dei servizi sanitari e assistenziali in Europa, in un periodo in cui i principi e valori fondanti dell'Unione Europea (libertà, democrazia, uguaglianza e stato di diritto, promozione della pace e della stabilità) non godono di gran sostegno né di buona salute, così come accade al territorio e al benessere delle popolazioni che la costituiscono.

Dei 720 parlamentari eletti a Bruxelles e Strasburgo nel luglio 2024 per la nona legislatura UE un quinto è costituito da sovranisti e separatisti. La maggioranza parlamentare è di centrodestra ma la presidente Ursula von der Leyen, dell'Unione Cristiano Democratica tedesca, è stata riconfermata grazie all'unione di Verdi, Socialisti, Liberali e Popolari, senza i voti del maggior partito italiano, Fratelli d'Italia, che ha preferito allinearsi ai "patrioti" e all'estrema destra. Ursula von der Leyen è stata ministra della difesa in Germania, vicina alle multinazionali delle armi e del farmaco – è attualmente indagata per aver cancellato comunicazioni legate al contratto UE con Pfizer ai tempi del Covid, stipulato durante il suo precedente mandato (dello strapotere di Big Pharma, scrive qui Vittorio Agnoletto in *Farmaci, vaccini e brevetti. Big Pharma detta la linea, la politica esegue*) – e prima della riconferma ai vertici UE era candidata per il ruolo di segretario generale della Nato allo scadere del mandato di Jens Stoltenberg. Sostiene politiche atlantiste e di sostegno agli armamenti degli alleati UE per i conflitti in corso in Ucraina e Medio Oriente.

Per la tutela dell'ambiente e del lavoro, la linea UE è indicata nel rapporto commissionato a Mario Draghi nel settembre 2024 (*The future of European competitiveness*), che prevede massicci investimenti per la difesa e l'industria delle armi e il mantenimento dello *status quo* per inquinanti pesanti, come gli PFAS considerati da Draghi strategici e "non sostituibili", nonostante la loro cancerogenicità. Mentre la scienza afferma che l'igiene preventiva va focalizzata non solo sui cancerogeni ma anche sugli inibitori dei processi rigenerativi naturali (*The global epidemic of early-onset cancer: nature, nurture, or both?* Ogino, S. et al., *Annals of Oncology*, September 16, 2024), ancora prevale nell'UE il motto Thatcheriano "There is no alternative" (al capitalismo liberista). A pagarne le conseguenze è la salute collettiva: non stupisce che si stia verificando su scala mondiale un aumento d'incidenza delle malattie tumorali in giovane età denunciato da tutte le agenzie internazionali (*Differences in cancer rates among adults born between 1920 and 1990 in the USA: an analysis of population-based cancer registry data*, Sung, Hyuna et al., *The Lancet Public Health*, 9 (8), e583–e593).

Di fronte alla complessità degli scenari sulla guerra, il clima, le risorse, l'economia e le migrazioni, predominano il ragionamento semplicistico (guidato dal pensiero scientifico riduzionista), la fiducia nel modello liberista – entro cui le masse inglobate nelle mega-macchine social del Finanzcapitalismo (Luciano Gallino, Einaudi, Torino 2011) diventano componenti

della rendita finanziaria – che vede la guerra come occasione di produzione industriale, assieme all’entusiasmo del progresso tecnico che cerca soluzioni nel nucleare e nell’aerospazio. Sembra confermato, non solo per la nostra penisola, quanto Piero Bassetti, il primo presidente della Lombardia, affermò nel 1969 alla camera di Commercio di Milano: “L’Italia è un paese centauro: ha i piedi nel sottosviluppo e la testa nell’ipersviluppo”.

Questo è il quadro di riferimenti entro cui leggiamo l’eccezionale congiuntura di crisi e misfatti che abbiamo di fronte e che devono essere colti non separatamente ma nel loro insieme, contemplando anche i modelli di pensiero che sono “causa delle cause”. Riprendiamo il discorso sullo stato sociale, la prevenzione e gli scopi della medicina iniziato in Italia e nell’UE nel secondo dopoguerra quando era ancora incisa nelle coscienze l’impossibilità di conciliare statuti democratici e partecipativi con il militarismo e l’esaltazione dell’industria bellica. Il “ripudio della guerra” sancito dall’art.11 della Costituzione, nacque da un rigetto – un ripudio, appunto – del modo di pensare il mondo e la società che avevano portato ai conflitti mondiali.

L’ANTIFASCISMO COME RICOSTRUZIONE SOCIALE

Solo se si intende la lotta antifascista per quel che essa è stata in maggior misura nel nostro Paese – una continua serie di atti di ribellione, boicottaggio e disobbedienza, frutto di scelte politiche e culturali maturate ben prima dell’8 settembre 1943 – si può comprendere la dimensione pacifista e internazionalista da essa assunta e mantenuta nei decenni successivi alla caduta del regime (si veda il capitolo dedicato alla “Pace Partigiana” in *Guerra alla guerra*, di Matteo Pucciarelli, Laterza Roma 2023). La storiografia tende a soffermarsi sulla guerra di liberazione e sulle sofferenze che l’accompagnarono in un paese devastato, occupato dai nazifascisti mentre gli alleati sbarcavano in Sicilia e a Napoli.

Tuttavia la lotta partigiana va collocata entro il più vasto quadro di una resistenza nonviolenta: gli scritti di Piero Gobetti antecedenti la marcia su Roma, il rifiuto d’iscrizione al partito fascista di tantissimi cittadini e insegnanti – anche se si ricorda solo il gesto di pochissimi professori universitari – la diserzione dei reduci di Russia dopo il ritorno a casa. “È un’idea malsana che quando c’è guerra c’è storia, quando c’è pace no. Il sangue risparmiato fa storia come il sangue versato” – ha scritto la storica Anna Brava in *La conta dei salvati* (Laterza, Roma 2013), aggiungendo che “si parla e si scrive molto di guerre, eccidi e violenze, ma non saremmo qui se qualcuno non avesse lavorato anche per la costruzione e il mantenimento della pace”. Questo è accaduto in Italia, nell’UE e con l’ONU nel secondo dopoguerra attraverso un percorso collettivo, dalla lotta di liberazione dal nazifascismo alla lotta per la realizzazione di tutto ciò che il nazifascismo negava: la pace attraverso il diritto internazionale, l’eguaglianza attraverso la Costituzione, i diritti all’istruzione, alla salute e all’abitazione grazie alla costruzione di uno stato sociale imperniato sui principi cardine della partecipazione, della fiscalità progressiva e della universalità di accesso e uniformità dei servizi. Questa evoluzione storica è testimoniata in Italia anche dall’iconografia delle tessere ANPI dedicate per esempio all’articolo 11 della Costituzione nel 1968 e 1988, al disarmo internazionale nel 1962 e 1982 e all’internazionalismo nel 1955 e 1989.

Non fu semplice mettere in atto in forma compiuta i dettami della Costituzione in tema di riconoscimento dei diritti personali e collettivi. Ogni loro avanzamento è stato frutto di lotte pluridecennali e ogni conquista è sempre messa a repentaglio da visioni elitarie frammiste a interessi non solidaristi. Si trattò di conquiste collettive raggiunte anche per controeazione e come antidoto contro ogni possibile nostalgia reazionaria, perché – come ricorda Jacques Sémelin in *Senz’armi di fronte a*

Hitler (Edizioni Sonda, Torino 1993) – prima ancora della distruzione provocata dalla violenza della seconda guerra mondiale, delle deportazioni e della repressione su scala continentale, il principale risultato “sociale” del nazifascismo fu la cancellazione sistematica in Germania e in Italia di ogni forma di associazionismo mutualistico, politico o sindacale, sostituiti da loro parodie: strutture assistenziali fallimentari di stampo razzista, gerarchico e paternalista. La funzione che il fascismo svolse nella politica interna fu precisa e univoca solo contro le organizzazioni operaie. Su tutti gli altri elementi ideologici ebbe il sopravvento l’antisozialismo e la principale conseguenza dell’ascesa al potere del fascismo fu la distruzione dalle fondamenta di tutte le istituzioni realizzate nel corso di mezzo secolo dal movimento operaio per ristabilire il controllo esclusivo dei padroni sulla disponibilità materiale e sulla docilità politica della manodopera. Per dirla in breve: l’antifascismo si realizzò compiutamente in Italia dopo la guerra, con la ricostruzione democratica e partecipata dello stato sociale, che prese avvio con la lotta di liberazione e a cui si dedicarono moltissimi ex partigiani – come Ivar Oddone (il comandante Kim in *Il sentiero dei nidi di ragno* di Italo Calvino), Gastone Marri e Giulio Maccacaro.

LA COSTRUZIONE SOCIALE COME ANTIFASCISMO

Fu paternalista anche l’approccio immaginato dal sociologo ed economista inglese William Beveridge alla costruzione del *Welfare State* nel suo rapporto sulla “Sicurezza sociale e i servizi connessi” ideato nel 1942 a Londra sotto i bombardamenti tedeschi – qui ripreso e confrontato anche con il modello di stato sociale della Prussia di Bismarck da Edoardo Turi che riassume le competenze UE sui temi della salute in *Salute e sanità nell’Unione Europea (UE) tra mutualità, assicurazioni sanitarie, servizi a diretta produzione pubblica e mutualismo. Quali movimenti per la salute?* Tuttavia, nonostante non

costituisse un’ipotesi di costruzione dal basso delle relazioni cardine di un sistema sociale, il rapporto Beveridge individuava i mali principali che minano i rapporti nelle comunità umane – bisogno, malattia, ignoranza, squalore e ozio – riconoscendoli non come colpe intrinseche al carattere dell’individuo o al gruppo sociale svantaggiato, ma come risultato di politiche non compiutamente progressiste e comprensive dell’interesse collettivo. Inoltre, seppure calato dall’alto, lo stato sociale inglese prevedeva non solo assistenzialismo compassionevole ma anche compartecipazione, in cooperazione, fra l’individuo “bisognoso” e l’istituzione che garantiva servizio e contributi per il suo sostegno senza “soffocare” altre opportunità: istinti di responsabilizzazione e incentivi capaci di sollevare ciascuno fino a potergli permettere di assicurare in autonomia per sé e la propria comunità più di quel minimo che lo stato può e deve garantire.

Questa visione, insoddisfacente perché non prevede di incidere sulle “cause delle cause” – i fattori di genesi delle disuguaglianze che portano alla povertà e alla miseria – permette comunque sviluppi in uno schema di pensiero razionale per progressive correzioni del sistema economico-sociale. Il principio base è il riconoscimento dei diritti e degli interessi appartenenti a tutte le componenti sociali in gioco, un riordinamento valoriale di questi e la scelta di risolvere gli eventuali conflitti sociali emersi entro i confini del confronto democratico, per il raggiungimento di equilibri che permettano al sistema di funzionare ed evolvere. L’ammissione del conflitto all’interno del sistema sociale non va intesa in senso separativo, ma come capacità di lettura della realtà integrata con le sue contraddizioni e di responsabilizzazione di chi si assume il compito di risolverlo attraverso la mediazione.

All’opposto di questa visione è l’ordinamento autoritario che in tutte le sue forme si basa su principi di superiorità (etnica, culturale, economica, militare)

di una componente sociale rispetto a tutte le altre. La disumanizzazione di ogni nemico, la ricerca di coercizioni invece di equilibri per la soluzione delle controversie derivano con il tempo verso forme conflittuali sempre più violente – al contrario del processo di composizione nonviolenta dei conflitti – e inevitabilmente, quando si estendono a livello internazionale, sfociano in guerra. La capacità di sviluppare un'idea dell'avversario non come nemico ma come essere umano – sovente solo più sciagurato più di noi – è anch'essa un passaggio fondamentale del pensiero antifascista che contempla un percorso di umanizzazione e uno sforzo di comprensione delle ragioni di chiunque si fronteggi in un conflitto.

Aggiungiamo l'ammonimento a non illudersi che la deriva autoritaria possa essere circoscritta arginando l'ideologia della comunità popolare, nazionale o etnica, “perché questa in realtà ha il compito precipuo di mascherare e negare i contrasti sociali e di spacciare gli interessi della classe dominante per quelli della comunità intera” (Renato Solmi, *L'ideologia fascista* di Reinhard Kühnl, Lo Straniero, 193, 2016).

Temiamo come superstizioni le rinnovate pretese culturali delle pratiche militari: l'esaltazione della tecnologia bellica in cui confluiscono e si integrano derivate scientifiche, un'infantile visione della realtà, l'interesse capitalistico-finanziario, l'esaltazione gerarchica del sistema sociale. Dubitiamo dei progetti “educativi” dell'esercito nelle scuole: le visite scolastiche nelle caserme dove s'insegnano l'alzabandiera, le marce e il cameratismo – invece di parlare di salute, sicurezza e prevenzione, come suggerisce Rino Ermini (*Scuola luogo cruciale, per la salute, la sicurezza e la prevenzione*). Ci chiediamo quale filologia sostenga queste pratiche spacciandole come percorso pedagogico-educativo. Ci indignano iniziative come l'istituzione della “Giornata della memoria e del sacrificio degli alpini” che glorifica un'immane strage di giovani italiani,

russe e tedeschi in una guerra d'invasione e che andrebbe studiata come momento di svolta e presa di coscienza del popolo italiano verso la redenzione dal nazifascismo. “Ricordare e raccontare, parole d'ordine che cominciano a diventare false, perché ognuno le adopera per tirare l'acqua al proprio mulino (...) le vostre tronfie parole vuote non sono che l'ultimo insulto ai nostri morti” scriveva Nuto Revelli in *Mai Tardi* (Einaudi, Torino 1967).

COME CONTRAPPORSI ALLA DERIVA

In contrapposizione a queste forme di deriva politica e sociale vanno difese le risposte scientifiche, culturali e politiche aperte ai valori della collettività e del solidarismo, fra cui il già citato rapporto Beveridge prima elaborazione compiuta dello stato sociale. Ricordiamo il Preambolo della Costituzione dell'UNESCO secondo cui “l'ampia diffusione della cultura e l'educazione dell'umanità alla giustizia, alla libertà e alla pace sono indispensabili alla dignità dell'uomo e costituiscono un dovere sacro che tutte le nazioni devono adempiere in uno spirito di assistenza e sollecitudine reciproca”. Per quanto riguarda l'UE – nonostante l'ingiustificabile disapplicazione del principio di solidarietà nei settori dell'asilo, delle frontiere esterne e dell'immigrazione – ricordiamo che già la Dichiarazione Schuman del 9 maggio 1950 affermava che “L'Europa non potrà farsi in una sola volta, né sarà costruita tutta insieme; essa sorgerà da relazioni concrete che creino innanzitutto una solidarietà di fatto”, e sottolineiamo il ruolo assunto dalla Corte di Giustizia Europea in termini di tutela del diritto personale e collettivo. In Italia, nel 1970 lo *Statuto dei Lavoratori* sancì la libertà e dignità del lavoro e dell'attività sindacale; nel 1978 con la legge n. 833 istitutiva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si indicarono le priorità per la tutela di salute e dignità dei luoghi di vita e di lavoro attraverso il primato della partecipazione democratica e delle attività di prevenzione.

Ricordiamo cosa è accaduto successivamente. Il SSN finanziato dalla fiscalità progressiva e basato sui principi di universalità (diritto universale alle prestazioni sanitarie), eguaglianza (nell'accesso al servizio senza alcuna distinzione individuale, sociale ed economica) ed equità (del servizio assistenziale erogato in funzione del bisogno di salute) garantì la libertà di scelta del luogo di cura, il diritto a essere informati su malattia e terapia, a essere "presi in carico" dal medico o dall'équipe sanitaria per tutto il percorso terapeutico, alla riservatezza e – affatto secondario – il dovere della programmazione sanitaria di anteporre la tutela della salute dei cittadini a tutte le altre scelte, compatibilmente alle risorse economiche disponibili.

Il principio di universalità della fruizione garantiva unità al sistema e uguaglianza ai cittadini. Sarebbe venuto meno se si fosse data possibilità di presidi in alternativa al SSN. Eppure, già la "riforma sanitaria" del 1992 (governo Amato) mirava a rompere i principi di universalità e uguaglianza non limitandosi a introdurre la trasformazione delle Unità sanitarie locali (USL) in Aziende sanitarie locali (ASL) e a spostare la centralità della gestione alle Regioni, ma prevedendo con il famigerato articolo 9 sulle Forme differenziate di assistenza, la creazione di un sistema sanitario parallelo e alternativo al SSN, in mano alle assicurazioni e alle mutue volontarie. La riforma successiva del 1993 (governo Ciampi) tentò di ristabilire lo spirito originario del SSN con il DL N. 517/93 che cancellò le Forme differenziate di assistenza sostituendole con Fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal SSN, per evitare che si rompesse il principio di universalità della fruizione. Altra tappa evolutiva del SSN fu il DL 229 del 19 giugno 1999, "riforma sanitaria ter" o decreto Bindi, volto al consolidamento del processo di aziendalizzazione e qualificazione dell'assistenza, seppure tenendo di rafforzare il ruolo centrale e

strategico del SSN. Il fenomeno della regionalizzazione del SSN avviato nel 1992 ha trovato piena attuazione con la riforma costituzionale del 2001, modificativa del titolo V della Costituzione. Questa, recepì le istanze sottese al principio di sussidiarietà, rinnovando il precedente riparto delle competenze ma in un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere, ampliando il ruolo delle amministrazioni locali. Nonostante l'esperienza del Covid, che ha tragicamente dimostrato l'importanza di servizi sanitari coordinati ed efficienti in ogni loro estensione anche transnazionale, oggi in Italia almeno il 60% dei fondi pubblici per la sanità finisce in mano ai privati e la grande maggioranza delle strutture che si occupano di malattie croniche sono private.

GLI SPAZI PER LA PARTECIPAZIONE FRA PRIVATO, DIFFERENZIAZIONI E AUTONOMIE

Per creare un argine a tutte queste derive, riprendiamo il discorso partendo dall'Europa e continuiamo il dibattito sulla validità dell'industrializzazione e del privato in medicina per raffrontare i loro contenuti proposizionali con la realtà di tutta la filiera sanitaria: prevenzione, diagnosi, cura, disponibilità e uso di farmaci. Un'analisi ampia per indagare gli esiti del vizioso rapporto tra pubblico e privato in sanità è necessaria per verificare le tesi pro privatizzazione auspicate in sostituzione del soggetto pubblico, con formule e pratiche che esaltano la funzione del privato senza mai indagarne né l'efficacia né l'appropriatezza per la tutela della salute dei singoli e della collettività. Molte sono le proposizioni prodotte per tale scopo non solo da chi se ne avvantaggia, tuttavia sono anche molti i segnali che mettono in discussione le teorie di sostegno alla privatizzazione e che dimostrano che privatizzare non solo non risponde ai principi costituzionali ma soprattutto non li soddisfa e conduce a servizi che si distanziano dai principi di solidarietà e partecipa-

zione anche a tutela della salute prefissati fin dagli anni della resistenza. Dopo l'appello *Ci sarà pure un giudice a Berlino*, che precede questo editoriale – per sostenere Medicina Democratica, costretta a restituire gli importi (le nostre spese legali sostenute e il risarcimento), riconosciuti inizialmente dalla Corte di Appello di Firenze, alle Ferrovie dello Stato nel processo sulla strage di Viareggio, non perché non sia ammessa la colpevolezza della controparte ma perché dopo anni di udienze è stato disconosciuto “ex post” a Medicina Democratica il diritto alla costituzione di parte civile – apre il dossier *La salute prima del mercato. Cambiare l'Europa*, a cura della rete europea “La salute non è in vendita”. Proseguono Angelo Barbato, del Forum per il Diritto alla salute, ragionando sui temi *Per una politica europea del farmaco al servizio del diritto alla salute*; Carmen Esbrí, portavoce di Mareas Blancas, di cui riportiamo la trascrizione dell'intervento sul modello sanitario spagnolo tenuto durante l'assemblea plenaria dell'11 ottobre 2024 nell'ambito delle iniziative NoG7 Salute ad Ancona (9-11 ottobre 2024). Queste hanno visto inoltre il contributo della campagna “Not On My Body” che ha presentato la “Carta di Ancona” qui riportata assieme alla *Proposta per la Dichiarazione di Ancona 2024 “Assistenza sanitaria e Sanità Pubblica per Tutti”* curata della Rete europea “La salute non è in vendita”. A queste prospettive si affianca la *Lettera aperta al Presidente della Regione Campania* a cura del Coordinamento campano per il diritto alla salute che esamina l'offerta sanitaria nel napoletano, con preoccupazione anche per i possibili esiti dell'autonomia differenziata.

Nel complesso, le idee sul ruolo del privato nella gestione della salute pubblica si rivelano soprattutto come un'esternalità ideologica al mondo della salute capace di esercitare una costrizione culturale, a prescindere dai deludenti risultati. Lo conferma Maria Elisa Sartor, docente di Scienze dell'organizzazione, delle configura-

zioni e dei processi di trasformazione dei sistemi sanitari e autrice di *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19: Un'analisi critica* (Amazon, 2021) che esamina *I pericoli della differenziazione in sanità* osservando come l'idea dell'autonomia regionale differenziata sia nata in Lombardia da élites intenzionate a rivendicare due forme di orgoglio: quello secessionista e quello plutocratico che siamo chiamati a contrastare.

La tutela della salute sul lavoro è un altro tema su cui l'Europa, attraverso l'OSHA (*Occupational Safety and Health Administration*) potrebbe tentare qualche aggregazione, selezionando fra i modelli nazionali quelli con maggior efficienza. Secondo Eurostat, fra i paesi UE più popolosi, la Francia è lo stato con più decessi sul lavoro in rapporto alla popolazione, mentre l'Italia pur avendo il maggior numero assoluto di morti bianche è al 12° posto, Svezia e Germania hanno il numero più basso di vittime sul lavoro. Marco Caldiroli approfondisce il tema in *Sicurezza sul lavoro in Europa, modelli “ispettivi” differenti per una prevenzione condivisa e ugualitaria?* Riprendiamo anche l'intervento di Yvonne Waterman (avvocata specializzata in malattie professionali da amianto e European Asbestos Forum) che al convegno di Roma *Amianto e mesotelioma: tutti innocenti?* del 13 maggio 2022, spiegò come funziona *il Nesso di causalità tra l'esposizione sul lavoro e una malattia professionale in Olanda*. Chiude questa pagina tematica l'avvocato Alessandro Rombolà con *Alcune riflessioni su una recente vicenda sulla vigilanza su luoghi di lavoro*.

Laura Valsecchi, infine, presenta *Tutela sì, tutela no: gli istituti giuridici per le persone prive di autonomia: opportunità, criticità e proposte*, volume edito dall'Unione per la Promozione Sociale OdV, Collana “Strumenti” della rivista “Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali” (Ottobre 2024), Chiude il numero una poesia di Gabriella Bertini, *Noi andremo avanti*.

Sommario

APPELLO

EDITORIALE di Enzo FERRARA

DOSSIER

La salute prima del mercato.

Cambiare l'Europa

a cura della Rete Europea

"La salute non è in vendita"

10

Salute e sanità nell'Unione Europea (UE) tra mutualità, assicurazioni sanitarie, servizi a diretta produzione pubblica e mutualismo. Quali movimenti per la salute?

di Edoardo TURI

20

Video intervento alla Assemblea plenaria del 11 ottobre 2024 nell'ambito delle iniziative NoG7 Salute - Ancona

di Carmen ESBRI

42

Sicurezza sul lavoro in Europa, modelli "ispettivi" differenti per una prevenzione condivisa e ugualitaria?

di Marco CALDIROLI

45

Nesso di causalità tra l'esposizione sul lavoro e una malattia professionale in Olanda

di Yvonne WATERMAN

60

Per una politica europea del farmaco al servizio del diritto alla salute

di Angelo BARBATO

63

Farmaci, vaccini e brevetti. Big Pharma detta la linea, la politica esegue

di Vittorio AGNOLETTI

69

La "Carta di Ancona"

Campagna "Not On My Body"

76

1 Proposta per la Dichiarazione di Ancona 2024 "Assistenza sanitaria e Sanità Pubblica per Tutti"

A cura della Rete europea

"La salute non è in vendita"

81

INTERVENTI & ESPERIENZE

Alcune riflessioni su una recente vicenda sulla vigilanza su luoghi di lavoro

di Alessandro ROMBOLÀ

86

I pericoli della differenziazione in sanità

di Maria Elisa SARTOR

88

Lettere aperte al Presidente della Regione Campania

a cura del Coordinamento campano per il diritto alla salute

98

RUBRICA SCUOLA E SOCIETÀ

Scuola luogo cruciale per la salute, la sicurezza e la prevenzione

di Rino ERMINI

102

RECENSIONI

Tutela sì, tutela no: Gli istituti giuridici per le persone prive di autonomia: opportunità, criticità e proposte

a cura di Laura VALSECCHI

106

RICORDO

Ricordo di Anna Nocentini

di Beppe BANCHI

e Paolo BAVAZZANO

109

APPELLO

Per un Medio Oriente libero da armi di distruzione di massa

112

La salute prima del mercato. Cambiare l'Europa

A cura della Rete Europea "La salute non è in vendita"

Il testo che segue, suddiviso in sette capitoli, è la formulazione delle rivendicazioni europee, nella versione e con le peculiarità italiane, definite nell'ambito della Rete Europea "La salute non è in vendita".

Il testo ha costituito la piattaforma di riferimento per la giornata europea contro la commercializzazione della salute che si tiene ogni 7 aprile (giornata internazionale della salute stabilita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità). Da questo testo è stato altresì tratto un documento sottoposto ai candidati italiani alle elezioni europee cui molti hanno esplicitamente condiviso e aderito.

Fanno parte della Rete Europea: ● Coalition Santé (Belgio), ● EPSU (European Public Service Union – raccoglie sindacati nazionali dei servizi pubblici), ● Le Mouvement Populaire pour la Santé (Francia), ● Mareas Blancas (Spagna). Oltre a distinte associazioni come Medicina Democratica e il Forum per il diritto alla salute, opera un Gruppo di lavoro italiano cui fanno parte realtà locali e singole persone che si riconoscono e operano per gli obiettivi della Rete Europea, tra cui: ● il Coordinamento Campano per il diritto alla salute, ● il Coordinamento Milanese di Solidarietà dalla parte dei lavoratori, ● il Coordinamento Veneto Sanità Pubblica (Covesap).

1. Vogliamo un'Europa che favorisca un finanziamento pubblico della sanità sufficiente a garantire la qualità delle cure e adeguate condizioni di lavoro per i professionisti della salute.

Per la nostra salute, bisogna garantire un finanziamento adeguato per i servizi sanitari pubblici e non commerciali garantendo un sistema di protezione sociale solidale e universale che offra servizi accessibili, di qualità e condizioni di lavoro sostenibili e attrattivi per il personale sanitario.

IL RUOLO DELL'EUROPA

La crisi economica del 2008 ha modificato in modo significativo la natura dell'intervento delle istituzioni europee nei sistemi di assistenza sanitaria a livello nazionale.

Inizialmente si trattava di scambi di buone pratiche, oggi sono raccomandazioni attraverso il semestre europeo. La Commissione può anche mettere in mora uno Stato di prendere decisioni, con sanzioni finanziarie in caso di mancato rispetto. Condiziona gli aiuti europei (ad esempio il piano di ripresa e resilienza chiamato "Next generation EU") a misure di controllo del bilancio.

Le raccomandazioni sulla salute sono principalmente incentrate sulla spending review. Ad esempio, raccomandano una riduzione dei costi delle cure istituzionali, una riduzione dei rimborsi per le cure e dei finanziamenti per le case di riposo e gli ospedali. L'obiettivo dichiarato è quello di migliorare l'efficienza dei bilanci pubblici.

Queste pressioni europee spingono

anche i governi nazionali a ridurre le spese pubbliche per la protezione sociale (pensioni, disoccupazione, sanità), ma non solo. Anche le spese per i servizi pubblici/collettivi (istruzione, assistenza all'infanzia, alle persone disabili, agli anziani, trasporti...) o addirittura per le infrastrutture sono prese di mira. L'Europa favorisce così l'istituzione di metodiche mercificanti come i PPP (Partenariati Pubblico-Privato) che a lungo termine sono un'aberrazione economica e che sottopongono gli imperativi di salute pubblica agli interessi privati.

Allo stesso tempo, gli Stati riducono interventi sociali ad esempio il finanziamento della sicurezza sociale in quanto sono considerate un ostacolo alla concorrenza.

2. Vogliamo un'Europa che protegga la popolazione e il personale dalle derive commerciali determinate da chiare scelte politiche.

Per la nostra salute, proteggere la popolazione e il personale dalle derive commerciali, poiché la salute e la protezione sociale sono beni comuni e non sono in vendita!

LE DERIVE COMMERCIALI

La riduzione o il congelamento delle spese pubbliche per la salute (e il sociale) hanno un impatto sui salari, i rimborsi, i livelli di investimento (infrastrutture, attrezzature, ...)

E quando il settore pubblico si ritira, il settore privato a scopo di lucro si sviluppa, aprendo la porta a una medicina a due velocità.

- **Si vedono quindi emergere le derive commerciali.**

- **I subappalti che riguardano soprattutto i servizi sanitari** (per esempio, servizi di pulizia, sicurezza, informatica, ristorazione, ecc.) ma anche tutto il settore medico-tecnico (laboratorio, RX, ...).

- **La privatizzazione** che può essere formale (modifica della forma sociale) o meno (fusioni, partecipazioni, privatizzazione di un servizio pubblico

o di un'azienda pubblica, partenariato pubblico-privato...).

- **L'aumento delle spese correnti** con la parte personale del beneficiario che aumenta per le cure, i farmaci, le ospedalizzazioni... ciò che consente lo sviluppo delle assicurazioni private.

- **La privatizzazione** degli edifici, delle strutture, delle attrezzature, ...

- L'uso di **meccanismi di aumento della concorrenza** fra i fornitori di servizi e/o rispetto ai livelli di qualità del servizio. Sono i "buoni servizio" (per cure personali e servizi domiciliari) : budget personali (in particolare nel settore dell'assistenza alle persone con disabilità o perdita di autonomia), l'introduzione di premi speciali per avere un servizio di migliore qualità e un accesso più rapido ad esso.

- **Il new management** cioè l'uso di metodi di gestione del settore privato come la selezione dell'offerta più economica a scapito della qualità, l'introduzione di indicatori di performance e di rapporti di qualità, il confronto di mercato (*benchmarking*...).

- **Il dumping sociale** si amplifica attraverso la concorrenza tra le istituzioni sanitarie. Il quadro normativo si sgretola e il personale diventa una variabile di adattamento in termini di numero e costo, dato la parte che rappresenta nel bilancio.

CHI CI GUADAGNA CON LA COMMERCIALIZZAZIONE?

Le spese per la salute sono più elevate in un sistema commerciale come negli Stati Uniti, dove il 16,6% del PIL è dedicato all'assistenza sanitaria, a differenza di un sistema ancora prevalentemente pubblico e/o non commerciale come in Francia (11,9% del PIL), in Belgio (10,9% del PIL), in Spagna (10,5% del PIL), in Italia (9% del PIL) o in Irlanda (6,1% del PIL) (Fonte : statistiche OCSE relative all'anno 2022 pubblicate nel 2023)

Negli Stati Uniti, la spesa sanitaria pro capite è abnorme se comparata alla «performance» (in termini di aspettativa di vita, morbidità, ...) che invece

è paragonabile a quella di un paese emergente!

Il controllo del privato su vaste parti dell'offerta sanitaria indebolisce ulteriormente l'integrazione delle politiche di sanità pubblica. La presa in considerazione dei determinanti della salute diventa impossibile poiché è necessaria una redditività immediata e un ritorno sull'investimento.

Gli operatori pubblici hanno subito pienamente la crisi del Covid e ne escono indeboliti, mentre gli operatori privati sono stati in gran parte preservati.

I trattati di libero scambio e investimento dell'Unione Europea con altri Stati nel mondo impongono la liberalizzazione dei servizi. Questi trattati permettono sia di garantire investimenti commerciali nei segmenti redditizi dei servizi sanitari sia di proteggere i monopoli.

La finanziarizzazione del sistema sanitario in Europa ha portato alla concentrazione di trust privati europei operanti in tutto il mondo che a loro volta portano ad un aumento della pressione verso la privatizzazione della salute nei paesi del Sud.

LE NOSTRE PRIORITÀ

- Rivedere le direttive relative ai servizi e ai mercati pubblici applicando rigorose regole sulla qualità e sull'accessibilità, escludendo completamente gli operatori commerciali per tutti i settori essenziali per la salute e il benessere.
- Richiedere clausole sociali, condizioni di lavoro e ambientali negli accordi di libero scambio che rispettino i determinanti sociali della salute.
- Preservare la protezione sociale dagli appetiti delle assicurazioni private a scopo di lucro. I sistemi sanitari devono essere finanziati esclusivamente da una protezione sociale pubblica
- Consentire agli operatori pubblici di mantenere nella sfera non commerciale l'insieme dei servizi logistici, nonché i prodotti, i servizi e le attrezzature essenziali per un servizio sanitario di qualità (farmaci, ricerca, attrezzature mediche, protesi eccetera).

3. Noi vogliamo un'Europa che garantisca una accessibilità economica, nel territorio, entro tempi definiti, attenta alle diverse culture a tutte e tutti.

Per la nostra salute, garantire una accessibilità economica, nel territorio, entro tempi definiti, attenta alle diverse culture. Possiamo considerare più livelli di accessibilità alle cure. Il più evidente è l'aspetto economico che influenza anche gli altri.

DI QUALE ACCESSIBILITÀ PARLIAMO?

Accessibilità economica

In un sistema sociale o statale, finanziato dalla tassazione generale, è possibile applicare la regola dove «*ognuno contribuisce secondo i suoi mezzi e riceve secondo i suoi bisogni*».

I sistemi finanziarizzati tendono, invece, a valutare il contributo in funzione del rischio e propongono un insieme di prestazioni limitato a «*un elenco di pacchetti di cura*».

Constatiamo, nella maggior parte dei paesi europei, che la parte sociale regredisce, e che quella delle assicurazioni private (e commerciali) aumenta.

Le prestazioni sanitarie pagate direttamente, «*out of the pocket*», da chi ne ha bisogno è in costante aumento.

Le persone che in diversi stati europei beneficiano di un'assicurazione malattia di base non possono usufruire della stessa qualità delle cure prevista per chi ha un'assicurazione complementare.

È la sanità a due velocità (vedi sotto) legata alla commercializzazione della protezione sociale. I cittadini più abbienti possono permettersi cure rapide, regolari e migliori garantite dalle strutture private. Gli altri devono accontentarsi di ciò che i servizi pubblici, sottofinanziati, possono offrire loro. E la conseguenza immediata è il rinvio delle cure che può arrivare fino alla rinuncia. Gli esempi più evidenti si trovano nell'ottica, nelle cure dentali, nelle protesi e nei device. Per le po-

polazioni più vulnerabili, le rinunce riguardano spesso cure necessarie dal punto di vista clinico: diagnosi non effettuate o tardive, malattie croniche non prese in carico che possono evolvere verso complicazioni (diabete, ipertensione arteriosa, malformazione cardiaca eccetera).

Accessibilità nel territorio

La prevalenza della redditività e le esigenze di riduzione del debito pubblico, il dogma della concorrenza “libera e non falsata” sono alla base delle riforme dell’organizzazione delle cure (ristrutturazioni ospedaliere, ad esempio) e della rarefazione dell’offerta nelle zone non urbane.

Un’inversione rispetto all’organizzazione basata sull’accessibilità in funzione delle curve isocrone, cioè le linee guida che tendono ad organizzare le cure in modo che nessuno viva a più di un’ora da una piattaforma tecnica di qualità in grado di garantire alcune cure urgenti ed indispensabili, a più di mezz’ora da una maternità.

La concentrazione delle attività per specializzazione allontana l’offerta di assistenza ai beneficiari.

In Grecia sono stati chiusi cinque ospedali psichiatrici su otto, in Francia quasi mille maternità, ... diminuendo l’accessibilità e creando ciò che si chiama desertificazione medica. L’allontanamento è anche fonte di spostamenti costosi.

Accessibilità entro tempi definiti

I tempi d’attesa nel settore pubblico stanno aumentando mentre si sviluppa una pratica “VIP” che bypassa le code d’attesa tramite le visite private più costose.

A seconda delle specializzazioni, i tempi di attesa per un appuntamento di una visita specialistica possono raggiungere i 9 mesi in un ospedale pubblico, mentre lo stesso medico può riceverti entro 15 giorni in una visita privata intramoenia, con sovrapprezzo ovviamente.

Per le operazioni chirurgiche i tempi di attesa sono ancora molto più lunghi.

Accessibilità attenta alle diverse culture

La conoscenza dell’offerta esistente e delle procedure per accedervi, la lingua, le abitudini in termini di igiene e salute... sono elementi che limitano l’accessibilità alle cure.

La complessità dei sistemi di cura e di rimborso, la mancanza di conoscenza dei diritti sociali, la restrizione dei rimborsi per le prestazioni e i farmaci, i supplementi di onorari non annunciati... sono tutti fattori che amplificano il rinvio delle cure.

Una presa in carico standardizzata, attraverso le pratiche di normalizzazione comparativa, non consente più un adattamento alle specificità delle diverse persone.

LE NOSTRE PRIORITÀ

- L’Unione Europea deve esigere dagli Stati membri di garantire un finanziamento adeguato per i servizi sanitari pubblici e non commerciali, garantendo un sistema di protezione sociale solidale e universale che offra servizi accessibili e di qualità.

- L’Unione Europea deve mirare a ridurre le disuguaglianze sociali, in particolare in materia di salute. Dovrebbero essere istituiti meccanismi di sanzioni per i paesi che escludono i gruppi vulnerabili dalla protezione sociale e non rispettano il principio di non discriminazione per un accesso alle cure di qualità.

- Attivare fondi europei per la promozione di una sanità pubblica locale e non commerciale.

4. Vogliamo un’Europa che stimoli la democrazia in sanità coinvolgendo le persone e il personale sanitario

Per la nostra salute, stimolare la democrazia in sanità coinvolgendo la società civile, i lavoratori, le lavoratrici e le persone, nella definizione degli obiettivi e dei mezzi nelle politiche sanitarie.

La partecipazione delle persone è cruciale in sanità.

La gestione manageriale delle cure sanitarie tende a creare un divario tra

l'alta burocrazia e la popolazione, che dovrebbe invece essere il punto finale delle scelte organizzative. Anche il personale deve partecipare alle scelte poiché sempre più manager impongono le loro idee in modo imperativo.

La democrazia in sanità mira a coinvolgere i cittadini nelle decisioni relative alla salute, a migliorare la qualità delle cure attraverso la partecipazione dei pazienti ed eliminare i legami finanziari tra il comportamento dei pazienti e l'accesso alle cure. Come cittadini, dobbiamo essere attivi nella progettazione delle politiche sanitarie, tenendo conto delle esigenze della popolazione.

Ciò implica la partecipazione all'organizzazione dei sistemi sanitari e di protezione sociale. Questa partecipazione deve essere inclusiva, senza discriminazioni basate sull'età, il sesso, la disabilità o l'origine etnica.

La partecipazione migliora: - la qualità delle cure, - l'autonomia dei pazienti, - la loro adesione alla terapia.

La responsabilità non deve essere legata al concetto di controllo del consumo, ma creare una modalità nell'ambito della democrazia partecipativa anziché suscitare dei sentimenti di colpa.

La prevenzione e l'epidemiologia partecipative svolgono un ruolo fondamentale dando alle persone la possibilità di essere al centro della verifica e del controllo delle politiche, non solo sanitarie, nei territori, in particolare dopo il periodo Covid.

LE NOSTRE PRIORITÀ

- Considerare la democrazia in sanità come un determinante della salute
- Garantire una collaborazione orizzontale tra gli attori della salute
- Considerare i pazienti come partner nei percorsi di prevenzione e cura
- Rafforzare il riconoscimento delle associazioni di pazienti.
- La partecipazione dei pazienti dovrebbe estendersi: - alle relazioni con i fornitori di cure, - alle istituzioni sanitarie, - a livelli politici, evitando così l'influenza delle lobby.

5. I determinanti della salute

Molti fattori interconnessi influenzano la salute: l'età, il sesso, ma anche la classe socioeconomica, l'istruzione, l'alloggio, la situazione professionale, le condizioni di lavoro, l'alimentazione.

Questi sono i "determinanti sociali della salute". La loro influenza è molto più importante dei servizi sanitari stessi sulla salute di una popolazione.

Le disuguaglianze accentuano i rischi. Di fatto, le persone che hanno meno mezzi finanziari per pagare i servizi sanitari sono le più suscettibili ad averne bisogno in un certo momento della loro vita.

Il sistema economico e politico in atto modella le condizioni di miglioramento di questi determinanti sociali della salute, ad esempio attraverso le sue politiche ambientali e abitative, i prezzi degli alimenti e dei farmaci e l'accesso all'acqua.

Per arrivare a una soluzione strutturale, bisognerebbe concentrarsi non solo sui fattori che hanno un impatto sulla salute, ma anche sui processi che ne determinano la distribuzione disuguale nella società.

Ciò significa avere il diritto al lavoro e a un reddito dignitoso, il diritto all'alloggio, l'accesso all'acqua potabile e all'energia, l'uguaglianza tra uomini e donne (con particolare attenzione alla prevenzione e alla difesa della salute delle donne), il diritto all'istruzione, alla cultura, all'aria pulita, alla nutrizione, a un ambiente naturale preservato, una regolamentazione delle condizioni di lavoro che protegga i dipendenti e obblighi i datori di lavoro...

Negli ultimi anni, le nostre società hanno dovuto affrontare diverse crisi che hanno messo in luce e accentuato la fragilità delle persone più vulnerabili e dei sistemi attuali.

La crisi COVID:

- ha rivelato la vulnerabilità dei sistemi di sanità pubblica messi in difficoltà da anni di austerità;

- ha accentuato le disuguaglianze sociali in termini di prevenzione e trattamento;
- ha aggravato le condizioni di lavoro dei professionisti e le condizioni di accoglienza delle popolazioni;
- ...

La crisi economica, attraverso un aumento dell'inflazione, ha portato a una relativa diminuzione dei salari che non hanno seguito questa progressione, rendendo più difficile l'accesso:

- alle cure
- alla casa
- a una alimentazione equilibrata
- all'acqua
- ...

Una crisi sociale attraverso:

- la messa in discussione del diritto all'aborto in certi paesi;
- l'aggravamento delle condizioni per la pensione;
- il rinforzo delle condizionalità per le indennità in caso di disoccupazione;
- la rivelazione di scandali sanitari ed assistenziali in particolare concernenti la cura degli anziani.

LE NOSTRE PRIORITÀ

- È urgente riconoscere le interconnessioni tra la protezione dell'ambiente, il sistema economico e la giustizia sociale nelle nostre società.
- L'UE ha un ruolo centrale da svolgere nel miglioramento della salute attaccando le cause profonde come i determinanti sociali, ambientali, ecologici e di genere della salute.
- Gli Stati membri e l'Europa devono adottare un approccio intersettoriale alle politiche valutando le conseguenze di ogni decisione in tutti i settori sulla salute, conformemente alle raccomandazioni dell'OMS "salute in tutte le politiche".
- Dobbiamo ribadire la nostra opposizione alla finanziarizzazione e alla mercificazione della salute. L'essere umano non è una merce.

6. Vogliamo un'Europa che metta in opera una politica dei farmaci al servizio delle popolazioni europee e del Sud

Per la nostra salute, orientare una politica dei farmaci al servizio della popolazione e non delle multinazionali farmaceutiche.

Oggi, i farmaci sono sviluppati, prodotti e commercializzati da società commerciali il cui profitto viene prima della salute pubblica. Purtroppo, la pandemia di Covid 19 ne è stata una drammatica illustrazione a livello europeo. In piena opacità, l'Unione Europea ha versato decine di miliardi di euro di denaro pubblico per acquistare vaccini anti-covid. Tuttavia, questi vaccini non avrebbero potuto vedere la luce senza un massiccio apporto di denaro pubblico e i progressi della ricerca pubblica (brevetto del 2005 dell'Università di Pennsylvania, che riduce il carattere infiammatorio dei vaccini a RNA, e brevetto 070 del governo americano, che consente di stabilizzare il frammento di RNA grazie a microsfere lipidiche). Da un



lato, l'industria farmaceutica vendeva i suoi vaccini a prezzi esorbitanti ai paesi più ricchi, dall'altro, opponendosi alla revoca dei brevetti, privava i popoli dei paesi più poveri dei vaccini. L'associazione Global Justice Now, sulla base dei dati di Our World in Data, ha stimato le conseguenze in oltre 10.000 morti evitabili al giorno. La posizione monopolistica delle industrie farmaceutiche sui farmaci che i brevetti e i diritti di proprietà intellettuale conferiscono loro, e permettono anche il loro rifiuto di produrre nuovi farmaci per patologie rare perché poco remunerativi, spingono gli Stati ad accettare condizioni finanziarie infondate. Il costo dei farmaci ha fatto aumentare del 76% le spese pubbliche in farmaci degli Stati membri europei tra il 2000 e il 2009. Ciò mette sotto pressione i bilanci dei sistemi di salute sociale di tutti i paesi europei. Allo stesso tempo, i margini di profitto dei gruppi farmaceutici continuano ad aumentare, raggiungendo quasi il 25%. E Vincent Kiezebrink, un ricercatore di Somo, ha potuto stimare che il tasso di profitto di Moderna sul suo vaccino anti-Covid si aggirava intorno al 44%, quello di Pfizer intorno al 50%. Questi gruppi farmaceutici sono diventati uno dei poteri più importanti del settore economico. La lobby farmaceutica spende almeno 40 milioni di euro all'anno a livello europeo. Questo valore è quindici volte superiore alle spese di lobbying della società civile in materia di salute pubblica.

Diversi meccanismi su scala europea portano all'aumento della spesa pubblica per i farmaci.

I trattati di libero scambio e di investimento

I trattati di libero scambio e di investimento proteggono gli interessi economici dell'industria farmaceutica. Durante i negoziati di questi trattati (TTIP, CETA...), sono stati redatti diversi testi secondo i desideri dell'industria farmaceutica che prevedono l'esclusività dei dati degli studi clini-

ci o la riservatezza delle informazioni sulle imprese, con la minaccia di severe sanzioni. Il tribunale arbitrale proposto in questi trattati illustra il fatto che il beneficio degli interessi economici delle multinazionali supera l'interesse pubblico.

La concessione dei sussidi europei tramite i partenariati pubblico-privati

Le istituzioni europee hanno finanziato un progetto pubblico-privato da 5,3 miliardi di euro adattato alla richiesta dell'industria farmaceutica (Innovative Medicines Initiative). Le società commerciali si appropriano di tutti i benefici dei nuovi farmaci che sviluppano utilizzando i risultati della ricerca finanziata dall'Europa, dagli Stati, dalle istituzioni pubbliche di ricerca o dalle organizzazioni caritative. Pertanto, le società farmaceutiche impongono i prezzi dei farmaci sviluppati con il sostegno delle istituzioni europee, senza dover tenere conto del costo effettivo di sviluppo e produzione di un farmaco.

Il sistema dei brevetti

È l'Agenzia europea dei medicinali che ha il compito di valutare e monitorare i medicinali nell'Unione europea, nell'interesse della salute pubblica. In diverse occasioni è stata accusata di essere subordinata agli interessi dell'industria e di mancare di trasparenza, contrariamente alla missione che le è stata affidata. Le indagini condotte negli ultimi anni mostrano che poco più del 10% dei nuovi medicinali messi sul mercato europeo offrono vantaggi reali rispetto ai medicinali esistenti. Ciò significa che il 90% dei nuovi medicinali non apporta quasi alcun valore aggiunto... ma consente all'industria di ottenere nuovi brevetti e dunque di evitare di diventare farmaci generici, meno onerosi nel mercato europeo. Una volta che l'autorizzazione è stata concessa dall'agenzia europea dei medicinali, il prezzo e le modalità di rimborso sono fissati dalle autorità nazionali degli Stati membri.

Oggi il prezzo di un farmaco viene fissato, dopo lo sviluppo, da convenzioni ultra segrete concluse tra un paese e una società farmaceutica. Questo sistema opaco consente all'industria di non ridurre il prezzo pubblico di un prodotto nel paese in cui la convenzione è firmata e quindi di non mettere in pericolo le negoziazioni sui prezzi in altri paesi. In questo sistema, i cittadini non hanno alcun controllo né informazione sulla qualità e sul costo dei farmaci che vengono loro prescritti. Ma questi prezzi elevati influenzano i rimborsi complessivi dei sistemi sanitari. Centodieci oncologi hanno denunciato, in Francia, il fatto che in quindici anni il prezzo medio dei trattamenti antitumorali è aumentato da 10.000 a oltre 120.000 euro per paziente all'anno. Regolarmente, per limitare la crescita inesorabile delle spese sanitarie e sotto il pretesto di responsabilizzare i pazienti, il tasso di copertura delle spese sanitarie da parte dell'assicurazione malattia è ridotto (budget ospedalieri, rimborso dei farmaci e degli atti medici, ecc.). Queste disposizioni favoriscono la privatizzazione dei sistemi sanitari attraverso un aumento del finanziamento privato del rischio malattia: il trasferimento del carico del finanziamento dei farmaci e dei presidi sanitari alle assicurazioni malattia complementari è aumentato in tutti i paesi europei. In Francia, il finanziamento da parte delle assicurazioni complementari è passato dal 5,3% nel 1980 al 13,3% nel 2015. I laboratori non necessariamente ci perdono. Oggi decidono se produrre o meno in quantità sufficiente alcuni farmaci, generando carenze sempre maggiori negli ultimi anni. In Francia, il numero di segnalazioni all'agenzia di sicurezza del farmaco è passato da 405 nel 2016 a 1504 nel 2019 e 2446 nel 2021. Riguardano cure per le quali una interruzione è rischia di mettere in gioco la prognosi di vita dei pazienti. Le aziende farmaceutiche negoziano i prezzi al rialzo. Così nel 2023 in Francia, il costo dell'amoxicillina in situazione di penuria da diversi mesi,

è stato aumentato del 10%. Oppure impongono la sostituzione di specialità più costose.

I farmaci innovativi

C'è una mancanza di collaborazione a livello europeo sulla negoziazione dei prezzi di questi farmaci. La multinazionale Gilead detiene il brevetto del Sofosbuvir. Il costo di produzione per una cura con Sofosbuvir è di 100€. Il prezzo di vendita era di 30.000£ nel Regno Unito, 84.000\$ negli Stati Uniti, 40.000€ in Belgio e 41.000€ in Italia e in Francia. In Francia, è sceso a 24.900 euro per una cura di 3 mesi. La ricerca per questa cura è stata fatta da un'università pubblica, i risultati sono stati poi acquistati da Gilead. Dopo meno di un anno dalla commercializzazione, tutti i costi di investimento sono stati rimborsati.

LE NOSTRE PRIORITÀ

- I farmaci essenziali devono essere “accessibili, disponibili, economicamente disponibili, di buona qualità e ben utilizzati”, al fine di soddisfare le esigenze di miliardi di esseri umani in Europa e altrove nel mondo.
- Nel caso in cui sia disponibile un farmaco generico, dobbiamo dargli la priorità attraverso i mercati pubblici. Quando un farmaco viene venduto a un prezzo elevato, la produzione di farmaci equivalenti prima della scadenza del brevetto dovrebbe essere resa possibile attraverso le licenze obbligatorie. Di conseguenza, l'uso delle licenze obbligatorie dovrebbe essere facilitato. In caso di crisi sanitaria come la pandemia COVID, la revoca dei brevetti su tutte le terapie deve essere imposta.
- Le istituzioni europee, come l'EMA e la Commissione europea, devono sostenere lo sviluppo di nuovi modelli di ricerca e sviluppo, produzione e distribuzione di prodotti di qualità, come i principi basati sulla “scienza aperta” e le licenze socialmente responsabili, in base alle esigenze mediche e sociali. Le collaborazioni internazionali devono essere incoraggiate

e i finanziamenti pubblici forniti nella misura necessaria.

- È necessario istituire una migliore collaborazione tra gli Stati membri e le istituzioni europee per valutare il valore di un nuovo farmaco, il costo del suo sviluppo e accedere a tutte le informazioni utili.

- Migliorare la determinazione dell'innovatività e del bisogno sociale e terapeutico rispetto alle alternative già disponibili sul mercato dei farmaci (ad esempio farmaci generici e biosimilari)

7. Vogliamo un'Europa che risolva la carenza di personale sanitario proteggendo i paesi più deboli dalla fuga dei professionisti verso i paesi più ricchi.

Per la salute di tutte le popolazioni, assicurare condizioni salariali e di qualità del lavoro al personale sanitario locale per garantire una buona assistenza, rendere queste professioni sostenibili e ridare loro un'immagine di prospettiva per i giovani.

IL RUOLO DELL'EUROPA

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato che l'Europa detiene competenze determinanti nel settore della sanità pubblica, al di là di quanto previsto dall'articolo 152 del Trattato CE, che stabilisce che "è garantito un elevato livello di protezione della salute umana nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e azioni della Comunità".

Il principio fondamentale di libera circolazione dei professionisti e delle imprese dell'UE comporta gravi rischi per la salute pubblica. Alcune direttive cercano, ad esempio, di armonizzare i requisiti di formazione, ma il controllo in materia rimane principalmente di competenza nazionale. In un rapporto del Senato francese, si legge: "Nel quadro del Semestre europeo 2020, la relazione per la Francia pubblicata dalla Commissione europea il 26 febbraio scorso precisa infatti che le condizioni di accesso a determina-

te professioni regolamentate e diverse normative e tariffe non favoriscono gli investimenti. La Commissione aggiunge che queste restrizioni hanno un impatto negativo sulla dinamicità delle imprese, sulla competitività e sull'offerta di servizi professionali, a scapito del consumatore finale. Queste raccomandazioni vanno nella direzione delle osservazioni formulate dall'OCSE: liberalizzare di più le professioni regolamentate e continuare a semplificare le normative a loro applicabili potrebbe stimolare la crescita della produttività e aumentare il PIL pro capite. Questa assimilazione delle professioni sanitarie a qualsiasi altra attività economica e commerciale preoccupa i professionisti della salute che la ritengono incompatibile con l'esercizio della loro attività a vantaggio dei pazienti."

Il personale sanitario, già sotto pressione a causa dei tagli ai sistemi sanitari imposti, in parte, dalle normative europee, ha pagato un ampio tributo alla pandemia, ovunque in Europa e nel mondo. Anche se la Commissione ha dovuto allentare i vincoli di bilancio sugli Stati e ha stanziato fondi significativi nell'ambito del piano di ripresa e resilienza, bisogna evidenziare che tali misure non sono riuscite a invertire davvero la restrittività sui bilanci nazionali, e che una parte significativa di questi budget è di fatto indirizzata verso una dinamica di privatizzazione e commercializzazione della sanità. Con l'inizio dell'invasione russa in Ucraina, la pressione sulle economie nazionali ed europee è aumentata: In poco tempo i budget originariamente destinati a migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario sono stati dirottati verso aumenti delle spese energetiche e budget militari.

LE CONSEGUENZE NON SI SONO FATTE ATTENDERE

Le difficoltà per le professioni sanitarie si sono diffuse ampiamente, nonostante gli applausi della prima ora. L'uscita dalla crisi è stata catastrofica. Invece di mettere in atto misure per

rivalutare come intervenire sul lavoro, di consentire al personale di prendersi una pausa e di offrire una vera prospettiva per migliorare le professioni stesse, la pressione della domanda di cura (patologie non trattate durante la pandemia) ed economica (redditi bloccati per i medici e molte altre discipline), hanno portato a un aumento dell'intensità lavorativa per tutte le attività sanitarie. Così, il personale – insufficiente – ha visto peggiorare ulteriormente le sue condizioni di lavoro, alimentando un circolo vizioso che ha portato a una quasi generale ulteriore diminuzione di personale, aggravata dalla percezione negativa tra i giovani che avrebbero potuto intraprendere queste professioni.

Le conseguenze includono anche un elevato tasso di assenteismo, spesso di lunga durata (burn-out, ...) ma anche la fuga verso il lavoro a tempo parziale o verso altri settori professionali. La realtà del lavoro sul campo non è più compatibile con gli elementi che motivano più spesso il personale sanitario (aspetto umano, visione olistica, ...). L'immagine negativa che ne deriva allontana ancora di più i giovani, che non riconoscono più queste professioni come professioni con una prospettiva. La carenza di personale, inoltre, crea un circolo vizioso di deterioramento delle condizioni di lavoro e delle cure.

A questo punto, non si tratta solo di trovare soluzioni per migliorare le condizioni di lavoro, ma di gestire effettivamente la carenza di professionisti, che sta influenzando sempre più la qualità delle cure e la loro accessibilità (liste d'attesa, desertificazione medica e infermieristica, concentrazione degli operatori in poche sedi, selezione delle patologie, ...).

La tentazione per gli stati e le multinazionali diventa forte: andare a reclutare professionisti sanitari in paesi con un tenore di vita inferiore, sia in altri paesi europei (Romania, Polonia, Estonia, Portogallo, ...) che del Sud (Filippine, Maghreb, ...). In Romania, un quarto dei posti di medico è vacante. In alcune regioni della Bulgaria, rimane solo la metà del personale sanitario...

LE NOSTRE PRIORITÀ

- I bilanci degli Stati membri devono essere in grado di affrontare le sfide sanitarie di oggi e di domani (invecchiamento della popolazione, impoverimento, malattie croniche, mentali e professionali, ecc.), senza aumentare la pressione sul lavoro del personale sanitario.
- I meccanismi di solidarietà devono offrire un maggiore sostegno ai paesi meno ricchi, consentendo di garantire al loro personale sanitario condizioni di lavoro e salariali paragonabili a quelle dei paesi più ricchi.
- L'Europa deve imporre normative sul personale che garantiscano la qualità delle cure e condizioni di lavoro adeguate.
- Si tratta di armonizzare a livello europeo i salari e le condizioni di lavoro per consentire una vera libertà di circolazione dei professionisti.
- L'Europa deve limitare la possibilità ai professionisti sanitari di essere assunti in un paese dell'unione se ciò mette a rischio i sistemi sanitari nei paesi più fragili.
- L'Europa deve vietare l'intervento di imprese private a scopo di lucro nel "traffico dei camici bianchi", sia nei paesi di partenza sia in quelli di destinazione.



Salute e sanità nell'Unione Europea (UE) tra mutualità, assicurazioni sanitarie, servizi a diretta produzione pubblica e mutualismo. Quali movimenti per la salute?

Edoardo TURI*

Da poco sono passate le elezioni europee di giugno 2024 e ancora si discute sui risultati e il loro significato. L'avanzata delle destre conservatrici se non francamente reazionarie, nazionaliste o neofasciste, è stata appena più contenuta del previsto, ma le forze che genericamente possiamo definire come sinistra, o più in generale appartenenti alla tradizione del movimento operaio, democratico ed ecologista, ha appena tenuto le proprie posizioni con alcuni arretramenti significativi come per esempio i Verdi in Francia e Germania e la Linke in Germania mentre i liberali perdono le loro precedenti posizioni.

Medicina Democratica con altre associazioni e gruppi di attivisti europei impegnati sulla salute e la sanità e che avevano dato vita già negli anni precedenti dal 2019 alle manifestazioni per il 7 aprile, giornata internazionale dell'OMS per la salute, anche nel 2024 si sono mobilitati con manifestazioni locali che in Italia si sono tenute sabato 6/4/2024 anche al fine di consentire ad alcuni attivisti di partecipare alla manifestazione a Bruxelles il 7 e l'8/4/2024.

È in questo contesto che **Medicina Democratica**, con altre associazioni e gruppi, con cui è in rete, come il **Forum per il Diritto alla Salute**, hanno proposto un **appello in difesa della**

salute e dei sistemi sanitari pubblici ai candidati italiani alle elezioni europee 2024 in parallelo ad analoghe realtà europee.

L'UNIONE EUROPEA, LA SALUTE E LA SANITÀ

In realtà i due argomenti hanno avuto e hanno un peso diverso nell'Unione europea (UE): mentre per la salute l'UE ha svolto un ruolo significativo attraverso la tutela dell'ambiente e la protezione dei consumatori dall'inquinamento atmosferico, ai rifiuti, dalle acque destinate al consumo umano all'agricoltura, suscitando spesso le ire di imprenditori o settori sociali e che si sentivano colpiti dalla politiche anche blande di sostenibilità ambientale, oppure non è stata all'altezza delle aspettative dei movimenti ambientalisti o di lotta per la salute come per i PFAS, **non si può dire lo stesso per i sistemi sanitari.**

L'Unione infatti dispone di una competenza esclusiva per la conclusione di accordi internazionali a determinate condizioni.

1. Competenze esclusive dell'Unione [articolo 3 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)]. Settori in cui solo l'Unione può legiferare e adottare atti vincolanti. Gli Stati membri dell'Unione possono farlo au-

* Docente di Igiene e medicina sociale, Sapienza Università di Roma

tonomamente solo se l'Unione conferisce loro la facoltà di rendere esecutivi tali atti. L'Unione ha competenza esclusiva nei settori seguenti:

- unione doganale;
- definizione delle norme in materia di concorrenza necessarie al funzionamento del mercato interno;
- politica monetaria per i paesi dell'area euro;
- conservazione delle risorse biologiche del mare nel quadro della politica comune della pesca;
- politica commerciale comune.

2. Competenze concorrenti (articolo 4 del TFUE). L'Unione e i suoi Stati membri possono legiferare e adottare atti giuridicamente vincolanti. Gli Stati membri esercitano la propria competenza laddove l'Unione non la esercita o abbia deciso di non esercitarla. La competenza concorrente tra l'Unione e i suoi Stati membri si applica nei settori seguenti:

- mercato interno;
- politiche sociali (ma solo per gli aspetti definiti specificamente nel trattato);
- coesione economica, sociale e territoriale (politiche regionali);
- agricoltura e pesca (tranne la conservazione delle risorse biologiche del mare);
- ambiente;
- protezione dei consumatori;
- trasporti;
- reti transeuropee;
- energia;
- spazio di libertà, sicurezza e giustizia;
- problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica (limitatamente agli aspetti definiti nel TFUE);
- ricerca, sviluppo tecnologico e spazio;
- cooperazione allo sviluppo e aiuti umanitari.

Quindi per la sanità e i sistemi sanitari le uniche competenze sono riportate di seguito.

In virtù dell'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea, la salute pubblica è una compe-

tenza condivisa tra l'UE e i suoi Stati membri. Se da un lato gli Stati membri definiscono e forniscono i propri servizi sanitari nazionali e l'assistenza medica, dall'altro l'Unione cerca di integrare le politiche nazionali attraverso la sua strategia sanitaria per:

- prevenire le malattie, promuovendo stili di vita sani;
- facilitare l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura;
- contribuire a sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili;
- affrontare le minacce transfrontaliere;
- mantenere le persone sane per tutta la loro vita;
- sfruttare nuove tecnologie e pratiche.

Il regolamento (UE) 2021/522 istituisce il programma EU4 Health per il periodo 2021-2027, che con un bilancio di oltre cinque miliardi di euro, si prefigge di:

- potenziare la preparazione dell'Unione nei confronti di importanti minacce sanitarie di carattere transfrontaliero tramite la creazione di:
 - riserve di forniture mediche destinate alle crisi;
 - una riserva di personale sanitario e persone esperte che sia possibile mobilitare per rispondere alle crisi in tutta l'Unione e
 - una migliore sorveglianza delle minacce sanitarie;
- rafforzare i sistemi sanitari affinché siano in grado di fronteggiare epidemie e sfide a lungo termine sostenendo:
 - la prevenzione delle malattie e la promozione della salute in relazione all'invecchiamento della popolazione;
 - la trasformazione digitale dei sistemi sanitari e
 - l'accesso all'assistenza sanitaria per i gruppi vulnerabili;
- rendere disponibili ed economicamente accessibili farmaci e dispositivi medici, promuovere l'impiego prudente ed efficiente di sostanze antimicrobiche e favorire l'innovazione in ambito medico e farmaceutico, nonché una produzione più ecologica.

Non è poco ma senz'altro insufficiente. In realtà le normative che regolano i sistemi sanitari nei vari stati membri, anche con le criticità e ulteriori diversità legate all'allargamento dell'UE da 12 iniziale a 27 stati membri (erano 28 ma il Regno Unito è uscito nel 2020), rendono difficile, come in altri campi (es.: fisco) un'armonizzazione e un loro ampliamento dal punto di vista del diritto alla salute.

La prevenzione primaria sicuramente attraverso le politiche ambientali e la difesa dei consumatori può dare all'UE un ruolo più importante per la salute che per quanto concerne i sistemi sanitari.

L'UE TRA BISMARCK E BEVERIDGE

Per comprendere meglio queste differenze bisogna fare riferimento ai due principali modelli **Bismarck** e **Beveridge** adottati dai vari paesi dell'UE e alla loro origine storica, sociale e politica, alle fine 1800 il primo e nella prima età del 1900 il secondo.

Pur nella loro diversità i due sistemi traggono motivazioni da analoghe situazioni di crisi e, anche con le loro differenze, non sono poi troppo dissimili nelle loro finalità, almeno nel modo in cui si sono sviluppati in Europa e a differenza degli Stati Uniti. Non dimenticando che gran parte del resto del mondo non occidentale o industrializzato è privo di analoghi sistemi di sicurezza e protezione sociale.

Bismarck, aristocratico, militare e possidente terriero (juncker), fu primo ministro della Prussia (1862) e poi il Cancelliere dell'Impero tedesco Di Guglielmo I (1871). Sono gli anni della seconda Rivoluzione industriale e dello sviluppo del movimento operaio che passa dalla Associazione internazionale dei lavoratori o Prima Internazionale (1864) alla Seconda Internazionale (1889). Anni di conflitti durissimi tra lavoro e capitale, di scioperi e violente repressioni, morti ed arresti. Bismarck, che non era un filantropo o un benefattore dell'umanità, comprese però che al conflitto

con le organizzazioni dei lavoratori, i sindacati e il nascente movimento socialista, non si poteva rispondere solo con fucili, cannoni e prigionieri, ma doveva pensare ad affrontare quelle rivendicazioni sociali, economiche e politiche che il movimento operaio poneva, affinché il sistema sociale e politico che rappresentava non cadesse sotto le spinte più radicali e rivoluzionarie che quel movimento poneva. Si era da poco spento l'eco del Comune di Parigi (1872).

Per capire il funzionamento del sistema sanitario tedesco bisogna andare indietro nel tempo, fino al 18 gennaio 1871, quando nasce l'impero tedesco, il Secondo Reich, in seguito alle guerre austro-prussiane e franco-prussiane, terminate entrambe con la vittoria della Germania. Segue un periodo caratterizzato da una forte paura da parte delle monarchie dei vari stati, che la Rivoluzione francese del 1789 e quella comunarda del 1871 si ripeta anche in Germania. Il nazionalismo tedesco si sposta rapidamente dal suo iniziale carattere liberale e democratico del 1848 alla Realpolitik autoritaria di Otto von Bismarck, che utilizza l'approccio "del bastone e della carota". Il movimento socialista è messo al bando, ma viene creato uno stato sociale particolarmente avanzato, basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie, finanziato con i contributi delle imprese e dei lavoratori.

Ma Bismarck copiò proprio dal movimento operaio lo strumento da questo adottato, ma per addomesticarne la radicalità rispondendo tuttavia alle rivendicazioni più immediate: la **"mutualità"** che si esprime nelle associazioni, chiamate per brevità mutue, dove i membri che ne fanno parte s'impegnano, volontariamente e senza fini di lucro personale, a prestarsi reciproco aiuto e assistenza. Nella Roma antica esistevano delle associazioni costituite dai fedeli che curavano il culto di una particolare divinità, chiamate *sodalicia* e *sodalitates* create per prestarsi reciproco soccorso in caso di particolari necessità. Gli stessi scopi

all'inizio caratterizzano le confraternite medievali (gilde, corporazioni) come quelle della "buona morte" o dei "fratelli della misericordia" che in seguito offrono assistenza ad esempio per garantire un vitalizio per gli anziani o per poter sostenere l'acquisto di strumenti per gli artigiani, ecc.

Scopi questi ultimi che caratterizzano in modo particolare le associazioni operaie del XIX secolo chiamate in Gran Bretagna "*friendly societies*", in Francia "*associations ouvrières*" o "*compagnonnages*", in Italia mutue o "società di mutuo soccorso".

Le associazioni mutualistiche si caratterizzavano per la cronica mancanza di risorse finanziarie che potessero assicurare continuità e sicurezza ai soci per le prestazioni assistenziali: per questo motivo si formarono più solide imprese, chiamate cooperative, basate sull'assenza del conseguimento del lucro personale, in grado di fornire particolari servizi agli associati.

Bismarck attuò tra il 1881 e il 1889 il primo sistema previdenziale al mondo, che servì da modello per tutti gli altri paesi. Nel 1883 istituì l'assicurazione contro le malattie e nel 1884 quella contro gli infortuni. Nel 1889, infine, realizzò un progetto di assicurazione per la vecchiaia. Si gettarono, quindi, nel continente europeo le fondamenta del moderno stato sociale. Si fondava proprio come la mutualità operaia sui contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori e il limite era che copriva solo i lavoratori e le loro famiglie.

Il modello Beveridge prende forma in un contesto molto diverso: nel 1942, in piena Seconda Guerra mondiale, di cui non si potevano assolutamente prevedere gli esiti, con l'Europa continentale sotto il giogo nazifascista e l'occupazione tedesca. Un momento drammatico in cui il regno Unito è il primo paese occidentale industrializzato a fare fronte, prima solo con le proprie risorse economiche e umane, all'aggressione nazista. Solo nel 1942 si accese qualche debole speranza sul piano militare, ma la vittoria degli Alleati era ancora di là da venire.

W. H. Beveridge era un aristocratico, economista e sociologo britannico, nel 1944-45 deputato del Partito liberale, che divenne celebre per aver redatto e pubblicato nel novembre 1942 un rapporto sulla "sicurezza sociale e i servizi connessi" (*Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*, meglio conosciuto come "Rapporto Beveridge"). Il rapporto servì poi da base per la riforma dello stato sociale britannico messa in atto dal governo laburista eletto nelle elezioni generali del 1945. Beveridge osservò come le disuguaglianze tra popoli e nazioni, nonché all'interno delle nazioni stesse, tra le classi sociali, fossero all'origine dei conflitti anche violenti e delle guerre, e così abbozzò un modello della sicurezza sociale in cui tutti i cittadini avrebbero versato un contributo settimanale a un ente nazionale, assicurandosi così contro rischi quali le malattie, l'invalidità o la disoccupazione. Beveridge riteneva che fosse compito dello Stato proteggere i cittadini e le cittadine "dalla culla alla bara" («from cradle to the grave») e lottare contro i cinque "grandi mali" (*Giant Evils*): miseria, malattia, ignoranza, impoverimento (*Squalor*) e ozio (*Idleness*). Le proposte di Beveridge di estendere e riunire le varie assicurazioni sociali in un'ampia assicurazione popolare basata su una comunione dei rischi a livello nazionale, confluirono direttamente nei programmi di riforma del governo laburista, che nell'estate del 1945 subentrò al governo di coalizione del conservatore Churchill. In breve tempo furono ampliate le assicurazioni sociali e colmate le lacune del sistema previdenziale. **Nel 1948 il servizio sanitario nazionale (National Health Service) iniziò la sua attività.** Queste riforme rientravano in vasti programmi di pianificazione e statalizzazione.

La differenza di base tra i due modelli è nota, ma vale la pena richiamarla: il modello Bismarck, almeno nella Prussia dell'epoca, proteggeva solo i lavoratori e le loro famiglie, poteva avere

livelli di protezione diversi a seconda dei comparti lavorativi perché si finanziava con contributi assicurativi dei lavoratori e dei datori di lavoro: perdendo il lavoro si perdeva la copertura e quindi copriva sufficientemente la popolazione in tempi di pieno impiego, lasciando scoperti i disoccupati e le loro famiglie o più ampie fasce della popolazione in tempi di disoccupazione più estesa.

Il modello Beveridge si fonda oggi prevalentemente sulla fiscalità generale e il prelievo fiscale, con proporzionalità sul reddito, ma al tempo del Rapporto non era stato pensato soprattutto in questa forma, adottata successivamente, e infatti non escludeva affatto forme assicurative anche se erano estese a tutta la popolazione senza distinzione tra lavoratori, categorie di lavoratori o disoccupati, pensando a reddito, abitazione, istruzione salute come diritti: un salto epocale rispetto al modello Bismarck, non solo per i cinquant'anni circa che li separano, non molti rispetto alla storia umana, ma così diversi per contesti, economici, sociali e politici in cui furono formulati e poi attuati.

Tuttavia con uno sguardo più attento ai due modelli e basandosi sul metodo della critica dell'economia politica e della critica sociale, si può dire che le finalità dei due modelli non sono poi così dissimili: entrambi pensano, pur con sensibilità e finalità diverse, alla "pace sociale", per Bismarck la difesa dei privilegi della propria classe e del proprio potere politico dall'avanzare delle rivoluzioni sociali, per Beveridge per difendere la società liberale capitalista dai suoi stessi mali ed errori (approccio poi ripreso concretamente da R.M. Keynes), che portavano a conflitti sociali anche violenti, rivoluzioni sociali se non vere e proprie rivoluzioni, guerre e distruzioni pericolose proprio per il modello economico sociale dominante nell'occidente industrializzato. E entrambi i modelli sono generati dall'affacciarsi sulle pagine della storia delle masse popolari: iniziato già con la Rivoluzione francese,

seguito dalla Rivoluzione industriale con la produzione e il lavoro operaio su vasta scala nella fabbrica moderna e continuato nella Prima e poi nella Seconda guerra mondiale con il drammatico contributo in vite umane civili e militari. In entrambi i casi questo contributo non poteva essere ignorato, pena ulteriori pericoli per il sistema economico e politico dominante cui la Rivoluzione russa del 1917 aveva dato un orientamento su scala mondiale.

SISTEMI SANITARI UE A CONFRONTO

Ma vediamo oggi com'è la situazione dei due modelli nell'UE, non dimenticando mai che gran parte del mondo è priva di validi sistemi di sicurezza sociale e sanitaria e solo una minoranza dei paesi occidentali e industrializzati ha un modello Beveridge.

Euro Health Consumer Index (EHCI) (vedi tabella 1) è un indice che rappresenta il livello di qualità della Sanità in Europa, basato sui tempi di attesa, risultati, e affidabilità. EHCI fu introdotto nel 2005-2009 e 2012-2015 dal Health Consumer Powerhouse. Nel 2014 la classifica includeva 37 paesi con 48 indicatori. È il principale confronto per valutare le prestazioni dei sistemi sanitari nazionali in 35 paesi, analizzando l'assistenza sanitaria su 46 indicatori. L'indice non misura la qualità in assoluto del sistema sanitario nazionale di un paese, ma la "familiarità" di esso con gli assistiti, con indici specifici sui: diritti dei pazienti e le informazioni, accesso alle cure, risultati del trattamento, portata dei servizi, prevenzione e uso dei farmaci, diabete, cardiologia, HIV, cefalee ed epatiti. È vero che è stato criticato dal British Medical Journal (Martin McKee et al. Osservatorio europeo delle politiche e dei sistemi sanitari, 2016), ma è una delle poche fonti comparate disponibili sui sistemi sanitari europei.

Nel 2006 la Francia fu in cima alla classifica con 768 punti su 1.000.

Non è un caso che il regista statuniten-

Nazione	Posizione	Diritti dei pazienti e informazioni sulla posizione	Accessibilità (tempi di attesa)	Outcomes (risultati)	Servizi offerti	Punteggio del servizio	Prevenzione	Farmaci
Albania	35	544	67	175	156	42	71	33
Austria	9	799	108	175	244	104	89	78
Belgium	5	849	104	213	244	115	101	72
Bulgaria	31	591	79	200	167	47	60	39
Croatia	24	644	104	125	200	94	71	50
Cyprus	26	635	83	150	200	63	83	56
Czechia	14	731	108	175	211	104	71	61
Denmark	4	855	121	175	267	120	95	78
Estonia	15	729	121	188	189	94	77	61
Finland	6	839	113	150	278	120	101	78
France	11	796	104	188	233	104	83	83
Germany	12	785	104	163	244	83	101	89
Greece	29	615	67	163	200	52	83	50
Hungary	33	565	79	113	156	78	95	44
Iceland	10	797	121	188	222	104	107	56
Ireland	22	669	83	75	244	94	89	83
Italy	20	687	92	138	233	73	101	50
Latvia	30	605	100	138	178	68	77	44
Lithuania	28	622	104	163	167	73	71	44
Luxembourg	7	809	100	188	244	109	95	72
Malta	27	631	88	150	156	104	95	39
Montenegro	23	668	96	188	189	52	71	72
Netherlands	2	883	125	175	256	125	113	89
North Macedonia	25	638	113	163	156	63	83	61

Tabella 1. Euro Health Consumer Index 2018 – Indice di qualità della sanità in Europa.

Continua ►

Nazione	Posizione	Diritti dei pazienti e informazioni sulla posizione	Accessibilità (tempi di attesa)	Outcomes (risultati)	Servizi offerti	Punteggio del servizio	Prevenzione	Farmaci
Norway	3	857	125	138	278	120	119	78
Poland	32	585	79	138	167	57	89	56
Portugal	13	754	108	163	222	94	89	78
Romania	34	549	96	175	133	52	54	39
Serbia	18	699	108	200	189	57	83	61
Slovakia	17	722	113	188	200	78	77	67
Slovenia	21	678	88	125	222	94	77	72
Spain	19	698	96	113	222	94	101	72
Sweden	8	800	117	113	267	125	101	78
Switzerland	1	893	113	225	278	99	95	83
United Kingdom	16	728	117	100	211	109	113	78

Tabella 1 (continua da pagina 25). Euro Health Consumer Index 2018 – Indice di qualità della sanità in Europa.

se M. Moore, criticando duramente la sanità USA fondata su un modello assicurativo, citi il sistema sanitario francese (modello Bismarck) con il Canada e il Regno Unito (modello Beveridge) nel suo film documentario “Sicko” del 2007, mentre l’Italia già allora venne ignorata.

L’ultimo rapporto è del 2018 e vede la sanità italiana, con 648 punti su 1.000, classificata al 21° posto in Europa.

Prima della classe del Vecchio Continente è la sanità dei Paesi Bassi (898 punti su 1000), seguita da Svizzera, Norvegia, Finlandia e Danimarca. L’indice con cui viene stilata la graduatoria viene redatto combinando i risultati di statistiche pubbliche, sondaggi tra i pazienti e ricerche indipendenti. Secondo l’EHCI l’Italia nel 2013 era al 20° mentre nel 2008 si classificò al 16°. **“La performance del sistema sanitario italiano continua a scivolare verso il basso – si legge nello studio –, proseguendo nel suo malaugurato cammino in discesa iniziato fin dai primi rilevamenti dell’EHCI. L’Italia è, infatti, uno dei pochi paesi europei a non avere migliorato il suo punteggio in base all’indice”.**

Sia i Paesi Bassi sia la Francia e la Germania, pur con diversità importanti tra loro, hanno modelli prevalentemente Bismarck anche se come poi vedremo “misti” o, meglio, dei **modelli Bismarck con obiettivi Beveridge.**

Se limitiamo l’analisi a soli paesi UE vediamo che 16 di essi su 27 stati membri (il Regno Unito non ne fa più parte dal 2020), hanno un sistema sanitario basato su un modello Bismarck (Romania, Bulgaria, Croazia, Polonia, Lituania, Estonia, Ungheria, Slovacchia, Rep. Ceca, Slovenia, Francia, Belgio, Austria, Olanda, Germania, Lussemburgo), mentre solo nove un modello Beveridge (Lettonia, Cipro, Grecia, Spagna, Italia, Finlandia, Danimarca, Svezia, Irlanda).

Confrontando i dati di questi paesi non sembra che il modello influenzi la qualità reale o percepita.

Si prenderanno come esempio alcuni paesi per la loro valenza simbolica (Francia, Olanda, Germania con modelli Bismarck e Svezia, Spagna e l'Italia, modelli Beveridge, su quest'ultima però si faranno solo delle valutazioni comparative), pur considerando la difficoltà di paragone per le differenze importanti della numerosità e densità della popolazione e le rispettive economie, in particolare il PIL.

I SISTEMI SANITARI IN ALCUNI PAESI UE

Iniziamo con la già citata **Francia**, il che ci dà la possibilità di dare la prima definizione riportata nel titolo: **mutualità**.

Non è un caso che il **sistema sanitario francese sia preso come esempio dalla rivista Valori di Banca Etica (Andrea Barolini, Valori, 28/4/2020).**

Il sistema sanitario francese è di tipo misto, strutturalmente basato su un modello Bismarck ma con obiettivi Beveridge, che si riflette nel sistema unico di pagatore pubblico, la crescente importanza delle entrate fiscali, per finanziare l'assistenza sanitaria e un forte intervento statale. L'Assicurazione sociale sanitaria (SHI, Social Health Insurance) copre attualmente il 100% della popolazione. La responsabilità delle cure è condivisa tra medici del Free for Service privati, ospedali pubblici, ospedali privati senza fini di lucro e ospedali privati con fini di lucro. Oltre al settore sanitario esiste un "terzo settore" sanitario e di assistenza sociale, *le secteur médico social*, che fornisce assistenza agli anziani e ai disabili. Lo Stato rimborsa solo parte delle cure sanitarie (salvo per i più poveri).

A livello nazionale, infatti, lo Stato in Francia non copre tutte le spese sostenute per le cure dei propri cittadini, ad esempio per un ricovero ospedaliero. Esiste infatti una base di rimborso, che viene erogata da parte della *Sécurité sociale* (equivalente del nostro Servizio Sanitario Nazionale). Essa ruota attorno al 65% per la maggior

parte dei costi sostenuti dai pazienti. Così per le visite presso il proprio medico di famiglia o presso uno specialista, per l'acquisto di occhiali da vista o per gli onorari pagati ad un dentista. La restante quota è a carico dei contribuenti che, per questo, in larghissima maggioranza, si rivolgono ad una mutua sanitaria. Ovvero alle cosiddette "mutuelles", sottoscrivendo una polizza. Rischiare, infatti, di pagare di tasca propria le spese legate ad un ricovero risulterebbe troppo oneroso per la stragrande maggioranza della popolazione. In un sistema di questo tipo, le mutue sanitarie senza scopo di lucro hanno trovato terreno fertile. Tanto che oggi in Francia sono più di 400. E assicurano circa 38 milioni di persone. Ciò su un totale di circa 66 milioni di abitanti. Per chi invece non è in grado di permettersi una *mutuelle*, esiste la CMU-C. Si tratta della "Copertura malattia universale complementare". Che prevede la gratuità delle prestazioni per tutti coloro i cui redditi complessivi non superano i 9.654 euro annui. Alla fine del 2018, essa copriva circa 7 milioni di persone. Per le quali lo Stato ha speso, nello stesso anno, circa 2,7 miliardi di euro. Inoltre, il modello "pubblico-privato" consente di fatto un controllo reciproco tra i grandi attori della sanità francese. Così, i costi delle *mutuelles* – che sono di fatto assicurazioni sanitarie private, benché senza scopo di lucro – restano in definitiva ragionevoli. Soprattutto rispetto agli stipendi medi, nel 2018 risultavano pari a 1.637 euro netti al mese per un impiegato, 1.717 per un operaio, 2.271 per un quadro e 4.141 per un funzionario. Una coppia sui 40 anni riesce così a raggiungere una copertura del 100% per numerose prestazioni anche con trenta euro al mese a testa. In totale queste "cotisations" (i contributi versati da tutti i cittadini alle *mutuelles*) ammontano a più di 22 miliardi di euro. In circa il 70% dei casi si tratta di contratti individuali. Gli altri sono invece accordi stipulati dalle aziende per l'insieme dei propri lavoratori. Il che permette

in molti casi di spuntare condizioni particolarmente vantaggiose.

La giurisdizione in termini di politica sanitaria e di regolamentazione del sistema è divisa tra lo stato (Governo, Parlamento), SHI e, in misura minore, le autorità locali, in particolare regionali che dagli anni '90 del XX secolo hanno assunto un ruolo maggiore nei processi decisionali e nella pianificazione. Sono state dunque create delle Amministrazioni regionali (ARS) per rappresentare i vari soggetti interessati (SHI, stato, professionisti, attori della salute) con negoziazioni tra fornitori, stato, responsabili dei conti pubblici per rispettare gli obiettivi nazionali di spesa sanitaria, che si traducono in leggi, decreti amministrativi e accordi collettivi. Con i problemi di deficit di bilancio dalla metà degli anni '90 del secolo scorso lo stato ha assunto un ruolo maggiore ma sempre in una prospettiva di condivisione nei livelli centrali e regionali per quanto riguarda la pianificazione e la regolamentazione. Le ARS coordinano l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale e l'assistenza sociosanitaria per anziani e disabili. I fornitori sono pagati dal SHI ma gli assistiti potrebbero dover pagare il fornitore e poi richiedere il rimborso da parte del SHI anche per le visite del medico di base. Le tariffe sono stabilite tramite negoziazioni tra fornitori e SHI e approvate dal ministero della sanità che regola la qualità delle cure a livello nazionale. Il modello mutualista francese è estremamente antico. Affonda le sue radici negli anni della rivoluzione industriale, attorno al 1820. Già nel 1848, circa duemila società raggruppavano in Francia 250 mila soci che, con le loro famiglie, rappresentavano 1,6 milioni di persone. Numeri che salirono a 5.700 società (per 670 mila assistiti) nel 1870. Meno di trent'anni dopo, nel 1898, venne emanata la "Charte de la mutualité" (Carta del mutualismo). E nel 1902 nasce la Federazione nazionale della mutualità francese. Nel 1914, alla vigilia della prima guerra mondiale, gli aderenti erano quasi 4

milioni, che divennero 9,8 nel 1938. Quindi, dopo la seconda guerra mondiale, venne creata la Sécurité sociale. Le mutue a quel punto si adattarono e si trasformarono via via in quelle che rappresentano oggi un elemento costitutivo dello stato sociale della Francia. Oggi la sfida è ormai quella del mercato, dovendo fare fronte alla concorrenza delle compagnie d'assicurazione private tradizionali, nel quadro di un'Europa largamente liberale, cercando di mantenere saldi i principi di governo democratico all'interno dei gruppi, che sono sempre meno numerosi e sempre più grandi.

La Francia è uno dei paesi che spende maggiormente per la Sanità. Nel 2022 la spesa sanitaria francese ha registrato l'11,9% del PIL posizionando il paese ai vertici della classifica del G7, dietro solo a USA e Germania. ciononostante anche in Francia iniziano a porsi alcuni problemi, come emerge dall'articolo di Maddalena Carretti, Alisa Barash e Enrica Castellana su [Saluteinternazionale.info](https://saluteinternazionale.info) del 22/5/2024: in Francia vi è una forte carenza di personale sanitario dovuta specialmente al pensionamento della forza lavoro; e nonostante l'aumento del numero di nuovi assunti questi non sono sufficienti a coprire i posti vacanti. Il numero dei medici per 100.000 abitanti è inferiore rispetto alla media europea e inferiore a paesi quali Germania, Italia e Spagna (nel 2020 318 medici per 100.000 abitanti). Nel 2021 c'erano 227.946 medici, di cui 44% GPs (Medici di Medicina Generale) e il 56% di altre specializzazioni. Sempre nel 2021 il 62% dei medici erano donne, in particolare la diminuzione dei medici di medicina generale in relazione alla numerosità della popolazione. Diametralmente opposta invece la situazione per quanto riguarda gli infermieri. In Francia, infatti, sono presenti 1.134 infermieri per 100.000 abitanti, numero maggiore rispetto alla media europea. Con 764.260 unità (dato 2021), gli infermieri sono la categoria sanitaria più rappresentata. Alla fine del 2019 in Francia c'erano 3008 ospedali, di

cui: il 45% pubblici, il 33% privati a scopo di lucro e il 22% privati no profit. Con la riforma del 2016 gli ospedali pubblici sono stati incoraggiati a lavorare in collaborazione tra loro definendo una strategia locale condivisa intorno a un progetto medico comune e di gestione congiunta di alcune funzioni trasversali. Nascono quindi i GHT (Groupement Hospitalier de Territoire). Per quanto riguarda la degenza ospedaliera, tra il 2013 e il 2019, il numero dei posti letto è diminuito del 5%, portando la Francia al di sotto della media europea che è di 387 posti letto ogni 100.000 abitanti.



Il secondo paese UE che si prende in considerazione è l'**Olanda** che con il suo **modello Bismarck**, anch'esso tuttavia con obiettivi Beveridge, è il **sistema sanitario UE più simile agli USA**. Anch'esso è un **ibrido**: il governo è condiviso tra governo, organizzazioni professionali e assicurazioni sanitarie. Nel 2006 è stata introdotta una concorrenza regolamentata con nuovi attori mentre lo stato e il governo hanno un ruolo più distante come supervisori e facilitatori del "mercato di salute". Interessante è il decentramento dell'assistenza sociosanitaria per anziani e cronici affidato soprattutto ai Comuni che hanno anche la responsabilità delle attività preventive e di promozione della salute. Ma solo dal 2008 con l'assicurazione obbligatoria unificata più soggetti as-

sicuratori devono competere tra loro, seppure in un ambiente regolamentato per gli assicurati, mentre sono stati creati degli organismi indipendenti, non direttamente governativi, quali responsabili della gestione del sistema, organismi consultivi distinti per obiettivi scientifici, sociali o relativi al pacchetto assicurativo. Nel complesso il sistema si basa su esperti e prove scientifiche che accompagnano il processo decisionale tramite istituti di ricerca indipendenti o semi indipendenti dal governo e universitari.

Nel 2014 un'ulteriore riforma ha previsto una netta separazione tra servizi di assistenza psichiatrica e istituzioni e nel 2015 un'altra riforma ha affrontato il tema della sostenibilità economica dell'assistenza a lungo termine dei malati cronici, così l'assistenza infermieristica a domicilio e parte della salute mentale sono state incluse nei pacchetti assicurativi. Governare attori tra loro interdipendenti, la concentrazione degli assicuratori, gli ospedali e le necessità di decentramento è iniziato già negli anni '90 anche in previsione del mercato regolamentato con una pianificazione meno centrale e con normative e autoregolamentazioni da parte di agenzie locali. Un ruolo importante è dato all'informazione e all'empowerment degli assistiti con studi, ricerche scientifiche e cartelle cliniche elettroniche, svolte da un ispettorato sanitario affinché si possa scegliere tra i vari fornitori di assistenza sanitaria.

L'Olanda è un paese piccolo e densamente popolato, dotato di una fitta rete di medici di famiglia, ospedali, e cliniche private-non profit. I medici di famiglia sono liberi professionisti convenzionati con le assicurazioni. Vengono scelti dagli assistiti sulla base di un rapporto di fiducia e le loro prestazioni sono completamente gratuite. La maggioranza di essi svolge la professione in associazione e si avvale della collaborazione di infermieri e psicologi. I medici di famiglia olandesi sono alquanto riluttanti ad affidare i propri pazienti ai colleghi specialisti. Vengo-

no remunerati con un sistema misto: quota capitaria e a prestazione. Le loro tariffe sono fissate centralmente, ma in futuro è previsto che la loro remunerazione sia negoziata con le assicurazioni all'interno di un budget che incentivi l'integrazione tra professionisti e premi la qualità dell'assistenza ai pazienti con malattie croniche.

L'assistenza ospedaliera e specialistica (tranne le emergenze) è accessibile solo su richiesta del medico di famiglia. Con questa richiesta i pazienti possono scegliere il luogo di cura, pagando un contributo massimo annuale (franchigia) di 375 euro. Alcune assicurazioni chiedono ai pazienti una partecipazione alla spesa del 25% nel caso essi scelgano una struttura non convenzionata con l'assicurazione stessa. Da alcuni anni si è sviluppata una rete di centri specializzati nella chirurgia elettiva ad alto volume di prestazioni, in campo ortopedico, oculistico e dermatologico. Ma le assicurazioni sono riluttanti a convenzionarsi con questi centri temendo di favorire un eccesso di offerta e quindi l'induzione della domanda.

Tutti gli specialisti lavorano in ospedale come professionisti a contratto o – nel 25%, in crescita – come dipendenti. I servizi ospedalieri sono pagati tramite i DRGs. Le tariffe di alcuni DRGs – che rappresentano il 70% dell'assistenza ospedaliera – sono negoziate con le assicurazioni, la restante parte è fissata a livello centrale.

Il sistema sanitario olandese è molto costoso anche per la presenza del **programma delle spese mediche eccezionali in vigore dal 1968, la più generosa iniziativa di long-term care al mondo e il giudizio che ne dà G. Maciocco su Saluteinternazionale.info del 2018 è sostanzialmente positivo benché si basi “ sulle regole del mercato perché le assicurazioni sono organizzazioni private che operano in regime di concorrenza” è “universalistico e solidale, finanziato attraverso la fiscalità generale, per la parte che riguarda le spese eccezionali (assistenza a lungo termine, assistenza do-**

miciliare e residenziale agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici e psichici) e mutualistico perché la componente standard dell'assistenza curativa è garantita da assicurazioni, finanziate dalle imprese e dagli assistiti; l'assicurazione è obbligatoria e lo Stato supporta i cittadini a basso reddito”.



Ma veniamo al paese che ha introdotto per primo al mondo il modello Bismarck: la **Germania**.

Alla base del sistema politico sanitario tedesco c'è la condivisione dei poteri decisionali tra Länder, governo federale e organizzazioni riconosciute della società civile: una soluzione da studiare anche per l'Italia dei 21 servizi sanitari regionali e dell'autonomia regionale differenziata. I governi tradizionalmente delegano le competenze a organizzazioni autonome ma regolamentate di pagatori e fornitori con schemi assicurativi definiti per legge. La popolazione tedesca consta di 81.8 milioni di cittadini, il Sistema assicurativo sanitario è la principale forma di finanziamento, coprendo 70 milioni di persone e l'85% della popolazione (dato 2012) è iscritto a una delle 132 assicurazioni sociali "obbligatorie": 35% membri obbligatori (senza pensionati), 18% a carico dei membri obbligatori, 21% pensionati, 2% a carico dei pensionati, 5% di membri volontari e 4% a carico dei membri volontari. Il contributo versato alle assicu-

razioni varia in relazione al reddito del dipendente e corrisponde al 15,5 % dello stipendio mensile (il 53% del quale a carico del dipendente e il 47% a carico del datore di lavoro). Al contributo mensile si aggiungono dei supplementi: si devono versare 10 euro ogni tre mesi per usufruire delle visite mediche con tutti i medici convenzionati con le casse mutue, e successivamente ogniqualvolta che si usufruisce di una visita del medico o del dentista (tra quelle coperte dall'assicurazione) si deve pagare una tassa di 10 euro (questa tassa ha portato a una riduzione osservata del 10% degli accessi). Anche per le medicine si paga il 10% del prezzo e per i ricoveri ospedalieri 10 euro al giorno. Attualmente è stato fissato un limite annuo per le spese aggiuntive (in generale il 2% del reddito annuo, l'1% per chi usufruisce di una cura continuativa a causa di una grave malattia cronica), e chi lo supera viene rimborsato dalla propria assicurazione. I minorenni non pagano nessuna spesa aggiuntiva.

In Germania vige l'obbligo di essere assicurati; coloro che presentano un reddito mensile superiore a 4.462,60 euro possono decidere di iscriversi alle assicurazioni private, anziché a quelle sociali. **Le assicurazioni private, a differenza delle casse mutue in cui il contributo dipende dal reddito, calcolano il premio a seconda del rischio personale** (infatti, è prevista un'accurata visita medica prima di iscriversi). **Le assicurazioni private offrono spesso un servizio superiore delle assicurazioni sociali, pagano meglio i medici, e offrono rimborsi anche per i ricoveri nelle cliniche private non convenzionate.** Per i giovani con uno stipendio alto e senza problema di salute il contributo per le casse private costa spesso molto di meno ma **con l'avanzare dell'età la polizza assicurativa è più cara, ma – anche in caso di malattie gravi – non può superare determinati livelli standard** (per questo motivo si chiede alle assicurazioni di creare, con i risparmi quando uno è giovane, un capitale di riserva).

L'11% della popolazione accede alla copertura attraverso assicurazioni private.

Nel sistema i fondi malattia, le loro associazioni e le associazioni dei medici affiliati al sistema sanitario assicurativo hanno lo status di società quasi pubbliche. benché si tratti di organismi corporativi autoregolati che gestiscono il finanziamento e l'erogazione di prestazioni, nell'ambito di quanto previsto dalla normativa. I comitati congiunti di pagatori (associazioni di fondi malattia) e fornitori (associazioni regionali di medici, dentisti o singoli ospedali affiliati al sistema) hanno il diritto e dovere di definire benefici, prezzi, e standard definiti a livello federale (quindi per tutto il paese). Gli attori corporativi controllano e sanzionano il loro membri a livello regionale mentre il livello decisionale verticale è accompagnata da processi di contrattazione orizzontale tra gli attori legittimati del sistema nei vari settori dell'assistenza. Oltre alle organizzazioni corporative che prendono decisioni sono stati concessi diritti formali ad altre organizzazioni (come i tribunali sociali) che attraverso consultazioni tra operatori sanitari e pazienti diventando partner decisivi per i pagamenti per i ricoveri negli ospedali. Il sistema ospedaliero e quello ambulatoriale sono ancora molto separati anche con forme diverse di pagamento tra i due sistemi.

Accanto a questi due settori si aggiunge il **“terzo pilastro” sostitutivo per l'assistenza a lungo termine per pazienti cronici**, obbligatoria per alcuni gruppi professionali come i dipendenti pubblici, che nel 2019 copriva il 10,9 % della popolazione. Nel 1995 è stata introdotta infatti una nuova assicurazione obbligatoria per pazienti con gravi disabilità temporanee o permanenti, con gli stessi criteri dell'assistenza malattia. Datori di lavoro e dipendenti versano l'1,95% del reddito mensile lordo (0,975% ciascuno).

La Germania dispone della più ampia e costosa rete ospedaliera dell'UE con 8, 3 posti letto ospedalieri per 1.000

abitanti rispetto al 2,6 della Svezia e il 3,4 dell'Italia (**cosa che ha favorito la Germania durante l'epidemia Covid 19 in particolare per i posti letto in terapia intensiva**), con tasso di ospedalizzazione superiore (25 ricoveri per 1.000 abitanti rispetto ai 16,2 della Svezia e di 12,8 dell'Italia) e della durata media della degenza (9,2 giorni rispetto ai 6,0 della Svezia e di 7,7 dell'Italia).

Questo sistema è costoso con l'11/3 % del PIL nel 2012 (che in Germania è già molto alto e comunque superiore all'Italia).



Scena di pratica medica 1200
Londra - British Librari

Iniziando ad esaminare i modelli Beveridge, e tralasciando la Gran Bretagna attualmente non nell'UE, abbiamo la **Svezia, modello Beveridge di welfare per eccellenza.**

Il sistema sanitario svedese è organizzato in tre livelli: nazionale, regionale locale e la legge del 1982 stabilisce che responsabilità di garantire a tutti coloro che vivono in Svezia una buona assistenza sanitaria è dei 17 Consigli di contea, 14 enti regionali e 290i comuni con ampia autonomia nell'organizzazione dei servizi sanitari compresi cura e alloggio di anziani e disabili con un mix di strutture pubbliche private finanziate pubblicamente. Le Cure primarie con 11.000 Unità di assistenza primaria sono alla base del sistema sanitario territoriale. Sono circa 70 gli ospedali di Contea mentre l'assistenza specialistica più specializzata ed

avanzata è concentrata in sette ospedali regionali/universitari. Le Contee sono raggruppate in sei regioni di assistenza medica per facilitare la cooperazione. L'autogoverno locale ha una lunga traduzione in Svezia: le autorità regionali e locali sono rappresentate dal SALAR e il decentramento svedese non si riferisce solo alle relazioni tra governo centrale e locale, ma anche al decentramento in ciascun consiglio di Contea. Tuttavia dagli anni '90 e dal 2000 ci sono stati sforzi per rafforzare nuovamente l'influenza nazionale per ridurre le differenze regionali e coordinare meglio l'assistenza.

Lo Stato attraverso il Ministero della salute e degli affari sociali è responsabile della politica generale di assistenza sanitaria con otto agenzie governative direttamente coinvolte nel settore tra cui il Consiglio nazionale della salute e del benessere, il Consiglio svedese per la valutazione tecnologica in sanità, l'Agenzia svedese per la salute e l'analisi dei servizi di assistenza, l'Agenzia svedese delle assicurazioni sociali e l'Istituto nazionale per la salute pubblica. La responsabilità per il monitoraggio e la valutazione intersettoriale della politica sanitaria nazionale svedese spetta all'Istituto nazionale di sanità pubblica. Il Consiglio nazionale per la salute e il benessere è responsabile per la redazione delle linee guida basate sulle prove di efficacia per la cura delle malattie croniche in collaborazione con il Consiglio svedese per la valutazione tecnologica in sanità.

Non esistono leggi specifiche che regolino i diritti degli assistiti in Svezia, come il diritto di scelta del paziente o all'informazione, che sono incorporati in altre normative o accordi politici locali con lo stato e i consigli di Contea attraverso il SALAR. Una maggiore libertà di scelta del fornitore di servizi è stata progressivamente introdotta dagli anni '90.

La popolazione conta un totale di 10,4 milioni di abitanti, e la densità abitativa è molto bassa (appena 20 ab/km²), con il 12% della popolazione stanziata nelle aree rurali e la restante parte

concentrata in poche grandi città. La spesa sanitaria rappresenta 11,4% del PIL. **Ogni cittadino è chiamato a contribuire alla spesa sanitaria attraverso la fiscalità generale** e un sistema di pagamento “out of pocket”: **infatti servizi come visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali o assistenza domiciliare prevedono un co-pagamento con tetto di spesa annuale.** Ciò è richiesto anche per le giornate di degenza in ospedale e per la prescrizione di farmaci. Sono esenti i pazienti >85 anni e <18 anni e le donne in gravidanza. La spesa sanitaria privata in Svezia (del 13%) è tra le più basse in Europa. **Anche in Svezia è presente il sistema delle assicurazioni, ma rappresenta solo lo 0.6% della spesa sanitaria totale, sia per assicurazioni private sia per le collettive, stipulate dal datore di lavoro.**

L'83% della produzione dei servizi rimane pubblico, con le Regioni e i Comuni che gestiscono rispettivamente gli ospedali e la presa in carico di anziani e disabili. Dal 2018 con la Legge sulla Collaborazione nella Dimissione dall'Assistenza Ospedaliera si è imposta la necessità di creare un Piano Individuale Coordinato tra i professionisti e i livelli di assistenza coinvolti. Le cure a lungo termine possono essere erogate a domicilio o presso alloggi speciali (in Svezia le RSA vere e proprie sono state abolite da molti anni). Nel 2021 il 15% della popolazione sopra ai 65 anni aveva almeno una forma di assistenza secondo la Legge sui Servizi Sociali. Di questi, il 24% viveva in alloggi speciali e il 45% riceveva assistenza. Le cure odontoiatriche sono fornite gratuitamente fino ai 23-24 anni, raggiunti i quali vengono comunque garantite attraverso un'indennità generale annuale fissa. Sono fornite sia da operatori pubblici che privati, in un mercato competitivo che lascia libertà di scelta ai pazienti. Il più grande singolo fornitore privato, con circa il 21% del mercato, è una cooperativa di dentisti, proprietari e responsabili operativamente delle cliniche.

Ciò nonostante come fanno notare Erica Mencucci, Alessandro Senape, Margherita Marchi e Chiara Capanni su Saluteinternazionale.info del 6 Maggio 2024: **“Un punto di debolezza rimane il sistema delle cure territoriali, perennemente in affanno a causa della mancanza di personale. I medici non mancano (la Svezia è tra i paesi con più alto numero di medici per 100mila abitanti), ma pochi sono disponibili a lavorare in aree rurali. Territori vasti, poco abitati, con popolazione mediamente più anziana e meno ricca, sono poco attrattivi per il personale medico e per gli investimenti del settore privato, che quindi continua a concentrarsi nelle grandi città...Altra grande problematica, forse quella vissuta con maggior disagio dalla popolazione, è la lunghezza delle liste d'attesa, a cui Regioni e Ministero fanno ancora fatica a porre rimedio”.**



Scena di pratica medica 1200
Londra British Library

Altro sistema sanitario Beveridge che si illustrerà è la **Spagna**, anche perché, come l'Italia, **è un paese dell'area mediterranea dell'UE ed ha una storia particolare essendo uscita da decenni di dittatura fascista ma in cui le sinistre hanno saputo per ora reagire meglio che altrove alle offensive conservatrici e reazionarie delle destre.** Il sistema sanitario spagnolo è **universalistico fondato sulla fiscalità generale.** Le prestazioni sono prodotte prevalentemente dal settore pubblico gratuitamente ad eccezione delle pre-

scrizioni farmaceutiche ambulatoriali e della protesica.

Le competenze sanitarie sono in capo a 17 Comunità autonome ma il livello nazionale rimane responsabile, sotto il controllo del Consiglio interterritoriale per il Servizio Nazionale sanitario, per determinate aree strategiche, nonché per il coordinamento generale e il monitoraggio del sistema sanitario tramite INGESA (Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria).

Prima del 1986-1988 anno di promulgazione della Legge Generale della Sanità, con cui venne creato il sistema Nazionale di Salute definito come “l’insieme dei servizi di salute dell’amministrazione dello Stato e dei servizi di salute delle Comunità Autonome convenientemente coordinate”, la sanità si basava su un modello Bismarck. La legge Generale della Sanità ha stabilito inoltre l’articolazione del Sistema Sanitario Pubblico in Aree di Salute, figure fondamentali del sistema di salute nazionale e che hanno responsabilità dei Centri di Salute e delle loro prestazioni. Ogni Area di Salute ha un bacino di utenza che varia dai 200.000 ai 250.000 abitanti ed è legata ad almeno un ospedale generale. Le Aree di salute a loro volta si suddividono in Zone Basiche dove si trovano i Centri di assistenza primaria (CAP), all’interno dei quali operano le Equipe di assistenza primaria. Nei CAP lavorano equipe multidisciplinari costituiti da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti. L’assistenza primaria è la sede privilegiata anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente terminale e salute del cavo orale. Peculiare nel panorama europeo anche il sistema di remunerazione: **tutti i membri del team multidisciplinare sono dipendenti dello Stato** – ad eccezione delle equipe di assistenza primaria private presenti in Catalogna – **e ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile** (pari a circa il 15% del tota-

le), che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni. **I medici di base hanno una specializzazione universitaria.** Al secondo livello vi è l’assistenza specialistica con i centri di specializzazione (i poliambulatori presenti nei Centri di Salute) e gli ospedali. Degli 804 ospedali presenti sul territorio, circa il 42% è di proprietà del *Sistema Nacional de Salud*: 315 strutture, cui se ne aggiungono 4 di proprietà del Ministero della Difesa e 20 controllate da mutue dei lavoratori. Il 58%, è di proprietà privata (465) con 53.000 posti letto. La regione con la maggiore percentuale di ospedali privati sul totale è la Catalogna, dove si raggiunge il 70%: qui vige un sistema di competizione regolata e una parte di questi ospedali è di proprietà di organizzazioni non a scopo di lucro, per lo più di natura religiosa. Come i medici di medicina generale, anche gli operatori sanitari ospedalieri sono dipendenti dello Stato con una parte del salario legato al raggiungimento di obiettivi delle politiche sanitarie.

Le strutture ospedaliere vengono finanziate attraverso un budget globale, stabilito in base a voci individuali di spesa. Un sistema che ha sostituito il rimborso “a piè di lista”, privo di negoziati tra terzo pagante (*INSALUD* o servizi sanitari regionali) e senza alcuna valutazione formale

Dal 2010 la legislazione si è concentrata sulla sostenibilità economica del sistema subordinandolo alle condizioni macro economiche nell’ambito del programma di stabilità (deficit e riduzione del debito), nonostante il fatto che la spesa sanitaria totale fosse circa il 9% del PIL. Analizzando la composizione della spesa 2008, si è osservato che la quota della spesa sostenuta da fonti pubbliche ha rappresentato il 72,5% del totale (Italia 77%, Svezia 82%), perché un quinto dei costi erano coperti da spese out-of-pocket, mentre l’adesione alle assicurazioni volontarie integrative, che coprono le uscite dovute alla spesa sanitaria privata, è bassa, ma non trascurabile.

Importanti le norme del 2005 contro il fumo, del 2009 sull'assistenza sanitaria transfrontaliera e del 2011 sulla salute pubblica, l'adozione della cartella sanitaria e della prescrizione elettronica, il registro dei professionisti e il miglioramento del sistema informativo sanitario.

UN CONFRONTO NECESSARIO FRA I PAESI UE

Se confrontiamo i paesi UE esaminati con l'Italia la prima cosa che balza all'occhio è la spesa sanitaria sul PIL che in Italia si aggira oggi sul 6,6 %: teniamo presente che **la percentuale sul PIL è un dato ingannevole perché se il PIL si riduce e se la spesa sanitaria rimane stabile, aumenterebbe in percentuale per un effetto paradosso, mentre economie con un PIL più elevato hanno a parità di**

percentuale, spese reali più elevate. Considerando l'incidenza sul Pil, la spesa sanitaria pubblica italiana è stata nel 2022 pari al 6,8%, appena superiore a quella del Portogallo (6,7%) e della Grecia (5,1%) entrambi modelli Beveridge, ma inferiore di ben 4,1 punti percentuali rispetto a quella tedesca (10,9%), di 3,5 punti rispetto a quella francese (10,3%) con modelli Bismarck/misti, di 2,5 punti rispetto al Regno Unito (9,3%), e inferiore di mezzo punto anche rispetto a quella spagnola (7,3%), entrambi modelli Beveridge.

Di seguito la spesa sanitaria pro capite dei paesi UE esaminati, della Gran Bretagna e degli USA e del Canada: sebbene in aumento lo stesso è di molto inferiore a quello di Francia, Olanda, Germania, Svezia ad eccezione della Spagna di poco superiore e i relativi incrementi percentuali.

Nazione	1990	2000	2010	2015	2019	2020	2021	2022	1990/2022
Canada	1.262,41	1.714,75	2.897,06	3.282,16	3.630,29	4.332,68	4.577,51	4.506,155	256,9%
Francia	1.108,66	2.119,93	3.084,74	3.576,53	4.314,38	4.624,23	5.177,95	5.510,24	397,0%
Germania	1.300,86	2.261,28	3.681,76	4.461,12	5.389,89	5.910,84	6.424,42	6.929,64	432,7%
Italia	1.035,89	1.474,94	2.435,57	2.299,26	2.629,24	2.949,56	3.050,58	3.254,56	214,2%
Giapponee	844,96	1.486,18	2.596,43	3.796,81	3.871,41	3.920,04	4.197,90	4.491,13	431,5%
Olanda	996,74	1.827,75	3.730,73	4.009,69	4.673,02	5.265,89	5.765,78	6.186,38	520,7%
Spagna	643,93	1.087,55	2.037,94	2.153,40	2.489,20	2.718,03	2.926,32	3.142,41	388,0%
Svezia	1.185,30	1.878,49	2.830,30	4.201,52	4.586,26	4.941,13	5.350,93	5.524,90	366,1%
Svizzera	//	1.933,11	3.198,83	4.137,59	4.443,13	4.750,44	5.135,20	5.547,31	-
Regno Unito	659,76	1.444,48	2.769,29	3.041,41	3.479,87	4.151,75	4.538,69	4.478,96	578,9%
USA	1.084,84	2.013,68	3.836,86	7.759,01	8.978,03	10.076,37	10.201,37	10.643,65	881,1%

Tabella 2. Evoluzione della spesa sanitaria pubblica pro capite in un gruppo di Paesi OCSE. 1990-2022.

Fonte: OECD Health Data, 2024

Nazione	1990/2000	2000/2010	2010/2022	2000/2022	1990/2022
Canada	35,8%	68,9%	55,5%	162,8%	256,9%
Francia	91,2%	45,5%	78,6%	159,9%	397,0%
Germania	73,8%	62,8%	88,2%	206,4%	432,7%
Italia	42,4%	65,1%	33,6%	120,7%	214,2%
Giapponee	75,9%	74,7%	73,0%	202,2%	431,5%
Paesi Bassi	83,4%	104,1%	65,8%	238,5%	520,7%
Spagna	68,9%	87,4%	54,2%	188,9%	388,0%
Svezia	58,5%	50,7%	95,2%	194,1%	366,1%
Svizzera	-	65,5%	73,4%	187,0%	-
Regno Unito	119,0%	91,7%	61,7%	210,0%	578,9%
USA	85,6%	90,5%	177,4%	428,6%	881,1%

Tabella 3. Incrementi percentuali della spesa sanitaria pubblica pro capite in un gruppo di Paesi OCSE. 1990-2022.

Fonte: OECD Health Data, 2024

Nazione		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % cumulata 2016-2019	Variazione % cumulata 2020-2022	Variazione % cumulata 2016-2022
Italia	Variazione % spesa sanitaria	0,7	-0,1	1,2	0,4	5,2	2,9	-3,7	2,2	4,4	6,6
	Variazione % PIL volume	1,3	1,7	0,9	0,5	-9	8,3	4,0	4,4	3,3	7,7
Francia	Variazione % spesa sanitaria	10,2	1,1	0,5	1,4	2,3	8,9	0,4	13,2	11,6	24,8
	Variazione % PIL volume	1,1	2,3	1,9	1,8	-7,5	6,4	2,5	7,1	1,4	8,5
Germania	Variazione % spesa sanitaria	3,5	3,4	2,3	3,5	6,8	5,1	0,4	12,7	12,3	25,0
	Variazione % PIL volume	2,2	2,7	1,0	1,1	-3,8	3,2	1,8	7,0	1,2	8,2
Regno Unito	Variazione % spesa sanitaria	2,6	0,6	2,2	4,1	13,9	9,0	-7,0	9,5	15,9	25,4
	Variazione % PIL volume	1,9	2,7	1,4	1,6	-10	8,7	4,3	7,6	2,6	10,2
Spagna	Variazione % spesa sanitaria	1,6	1,3	2,2	4,3	9,0	3,5	-2,1	9,4	10,4	19,8
	Variazione % PIL volume	3,0	3,0	2,3	2,0	-11	6,4	5,8	10,3	1,0	11,3

Tabella 4. Variazione percentuale di spesa sanitaria e PIL. 2016-2022.

Fonte: Corte dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024.

Nazione	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Variazione % 2022/2021
Francia	192.743	212.431	214.789	215.829	218.848	223.775	243.603	244.658	0,43
Germania	285.092	295.155	305.110	312.015	322.814	344.158	361.831	363.223	0,38
Italia	109.132	109.883	109.774	111.082	111.481	117.319	120.774	116.332	-3,70
Portogallo	10.335	10.682	10.852	11.306	11.751	12.709	13.925	14.018	0,67
Spagna	70.135	71.230	72.126	73.677	76.870	83.818	86.708	84.874	-2,12
Regno Unito	150.857	154.814	155.757	159.140	165.595	188.650	205.585	191.127	-7,03

Tabella 5. Spesa pubblica per i servizi sanitari in termini reali. 2015-2022

Fonte: Corte dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024. Valori a prezzi costanti, anno base 2015. Importi in milioni di euro, Regno unito in milioni di sterline

Le differenze tra i paesi UE come sopra descritte, cui si aggiungono gli altri paesi, spiegano la difficoltà di creare un movimento nell'UE per il diritto alla salute con obiettivi comuni.

IL SSN IN ITALIA: ORMAI UN MODELLO BEVERIDGE CON OBIETTIVI BISMARCK?

Il primo dato che sembra emergere è che i sistemi sanitari basati sul modello Bismarck/misto ma fortemente regolamentati centralmente come la Francia ma con obiettivi Beveridge, sembrano tenere meglio rispetto all'Italia, mentre il modello Beveridge spagnolo, prevalentemente pubblico rispetto a quello italiano sembra avere un'evoluzione migliore rispetto al sistema italiano benché si assista ad una riduzione del finanziamento di poco inferiore all'Italia.

I dati comparati sulla spesa sanitaria sono impressionanti e spiegano la crisi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano. Tuttavia come si è detto anche in precedenti articoli compreso su questa rivista, la critica al definanziamento del SSN mette d'accordo tutti: Regioni, Sindacati (ANAAO, FIMMG, OO.SS. confederali), Associazioni delle Aziende Sanitarie, Associazioni datoriali (AIOP, ARIS), Ordini professionali, Fondazioni (GIMBE), Università (Bocconi, Cattolica), media (Sole 24 ore, Quotidiano sanità, Repubblica, il Manifesto, ecc.). Ma questa unanimità è solo la facciata di un processo che andiamo denunciando da tempo: la torta è troppo piccola perché ognuno di questi "portatori di interessi", in competizione con l'altro, possa avere la sua fetta. Infatti su base media nazionale la spesa sanitaria italiana va al 50% al privato con il 90-95% sul territorio (lungodegenza, riabilitazione, assistenza domiciliare, RSA, hospice) attraverso esternalizzazioni, accreditamenti e convenzioni con soggetti privati sempre più estese. Questo processo che dura da anni ma in aumento si basa sul blocco delle assunzioni nella Pubblica Amministrazione e in

particolare nel SSN (il D.L. Balduzzi ministro del Governo Monti fissava nelle Regioni in piano di rientro il turn over al 15%) con il tetto di spesa alla voce "spese per personale" e senza un tetto invece per la voce di spesa "acquisizione di beni e servizi" che, con un falso in bilancio legalizzato, sposta le spese per personale ad acquisizione di beni e servizi in cui rientra tutto l'accreditato e l'esternalizzato (comprese cooperative, terzo settore, PIVA, consulenze, contratti atipici, lavoro interinale, medici e pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali convenzionati).

Con questo quadro si può parlare ancora in Italia di un modello Beveridge puro come in Svezia o in Spagna (seppure anche in questi paesi vi siano ormai componenti private e assicurative ma assai meno rilevanti dell'Italia)? O forse la privatizzazione da molti paventata non assume in realtà la forma una "rimutualizzazione" strisciante ma palese del SSN italiano che si trasforma in un "modello Beveridge ma con obiettivi Bismarck"? Da produttore di servizi a terzo pagante e controllore, attività che sottrae risorse alla produzione diretta di servizi per effettuare controlli peraltro sempre più limitati data l'estensione quantitativa dell'accreditato.

Questo processo non è forse una vendetta postuma dei nemici del modello Beveridge introdotto in Italia con la L. n. 833/1978, ma che avrebbero preferito un modello Bismarck caso mai riveduto e corretto, presenti anche in quella sinistra che pure ne fu fautrice (PCI, PSI, CGIL) e che introdussero nella Riforma sanitaria le due "bombe a orologeria" degli articoli 25 (convenzioni con i medici di famiglia, pediatri e specialisti prevedendo anche la dipendenza ma mai attuata e con gli ospedali e ambulatori specialistici), 26 (convenzioni con i privati per la riabilitazione), 43 e 44 (convenzioni con istituti religiosi e privati). Può valere per il SSN la profezia di G. Andreotti Presidente del Consiglio del governo monocolor che con l'appog-

gio esterno del PCI promulgò la L. n. 833/1978 che riferendosi al “compromesso storico”, che ne era alla base, lo definì: incontro tra **“clericalismo e collettivismo comunista”** (E. Turi Malapolitica sanitaria. Salute e sanità in Italia tra riforme e controriforme di Governi e Ministri, Lavoro e salute. Settembre 2023).



Anche questa **ambiguità del “sistema sanitario italiano”** ormai misto **pubblico privato** e le sue carenze (liste di attesa, mancanza di posti letto, mancanza di operatori, criticità della medicina territoriale) è **alla base dell'introduzione delle assicurazioni sanitarie in molti CCNL privati e pubblici da parte delle OO.SS.** al posto degli aumenti salariali, riducendo così il montante pensionistico (ma già **presenti da tempo in settori influenti come i giornalisti e Parlamento**), introducendo ulteriori disuguaglianze tra cittadini e lavoratori. Ma **queste assicurazioni sanitarie non hanno nulla a che fare con la “mutualità” del modello francese** come in precedenza descritta, trattandosi prevalentemente di assicurazioni **“profit”, banche e imprenditori della sanità privata**, legati al forte investimento anche a livello internazionale del settore finanziario nella **“white economy”** più sul modello olandese o USA, ma senza una legge italiana generale sul modello francese, che garantisca gli assicurati, copra settori o singoli non assicurati,

con i **lavoratori completamente in balia delle società assicuratrici e che una volta perduto il lavoro (disoccupazione, pensionamento) ne perdono i benefici, con i loro congiunti, proprio nel periodo della vita in cui ne avrebbero più bisogno. Inoltre la detraibilità fiscale delle assicurazioni da parte dei datori di lavoro sottrae ulteriori risorse al bilancio pubblico.** La normativa italiana è infatti pensata solo per assicurazioni sanitarie profit (D.Lgs. n. 209/2005 con le modifiche introdotte dal D.L. 30 aprile 2022, n. 36, convertito, con modificazioni, dalla L.n. 29 giugno 2022, n. 79), mentre la mutualità è regolata dagli artt. 1 e 2 della vecchia Legge n. 3818/1886, riformata dall'art. 23 del D. L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito in L.n. 221 del 17 dicembre 2012. In questa fattispecie rientra per esempio la Mutua Cesare Pozzo promossa anche da Banca Etica. I Fondi sanitari integrativi e le Società di Mutuo Soccorso sono Organizzazioni non profit, inserite nella recente Legge del Terzo settore e per la loro intrinseca natura mutualistica non sono solo “sanitarie” bensì “socio sanitarie”, erogano cioè anche prestazioni sociali a valenza sanitaria. Scriveva su Quotidiano sanità del 3/2/2019 **Isabella Mastrobuono (Direttore Sanitario, Commissario straordinario e Direttore Generale di Aziende sanitarie del Lazio, con amministrazioni di vario orientamento politico, che con Grazia Labate ex PCI, PDS, DS ex sottosegretario alla sanità con il Ministro Veronesi, poi Ricercatrice presso l'Università di York in Inghilterra, è una fautrice della sanità integrativa; G. Labate è stata presidente della Commissione voluta dalla Ministra Livia Turco ex PCI, PDS, DS, che nel 2007 ha elaborato il Decreto del 2008 ,seguito dal Decreto Sacconi nel 2009, che individuò nel vincolo del 20% dell'operatività dei fondi la quota da destinare alla non autosufficienza, alle cure odontoiatriche e alle prestazioni sociosanitarie assistenziali, per potere accedere alle agevolazioni fiscali. Oggi quel vincolo è stato supera-**

to e sfiora il 40%): “Ad oggi si contano circa 12,5 milioni aderenti dedotti dai 10,7 milioni riferiti al 2016 (Anagrafe dei fondi) cui si aggiungono i 480.000 aderenti al fondo degli artigiani, il milione al Fondo Metasalute (il più grande fondo dei metalmeccanici che contava fino al 2016 solo 95.000 iscritti) ed i dipendenti di molte istituzioni pubbliche comprese università, enti di ricerca, ministeri e 5 regioni che sono stati inseriti in contratti di assistenza integrativa. Tali Fondi garantiscono prestazioni, attività e servizi sostitutivi, integrativi e complementari al SSN per un valore che nel 2016 era di circa 2,3 miliardi di euro (certamente aumentato). Il numero di iscritti e aventi diritto (familiari) ai Fondi integrativi è pari al 20% della popolazione complessiva (ovvero 12,5 milioni), valore che si colloca ben al di sotto di quello registrato nella maggior parte dei Paesi Europei (Francia 97,5%, Germania 44%, Regno Unito 41%, Paesi che presentano un livello di intermediazione della spesa sanitaria privata del 42,8% contro appena il 15% dell'Italia, fonte Ocse). In Francia il valore è così alto perché dal 2015 è entrato in vigore, attraverso la Legge approvata dal Parlamento, l'obbligo di iscrizione a una forma integrativa di assistenza per tutti i lavoratori e la facoltà per i comuni di allargare la mutualità integrativa territoriale a favore di cittadini anziani. La realtà negli altri Paesi europei è quella di avere sistemi di protezione misti, compresa la Svezia, paese storicamente universalistico che a livello delle Contee provvede al fabbisogno sanitario di non autosufficienza attraverso forme di mutualità agevolata”.

I MOVIMENTI UE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

In altri paesi dell'UE si è assistito in questi ultimi anni a varie mobilitazioni con numerosi partecipanti come in Spagna (Marea Blanca), in Francia o in paesi non UE come il Regno Unito, mentre in Italia non vi sono state mobilitazioni di analoghe dimensioni. La

spiegazione potrebbe essere proprio nell'ambiguità del sistema sanitario italiano e nelle corresponsabilità in essa delle sinistre che hanno nei fatti appoggiato tutte le modifiche della L. n. 833/1978 sia a livello nazionale che regionale dove hanno gestito tali modifiche (E. Turi Malapolitica sanitaria. Salute e sanità in Italia tra riforme e controriforme di Governi e Ministri, Lavoro e salute. Settembre 2023). Le OO.SS. confederali hanno introdotto le assicurazioni sanitarie integrative, ma nei fatti sostitutive, nei CC.NN. LL. così oggi **una fetta importante del mondo del lavoro subordinato dipendente e i familiari, si sente in parte coperto dal SSN pur con tutte le sue carenze (meglio il nord che il sud, meglio l'acuzie e l'ospedale che la cronicità e il territorio, meglio il centro delle città e delle province, che le periferie geografiche e sociali), oppure dalle assicurazioni sanitarie. Inoltre da un punto di vista demografico due terzi della società ancora non è affetta da malattie cronico degenerative e quando lo diventa è fuori dal mercato del lavoro e con minore potere contrattuale. Il mondo del lavoro in sanità è frammentato in molti contratti e corporativo, come ormai molta società italiana anche per la sua composizione ormai disomogenea e interclassista in cui la “middle class”, ventre molle e spina dorsale delle democrazie liberali simile per cultura e consumi, creata anche dal welfare, perde la memoria storica delle conquiste che l'hanno portata a un relativo benessere, e appena perde privilegi presunti o reali, si rifugia nell'astensione, nel voto a destra o in rivendicazioni particolaristiche pur giuste (no alla chiusura del presidio sanitario vicino casa), ma senza nessuna visione generale.**

Il Mutualismo in sanità, cosa diversa dalla Mutualità come sopra descritta e dal fenomeno delle assicurazioni sanitarie, è oggi soprattutto una forma di partecipazione dal basso e di lotta che in alcuni casi può però divenire **ambigua sovrapposizione** evocando, nell'immaginario collettivo, una **con-**

tinuità con la mutualità o il fenomeno assicurativo, evitando la necessità di far convergere il disagio sociale verso forme di lotta più coscienti e incisive soprattutto se non si accompagna ad esse, dimenticando che non siamo più nell'800 di Bismarck agli albori del movimento operaio o nell'Italia prima dell'istituzione del SSN nel 1978.

Il mutualismo di GKN, di Nonna Roma o alcuni ambulatori popolari rivolti a strati marginali della popolazione (migranti irregolari soprattutto in zone periferiche, senza fissa dimora, occupanti di case irregolari, nomadi) ha un senso proprio perché si rivolge a soggetti difficili da raggiungere anche per limiti istituzionali e culturali del settore pubblico ma si accompagna sempre a contemporanee vertenze specifiche sul lavoro, la povertà, l'immigrazione e i servizi.

Diversa è un'iniziativa in cui si forniscono prestazioni che il SSN deve garantire (ecografie, elettrocardiogrammi, sostegno psicologico, ecc.) senza nessun ragionamento su a chi siano rivolti, l'appropriatezza, la qualità della prestazione, la successiva presa in carico da parte del medico di base e dal SSN, l'apertura di vertenze su liste di attesa e funzionamento delle Aziende sanitarie, ecc. Inoltre il mutualismo dovrebbe partire proprio da una reciprocità nello spirito originario dello stesso (mutuo aiuto), invece alcune forme di mutualismo in campo sanitario ripropongono un paternalismo unidirezionale dal professionista

all'assistito più simile all'approccio caritatevole e deresponsabilizzante di alcuni mondi religiosi.

Sicuramente sarà necessario un approfondimento specifico su questo fenomeno anche all'interno del movimento per la salute.

CONCLUSIONI

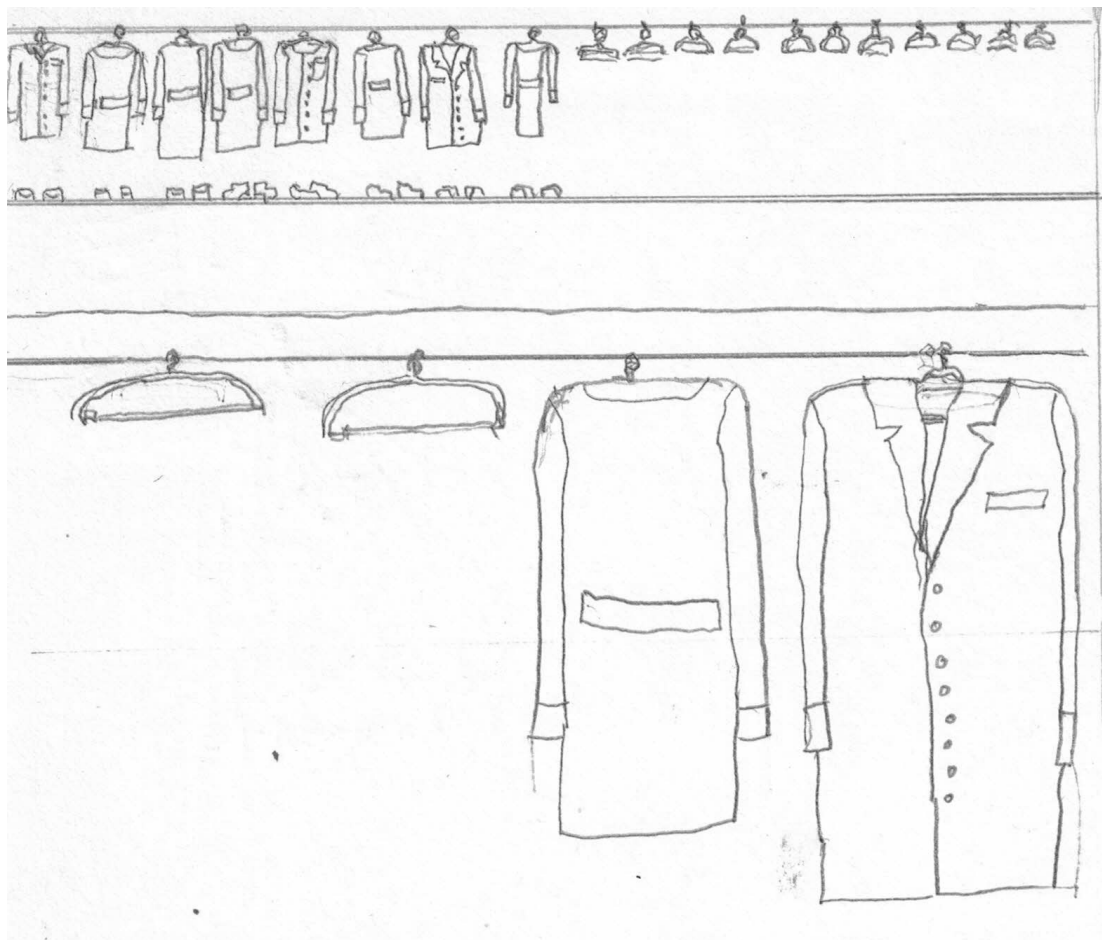
Così oggi la parola d'ordine del PD di aumentare il Fondo Sanitario Nazionale trova tutti d'accordo nella sua ambiguità, se non si limita al SSN propriamente detto e non si accompagna ad un piano straordinario di assunzioni nelle Aziende sanitarie, come propone anche la CGIL, e non si riporta medicina, pediatria di base e medicina specialistica ambulatoriale convenzionata nella dipendenza, possibilità prevista anche dalla L. n. 833/1978, come chiede anche la CGIL e come avviene in Spagna e Portogallo, se non si bloccano accreditamenti e convenzioni con il privato anche per evitare una guerra tra poveri: tra i dipendenti pubblici e privati e tra questi e i precari/atipici.

In questo senso va la Piattaforma elaborata dai Congressi/Movimenti per la salute fatta propria anche da Medicina Democratica e dal Forum per il Diritto alla Salute, che però andrebbe ora maggiormente approfondita in ogni singolo punto per renderla la base di vertenze territoriali e nazionali ad iniziare dalle Giornate di protesta contro il G7 sulla salute ad Ancona il 9-10-11/10/2024.



Bibliografia e sitografia

- Unione Europea sito ufficiale
https://european-union.europa.eu/index_it
<https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/6b202947-d525-11ee-b9d9-01aa75ed71a1>
https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/state_2023_synthesis-report_en.pdf
- <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- EuroHealthConsumerIndex2018 <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- Andrea Barolini Francia, così funziona il sistema sanitario basato sul mutualismo. Valori 28/4/2020, Banca Etica
- Atti della Tavola rotonda “Welfare, salute, Europa” con Stefano Ciccone, Annalisa Corrado, Gianfranco Spadaccia, Edoardo Turi. Forum per il Diritto alla Salute Lazio. 22 maggio 2019
- Gavino Maciocco Il sistema sanitario olandese. Saluteinternazionale.info, 24 marzo 2016
- Irene Bellini. Il sistema sanitario tedesco. Saluteinternazionale.info 15 settembre 2014
- Erica Mencucci, Alessandro Senape, Margherita Marchi e Chiara Capanni Il Sistema Sanitario Svedese. Saluteinternazionale.info. 6 maggio 2024
- Maddalena Carretti, Alisa Barash e Enrica Castellana. Il Sistema Sanitario Francese. Saluteinternazionale.info, 22 maggio 2024
- E. Turi Malapolitica sanitaria. Salute e sanità in Italia tra riforme e controriforme di Governi e Ministri, Lavoro e salute. Settembre 2023
- Isabella Mastrobuono. Lo stato attuale dei fondi sanitari integrativi: alcune precisazioni. Quotidiano sanità del 3/2/2019
- OECD Health Data, 2024
Corte dei Conti su dati OCSE. Relazione al Parlamento sulla Gestione dei Servizi Sanitari Regionali, 2024



Video intervento all'Assemblea plenaria dell'11 ottobre 2024 nell'ambito delle iniziative NoG7 Salute - Ancona

di Carmen ESBRI*

Ringrazio dell'opportunità di partecipare a questa assemblea web.

Il modello sanitario spagnolo è nato nel 1986 con la Legge Generale di Sanità. È un modello basato sul principio di solidarietà ispirato dal Rapporto Lalonde (1972), Ministro della Salute e della Previdenza Sociale in Canada. Il Rapporto affronta la riforma del sistema sanitario puntando all'efficacia della prevenzione basata sui "determinanti della salute".

Nel '78, a conclusione della conferenza di OMS e UNICEF svoltasi in Kazakistan e sponsorizzata dall'URSS, la Dichiarazione di Alma Ata insiste sulla prevenzione e sottolinea l'obbligo dei governi di garantirla.

Questi principi fondamentali sono in Spagna la base delle linee-guida per una Sanità Pubblica Universale e hanno dato importanti risultati con la creazione di servizi sanitari in tutto il Paese. Ben presto si decise, nel bene e nel male, di trasferire le competenze in Sanità alle Comunità Autonome.

Nello stesso tempo, un piano occulto ha avviato un percorso insidioso di disuguaglianza. La legge in vigore, infatti, prevede due eccezioni: la privatizzazione in casi estremi di impossibilità di offrire un'assistenza pubblica e il mantenimento dell'assistenza mutualistica privata per i dipendenti pubblici e le forze armate. Il Servizio Sanitario poteva essere migliore, ma eravamo comunque soddisfatti di un modello pagato con le nostre tasse e aperto a tutti i cittadini, spagnoli o immigrati.

Purtroppo, leggi lacunose e interpretazioni manipolate hanno aperto la strada alla speculazione. Alcuni politici hanno tradito lo spirito della legge e agito spinti da interessi politici, fino ad arrivare al Regio Decreto N. 16 del 2012 che scatenò le proteste dei cittadini e dei sanitari.

In quel momento è nata a Madrid la "Marea Blanca", un movimento sociale progressista sorto per lottare contro il piano reazionario che distrugge il concetto di salute, modifica nella sostanza il modello sanitario e tratta i cittadini* non come utenti, ma come clienti.

La "Marea Blanca" è nata per difendere la salute, combattere la sua commercializzazione e pretendere qualità e universalità nei servizi sanitari. La "Marea Blanca" da 12 anni sensibilizza le persone in Spagna, con una resistenza pacifica e costante e con manifestazioni mensili che celebrano quest'anno la sua 100ª edizione.

Il modello spagnolo è diverso da quello di altri paesi europei, ma purtroppo i pericoli che denunciavamo già nel 2012 si stanno diffondendo a macchia d'olio, a causa di quel neoliberismo che affonda le sue radici negli Stati Uniti e copia il modello di Margaret Thatcher svendendo le nostre vite.

La Comunidad Valenciana è stata la prima a sperimentare il cambiamento negativo e fu copiata da quella di Madrid senza considerare le conseguenze e nascondendo il vero costo

* Portavoce Mareas Blancas - Spagna

economico, d'ingiustizia e di salute. In entrambe è aumentata la corruzione e per giunta la giustizia funziona lentamente. Siamo tornati al punto di partenza, peggiorando gradualmente la Sanità Pubblica con il falso alibi della carenza di risorse umane.

Gli amministratori appartengono al Servizio Pubblico ma agiscono come broker della speculazione, violando la Costituzione.

Ancora più inquietante è che il governo, apparentemente progressista, esprima la sua intenzione di consolidare il settore pubblico-privato, che decapitalizza le nostre casse pubbliche per arricchire gli speculatori.

L'esempio è Quirón Salud, la maggior azienda sanitaria privata di Spagna, da alcuni anni acquisita dalla società tedesca Fresenius. La sua espansione è basata sul denaro pubblico e sui favori politici che la stanno trasformando in un monopolio; dietro ci sono i fondi-avvoltoi e, forse, anche i paradisi fiscali.

Qual è la situazione oggi? Liste d'attesa lunghissime ed esasperanti in tutte le sedi e tutti i servizi, una riduzione dei controlli sanitari con relative gravi conseguenze sulle cure primarie, soprattutto delle persone più vulnerabili. Licenziano i medici, i Pronto-soccorso sono sovraffollati o addirittura chiudono, nella totale impunità. Distorcono il funzionamento del sistema pubblico adducendo problemi inesistenti e sponsorizzano attività private. Continuano a eliminare po-

sti letto, a limitare i servizi, a mentire con promesse non mantenute.

Non hanno ricostruito nulla, ma fanno avanzare il neoliberismo verso il mercato della salute. La privatizzazione cresce soprattutto in Andalusia, Catalogna e Madrid, ma il contagio si estende a causa del virus neoliberista che sta affliggendo anche la UE.

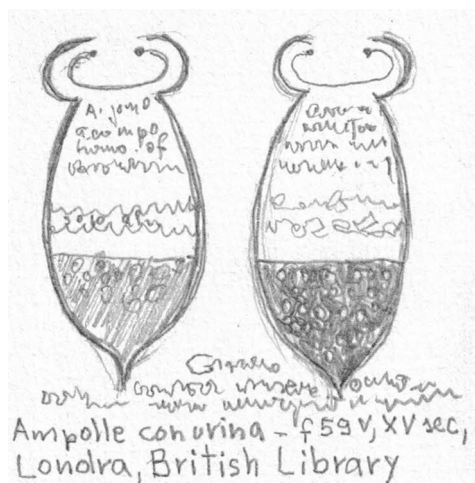
Stiamo passando dalla "Salute per tutti nel 21° secolo" alla perdita dei modelli di benessere per la popolazione; dallo Stato di diritto all'ingegneria legislativa, che liquida e ostacola il rispetto dei diritti sociali, democratici e umani presenti in tutte le normative nazionali ed europee.

La pandemia ha rotto tutti gli argini, evidenziando il fallimento di questo modello. Cos'è il neoliberismo? E' una frode democratica che UCCIDE. Noi paghiamo i politici che fanno il gioco delle grandi multinazionali, con trame che rendono difficile individuare i veri responsabili. Funzionari che violano il loro dovere: quello di migliorare le risorse pubbliche per coprire i bisogni reali della popolazione senza dirottarle verso il mercato privato.

Questo è un quadro terribile che hanno inteso peggiorare, nonostante la crisi finanziaria e la pandemia. Ci portano in guerra, non lavorano per la pace, rubano, dissanguano i conti pubblici per pagare armi e oligarchi. Politici incapaci di ostacolare il genocidio continuano a consentire affari lucrosi ai commercianti di armi, mentre distruggono il lavoro degli operatori sanitari, essenziali per mantenere la salute come bene comune per il progresso e il futuro di tutti.

Nel 2015, come "Marea Blanca" siamo entrati nella Rete Europea, portando nel '16 in Spagna il primo "7 aprile" su cui abbiamo collaborato e condiviso nonostante le difficoltà. Crediamo che la Rete sia ancora più necessaria ora, quando il mondo crolla davanti ai nostri occhi.

Dobbiamo continuare ad essere il germe di un movimento che si batte per la salute senza condizionamenti da



Ampolle con urina - f.59v, XV sec, Londra, British Library

parte del mercato, per servizi pubblici controllati e con la partecipazione dei cittadini*. Dobbiamo sostenere una resistenza collettiva con nuclei in tutti i paesi europei.

È necessaria un'azione costante contro tutte quelle istituzioni che agiscono succhiando sangue ai nostri servizi pubblici, gli unici che possono garantire i nostri diritti.

Riflettiamo su come lavorare insieme per contrastare la grande offensiva mortale del sistema neoliberista contro la nostra salute.

Pensiamo come portare avanti la nostra grande lotta. Non basta garantire che un ospedale non verrà chiuso o che verranno ripristinati i posti letto. Il nostro ruolo deve essere quello di lottare collettivamente contro il sistema e la dittatura dei mercati che svuota le nostre tasche e distrugge il patrimonio pubblico.

Uniamoci ad altre categorie e costruiamo lotte trasversali. È molto importante continuare a lavorare a livello locale e globale. Agiamo per “disar-

mare i mercati”, per citare un articolo di Ignacio Ramonet su *Le Monde Diplomatique* del 1997, che ha ispirato la nascita di Attac in Francia.

Concludo con alcune parole chiave, utili per capire perché lottiamo: *neoliberalismo, commercializzazione della salute, dittatura dei mercati, globalizzazione* come autostrada per i capitalisti ma muraglia per le persone, democrazia distopica come Stato di Diritto senza contenuto che non rispetta i Diritti Umani.

È importante tenerli tutti a mente, per contestualizzare la perdita irreparabile del diritto universale alla Salute che i governi di ogni tipo violano, sotto la copertura della UE, vassalla di speculatori tiranni che invadono, parassitano e soppiantano i governi con sempre più sfrontatezza.

Occorre *deprivatizzare* per iniziare a *guarire*. La globalizzazione dovrebbe servire solo a salvare vite umane, a promuovere un futuro stabile, non a nutrire avvoltoi e arricchire il business degli speculatori.



Sicurezza sul lavoro in Europa, modelli “ispettivi” differenti per una prevenzione condivisa e ugualitaria?

Di Marco CALDIROLI*

«Sapessi che cosa mi tocca fare! Nei quattro distretti di mia competenza... la gente cade come ubriaca dalle armature, precipita dentro alle macchine, tutte le travi si ribaltano, tutte le scarpate si sgretolano, tutte le scale scivolano, ciò che si manda in alto precipita, e si cade dietro a ciò che si fa scendere. E quelle ragazze che nelle fabbriche di porcellane si buttano continuamente sulle scale con pile di stoviglie ti fanno venire il mal di capo» (Lettera di Frank Kafka a Max Brod, estate 1909).

La nota dell'impiegato ausiliario Franz Kafka, ispettore dell'Arbeiter-Unfall-Versicherungs-Anstalt für das Königreich Böhmen in Prag (l'INAIL austro-ungarico) è di piena attualità. Da parte di chi, come l'autore, si trova a svolgere indagini per infortuni la condizione lavorativa non appare significativamente modificata e l'attività dell'ispettore (oggi tecnico della prevenzione) sembra destinata a cercare di svuotare il mare con un secchio tanto più quando emerge un provvedimento (il dlgs 103/2024) che prevede un preavviso di 10 giorni alle imprese prima di una ispezione (previsione immediatamente definita inapplicabile per le ispezioni in materia di sicurezza e di regolarità contrattuale da parte dell'INAIL, mentre le regioni sono rimaste silenziose) (1). L'obiettivo della Unione Europea era ben diverso, come pure l'impostazione normativa italiana già dagli anni '50.

DALLA DIRETTIVA 391/1989

AL DECRETO LEGISLATIVO 81/2008

La direttiva europea del 12.06.1989 n. 391 ha inaugurato la politica comunitaria sul “miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro”. Questo atto costituisce la “direttiva quadro”, a seguire sono state approvate ulteriori direttive (ad oggi 26) su specifici rischi lavorativi.

Si tratta di una direttiva “sociale” ovvero finalizzata prioritariamente al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini/e europei. La maggior parte delle direttive e dei regolamenti hanno invece finalità “di mercato” ovvero garantire degli “standard” uguali per tutte le imprese nello spazio economico europeo (che è più ampio dei paesi aderenti alla Unione Europea includendo anche Islanda, Norvegia, Lichtenstein nonché, seppure indirettamente, la Svizzera). Per fare un esempio, le direttive europee sulle macchine (dentro il filone delle “direttive di prodotto”), pur contenendo degli standard di sicuro impatto sulle condizioni di lavoro, sono prioritariamente finalizzate alla “competizione” a pari condizioni dei soggetti economici nel libero mercato di macchine in Europa. Rispettare queste direttive significa comunque realizzare macchine con “essenziali” requisiti di sicurezza (un aggettivo che compare anche nel principale parametro di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale: i Livelli Essenziali di Assistenza).

** Tecnico della Prevenzione, Medicina Democratica, Castellanza*

In Italia il recepimento della direttiva 391/1989 è avvenuto con il Dlgs 626/1994 che ha convissuto con la previgente normativa nazionale, il tutto è poi confluito nel vigente Dlgs 81/2008 più volte modificato, anche recentemente (e non sempre in meglio).

I principi e gli obiettivi di prevenzione sono sintetizzati, già nella direttiva originaria, come segue: «*Il datore di lavoro mette in atto le misure previste basandosi sui seguenti principi generali di prevenzione:*

- a) evitare i rischi;
- b) valutare i rischi che non possono essere evitati;
- c) combattere i rischi alla fonte;
- d) adeguare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne la concezione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature di lavoro e dei metodi di lavoro e di produzione, in particolare per attenuare il lavoro monotono e il lavoro ripetitivo e per ridurre gli effetti di questi lavori sulla salute.
- e) tener conto del grado di evoluzione della tecnica;
- f) sostituire ciò che è pericoloso con ciò che non è pericoloso o che è meno pericoloso;
- g) programmare la prevenzione, mirando ad un complesso coerente che integri nella medesima la tecnica, l'organizzazione del lavoro, le condizioni di lavoro, le relazioni sociali e l'influenza dei fattori dell'ambiente di lavoro;
- h) dare la priorità alle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;
- i) impartire adeguate istruzioni ai lavoratori».

Potremmo ricordare, con buona pace delle associazioni imprenditoriali e di quei politici che si fanno promotori di quelle posizioni che possiamo sintetizzare nella richiesta di “scudo penale” per i datori di lavoro che “ce lo chiede (anche) l'Europa” di attribuire un ruolo di garanzia e quindi una responsabilità primaria ai datori di lavoro delle condizioni in cui fanno operare lavoratori e lavoratrici. (2)

Come tutte le direttive ogni Paese le applica con possibili varianti che tengono conto di caratteristiche nazionali, come gli istituti preposti e le modalità di controllo, il tipo e l'entità delle sanzioni “effettive, proporzionate e dissuasive”.

L'APPLICAZIONE DELLE DIRETTIVE UE SULLA SICUREZZA IN ALCUNI PAESI EUROPEI: GLI ORGANI DI VIGILANZA

Senza alcuna pretesa di completezza sono stati scelti alcuni paesi membri della UE e dello spazio economico europeo (SEE) per valutare le modalità di applicazione delle direttive UE sulla sicurezza e l'igiene sul lavoro con riferimento al *modus operandi* degli organi nazionali e/o locali di vigilanza.

Le scelte nazionali sul chi e come ha il compito di controllare l'applicazione delle direttive/norme nazionali in materia di sicurezza denota l'approccio al tema della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro. Inoltre queste scelte determinano anche la “distanza” tra istituzioni preposte e organizzazioni dei lavoratori/lavoratrici.

Tra i paesi UE abbiamo scelto come rappresentativi delle diverse realtà sociali, politiche e industriali: Francia, Germania, Spagna, Polonia, Svezia, tra i paesi SEE la Svizzera.

Ma prima un breve promemoria sulla situazione italiana.

Italia

Con la riforma sanitaria del 1978, su pressione dei movimenti sociali e dei sindacati, le principali competenze in tema di vigilanza sui luoghi di lavoro sono passate alle regioni tramite le USSL prima e oggi le ASL/AUSL/ATS. La scelta non è stata casuale ma rispecchiava la critica della modalità “ingessata” dell'Ispettorato del Lavoro, emanazione del Ministero del Lavoro, competente sia del controllo dei rapporti di lavoro che della sicurezza/salute nei luoghi di lavoro.

Il movimento operaio sempre più – allora – conscio del tipo di interventi necessari per il miglioramento delle condizioni lavorative (già espresse, oltre che nell’art. 41 della Costituzione, dall’art. 2087 del codice civile e dall’art. 9 dello Statuto dei diritti dei lavoratori, la legge 300/1970) chiedeva servizi pubblici più vicini e permeabili al protagonismo dei lavoratori/lavoratrici.

La riforma si è “installata” in un contesto in cui erano presenti anche altri enti “specializzati” in alcuni settori (FS per il “personale viaggiante” dei treni, il servizio minerario per cave e miniere, le capitanerie di porto per i porti ecc) oltre a specializzazioni su determinati rischi (radiazioni ionizzanti, incendi, rischi da incidenti rilevanti). L’Ispettorato del Lavoro ha mantenuto delle competenze “residuali” concorrenti con le ASL (vigilanza dei cantieri) in un sistema “arlecchino” che non ha giovato alla sicurezza non fosse che per lo sparpagliamento dei (pochi) ispettori e le difficoltà di coordinamento tra i diversi enti.

Con la istituzione dell’Ispettorato Nazionale del Lavoro INL (operativo da inizio 2017) sono state accorpate le attività ispettive, sia di sicurezza del lavoro che dei diritti sociali e contrattuali, che erano dell’INPS, dell’INAIL e del Ministero del Lavoro (ex Direzioni Provinciali del Lavoro) spostando i relativi operatori. Anche a causa della riduzione del personale ispettivo regionale (ASL) e per mostrare una risposta “governativa” all’incremento degli infortuni, l’INL è oggetto sia di una estensione di competenze che a un incremento di personale ben più cospicuo di quello locale.

Evidente l’effetto “Tafazzi” delle Regioni: in ossequio alle direttive nazionali sulla riduzione del pubblico impiego (a partire dal decreto “Brunetta”) hanno tagliato “linearmente” senza considerare le diverse funzioni e la impossibilità (perlomeno al momento) di “esternalizzazione” attività come quelle della sicurezza sul la-

voro. La “quota 101” con la spinta al pensionamento “anticipato” ha dato l’ultimo colpo interessando principalmente il pubblico impiego.

Non a caso sui siti europei, come quello dell’OSHA, nel presentare le singole realtà statali competenti in materia di sicurezza sul lavoro, le ASL italiane non vengono neppure citate e l’INL appare l’unico organismo nazionale.

Vi è inoltre da segnalare un apparente paradosso nelle modalità operative “centralizzate” (INL) rispetto a quelle regionalizzate (e da tempo “differenziate” in 21 servizi sanitari regionali e con servizi dedicati alla sicurezza sul lavoro spesso differenti anche da ASL ad ASL: la direzione dell’INL per garantire una attività omogenea sul territorio degli ispettori agisce con circolari e procedure operative che forniscono anche interpretazioni e chiarimenti generali per aspetti “oscuri” delle norme, in particolare quelle più recenti.

Nelle regioni nulla di confrontabile, a parte gli sforzi di gruppi di lavoro interregionali composti da tecnici della prevenzione che, per il resto, debbono per lo più “arrangiarsi” con la propria professionalità.

La programmazione e gli obiettivi dei servizi di prevenzione dei luoghi di lavoro regionali è definita all’interno del Piano Nazionale della Prevenzione in un capitolo dedicato. L’attuale Piano (2020-2025) identifica dei fattori di rischio considerati prioritari su cui agire quali: età dei lavoratori (da un lato anziani e dall’altro giovani con contratti precari e inadeguata o assenza di formazione); incremento delle aggressioni e alla violenza sui luoghi di lavoro; inadeguatezza ergonomica dei posti di lavoro e/o delle modalità di lavoro; sovraccarico biomeccanico da movimenti ripetuti; presenza di macchine non conformi o rese non conformi alle direttive europee. L’esposizione ad agenti fisici, chimici (incluso l’amianto), biologici e cancerogeni rimangono importanti fattori di infortuni e malattie profes-

sionali. Il Piano, oltre a far propri gli obiettivi del piano europeo, richiama alcune peculiarità italiane tra cui la necessità di far “funzionare” gli organismi previsti dalle norme nazionali per coordinare i diversi enti preposti e tra enti “centrali” e regionali.

Le regioni operano tramite “piani mirati di prevenzione” (PMP): *«lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell'azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati per una crescita globale della cultura della sicurezza. Il PMP si configura come un modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto alle imprese nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro»*. (grassetto dell'autore).

Le variazioni locali avvengono secondo *«un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ossia orientato al supporto/assistenza alle imprese»*. In regioni come la Lombardia tale approccio viene spostato più sul ruolo di supporto (con labili confini rispetto alla consulenza – espresso coi termini di enforcement e empowerment) delle imprese per superare il “gap” ... della attuazione delle norme di sicurezza e un ruolo della formazione dei lavoratori/lavoratrici espresso in una forma che considera gli stessi come degli adolescenti avventati da raddrizzare né si parla di sostegno dei lavoratori/lavoratrici e delle loro rappresentanze...

Francia

Il sistema francese per la prevenzione dei rischi professionali è suddiviso in diversi enti:

- il Ministero del lavoro definisce le politiche nazionali per la salute e la sicurezza sul lavoro e si avvale del

Consiglio di orientamento per le condizioni di lavoro (COCT) quale punto di incontro nazionale tra le parti sociali. La vigilanza nelle aziende viene svolta da ispettori sotto la direzione dello stesso Ministero, strutturati su base regionale.

- Gli organismi di previdenza sociale (infortuni sul lavoro e malattie professionali) hanno competenze anche in materia di prevenzione degli infortuni, è gestito dalle parti sociali sono un'estensione dei sistemi di assicurazione contro gli infortuni e le malattie.

- Gli organismi di supporto scientifico, tecnico e/o medico di supporto. Il principale è l'*Agenzia di sicurezza sanitaria dell'ambiente e del lavoro* (ANSES) che concorre al miglioramento delle conoscenze in materia di prevenzione dei rischi professionali unitamente a quelli più generali di tutela dell'ambiente e dei consumatori. L'*Agenzia nazionale per il miglioramento delle condizioni di lavoro* (ANACT) suddivisa in 16 agenzie regionali, con un ruolo consultivo a favore delle imprese e per migliorare le condizioni di lavoro nell'ambito di azioni di “dialogo sociale”.

- Completano il “sistema” i servizi di medicina del lavoro (visite preassuntive e periodiche, contributo alle valutazioni delle condizioni di lavoro) a carico delle imprese.

Oltre alla struttura centralizzata vi è pertanto una suddivisione tra gli aspetti di sicurezza sui quali si interviene unitamente agli aspetti di regolarità contrattuale (ispettori generalisti) e quelli di carattere “sanitario” suddivisi tra competenze centralizzate e di medicina del lavoro non pubblica.

Germania

La Germania è caratterizzata da una struttura “duale”. Da un lato, le autorità statali dei Länder federali sono responsabili del controllo del rispetto delle norme in materia di sicurezza sul lavoro, tramite propri ispettori che svolgono sia attività di consulen-

za ai datori di lavoro che di erogazione di sanzioni per le violazioni.

D'altra parte, i gestori delle assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni (UVT) operano in conformità con il Codice sociale VII con l'obiettivo di prevenire gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e i rischi per la salute sul lavoro, parallelamente ai compiti assicurativi tradizionali ovvero prestazioni assicurative, di indennizzo e di cura dopo infortuni sul lavoro o malattie professionali. Le assicurazioni contro gli infortuni emanano proprie regole di prevenzione in accordo con il governo federale e dei singoli stati federali.

I rispettivi ispettori (di enti pubblici da un lato e delle assicurazioni dall'altro) operano con diversi approcci dovuti alle differenti basi legali (normative di sicurezza sul lavoro da un lato e il codice sociale). Così l'ispettorato pubblico agisce principalmente con gli strumenti "repressivi" di carattere sanzionatorio in caso di violazioni, gli ispettori "assicurativi" intervengono principalmente con iniziative di sostegno al miglioramento da parte delle imprese ("counseling").

Entrambe le organizzazioni collaborano tra loro nell'ambito delle azioni della Strategia comune tedesca per la salute e la sicurezza sul lavoro (GDA), ovvero con il "piano della prevenzione nazionale" mettendo a disposizione vicendevole i propri archivi digitali.

Il modello tedesco è sintetizzabile come un approccio "cogestionale" tra imprese, sindacati e organi di controllo. È stato per molto tempo messo a confronto con quello italiano ritenendolo più efficace per una minore incidenza di infortuni in Germania, gli studi più recenti segnalano difficoltà nel mantenere le prestazioni pregresse dovute, anche qui, a sottofinanziamento e riduzione del personale.

Un recente studio di OSHA riporta, tra l'altro, una realtà tedesca imprenditoriale simile a quella italiana: «*La percezione prevalente (da parte delle imprese, nda) è che la sicurezza sul lavoro, sia vista come un onere bu-*

rocratico o come un fattore di costo, piuttosto che come una componente essenziale di un ambiente di lavoro sano e produttivo. Questa percezione negativa può rendere più difficile l'attuazione delle misure e ridurre la motivazione delle aziende a promuovere attivamente la salute e la sicurezza dei propri lavoratori».

Quanto sopra nonostante che anche in Germania, come in Italia, l'obiettivo dichiarato dagli enti preposti è il controllo annuale di almeno il 5 % delle imprese ogni anno, pertanto, mediamente, ogni impresa si "aspetta" un "controllo" (che non significa necessariamente una ispezione) ogni 20 anni.

Spagna

La Spagna si caratterizza per un servizio sanitario "Beveridge" ma non ha seguito la scelta italiana: i compiti di vigilanza sono attribuiti a un Ispettorato del lavoro e della previdenza sociale, quindi non dedicato alla sicurezza ma all'insieme delle condizioni di lavoro; la direzione è del corrispondente Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale (con varianti in relazione alle autonomie regionali come nel caso della Catalogna).

L'istituto nazionale per la sicurezza e la salute sul lavoro (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) fornisce supporto scientifico e tecnico nelle attività di rapporto tra enti e impresa nella applicazione delle direttive (recepite con "decreti reali") e definisce programmi e priorità per la prevenzione degli infortuni.

Svezia

Esempio di riferimento dello Stato sociale "dalla culla alla tomba", in Svezia le competenze sono del Ministero del Lavoro e nello specifico della *Agenzia svedese per l'ambiente di lavoro* (SAWEE) cui competono anche interventi sulle condizioni di lavoro (es. orari). La SWEA emette ordinanze in materia e agisce sulla base di piani nazionali annuali approvati direttamente dal parlamento.

L'Agenzia è stata istituita nel 2018 e svolge i seguenti compiti:

- raccogliere, compilare e diffondere le conoscenze sul lavoro e sull'ambiente di lavoro acquisite mediante la ricerca;
- valutare e analizzare gli effetti delle riforme e delle iniziative pubbliche attuate;
- contribuire a individuare le lacune in termini di conoscenze e i settori in cui sono necessari miglioramenti e adottare iniziative pertinenti;
- tenere sotto osservazione e promuovere l'ampliamento delle conoscenze a livello nazionale e internazionale;
- monitorare e incoraggiare lo sviluppo di associazioni/organizzazioni per la salute sul lavoro.

La direzione generale delle condizioni del lavoro e della salute è responsabile della strategia, organizzazione, informazione, istruzione, formazione e ricerca, mentre l'ispettorato del lavoro (S.E.P.E.) è l'ente incaricato dell'ispezione e dell'applicazione della legge sul lavoro.

Polonia

Il controllo è distribuito tra Ministero del Lavoro tramite l'Ispettorato Nazionale del lavoro (16 distretti territoriali), il Consiglio Nazionale per la protezione del lavoro e l'Ispettorato Nazionale Sanitario dipendente dal Ministero della salute che somma compiti sia di salute pubblica sia di salute nei luoghi di lavoro. Si affianca a questi enti l'Ufficio Ispettivo Tecnico con compiti specifici sulle apparecchiature tecniche e le macchine (anche a livello di progettazione e produzione). Questo ufficio ha una funzione pubblica riconosciuta pur non essendo di natura pubblica.

L'Ispettorato Nazionale del lavoro ha sia i compiti del controllo della sicurezza e salute del lavoro che il rispetto delle norme contrattuali, degli orari e più in generale dei diritti dei lavoratori (ispettori "generalisti").

Vi è una programmazione nazionale e locale che focalizza «la sorveglianza sui settori e sui luoghi di lavoro speci-

fici con il più alto livello di rischi professionali ... Le ispezioni orientate ai problemi vengono effettuate in aree in cui vi è un notevole livello di violazioni legali o dove vi sono problemi che richiedono misure coordinate a livello nazionale». Una particolare forma di intervento è la "ispezione diagnostica" così strutturata: «*Il primo sopralluogo serve principalmente a scopo di valutazione e consulenza, soprattutto nelle aziende di nuova costituzione o in quelle in cui il profilo aziendale è cambiato. Oltre a fornire informazioni e consulenza in materia di diritto del lavoro, gli ispettori del lavoro applicano anche misure legislative che variano a seconda della natura e delle cause effettive delle irregolarità individuate. La prima ispezione di un datore di lavoro viene condotta in modo tale che le informazioni sull'azienda, ottenute da un ispettore, contribuiscano a ottimizzare le ulteriori attività dell'ispettorato, comprese in particolare le misure preventive*». Potremmo definirlo un approccio intermedio e graduale tra quello della "consulenza" e quello "normativo" ovvero volto alla verifica di assenza di violazioni. Approccio che, come si vedrà, appare quello "preferito" dall'OSHA.

Svizzera

Pur essendo al di fuori della UE ne condivide direttive e "spazi comuni" (SEE) per mantenere una presenza diretta nel mercato europeo. La Svizzera distingue due settori di prevenzione, ossia la "sicurezza sul lavoro" (infortuni e malattie professionali) e la "tutela della salute sul posto di lavoro" (problemi di salute legati interamente o in parte all'attività professionale e disturbi sul posto di lavoro). La ragione di tale suddivisione risiede nel fatto che tali settori sono disciplinati da leggi differenti. A livello federale e cantonale vi sono organi esecutivi diversi.

La politica preventiva viene definita dal SUVA (l'istituto di assicurazione contro gli infortuni, l'equivalente del nostro INAIL) e le ispezioni vengono

condotte da ispettorati cantonali. Per le attività a maggiore rischio intervengono direttamente il SUVA, per quelle considerate a minore rischio la competenza è di carattere locale. I due enti e le diverse realtà cantonali sono coordinate dalla Commissione Federale di Coordinamento per la sicurezza sul lavoro (EKAS).

Il SUVA in particolare ha il compito di definire “buone prassi e indirizzi” che intendono costituire un punto di riferimento per una corretta applicazione degli obblighi normativi per le aziende e punti di verifica per gli ispettori. Un sistema molto simile a quello nel quale operava Franz Kafka.

ISPETTORI ED ISPEZIONI NELL'EUROPA DI OGGI

L'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro (OSHA), a fronte di tali differenze nazionali rispetto all'obiettivo di una omogeneità di condizioni lavorative tramite l'applicazione delle direttive europee sulla sicurezza si è occupata di approfondire le conoscenze per individuare criticità che possono rallentare o impedire l'attuazione delle direttive (3). Questa ricerca è stata condotta anche tramite comitati tecnici europei (*Comitato degli Ispettori del Lavoro Senior – SLIC* o *Comitato degli alti responsabili dell'ispettorato del lavoro – CARIP*) (4).

L'OSHA, a conclusione della sua analisi, ha suddiviso gli ispettorati in tre categorie in relazione ai compiti di attuazione/controllo dei principi delle direttive europee sulla sicurezza sul lavoro:

1.Paesi nei quali vi è un unico ispettorato responsabile nella attuazione (monitoraggio, promozione e sviluppo delle iniziative) delle direttive europee: Danimarca, Finlandia, Irlanda, Olanda e Svezia.

2.Paesi nei quali un unico ministero è responsabile della attuazione della direttiva ma si avvale di ispettorati differenti: Belgio, Estonia, Grecia;

3.Paesi nei quali le funzioni sono distribuite in modo articolato tra mini-

steri e agenzie assicurative come in Francia e in Germania.

Aggiungiamo noi il quarto caso corrispondente all'Italia, non esplicitamente considerata in questa suddivisione, in cui formalmente un ministero (della salute) è incaricato della attuazione ma le attività ispettive sono distribuite tra due ministeri e le realtà regionali con ampia autonomia gestionale e organizzativa.

Inoltre, nella maggior parte dei paesi UE rischi settoriali o per tipologie di attività sono controllati da specifici ispettorati (rischio incendio, miniere, trasporto ferroviario ecc) come in Italia.

Potremmo individuare pertanto una prima suddivisione nel caso di un approccio centralizzato o locale. In realtà non vi è una netta suddivisione del genere, anche ove le funzioni di controllo sono sotto un ministero vi sono sempre attribuzioni, direttamente o indirettamente, delle attività da parte di enti locali, non solo in Italia.

Un'altra chiave di lettura tra i diversi paesi europei è l'impiego di ispettori generalisti (che si occupano di sicurezza come di rapporti e condizioni contrattuali di lavoro) o l'impiego di ispettori specializzati nei diversi aspetti.

Ulteriori differenze tra i paesi è l'approccio ispettivo sia in termini di definizione di obiettivi nazionali da adottare localmente (attraverso piani in cui si definiscono le priorità per gli anni successivi sia in termini di rischi che di caratteristiche delle imprese) sia tra un approccio “collaborativo” in cui l'ente pubblico “sostiene”, almeno inizialmente, un processo di adeguamento delle condizioni di lavoro e quello “repressivo” ovvero in cui l'ente pubblico principalmente si dedica alla verifica del rispetto delle norme e interviene con strumenti costrittivi, inclusi quelli sanzionatori e giudiziari.

Queste diverse caratteristiche compongono numerose varianti, la Commissione Europea non entra nel merito delle scelte dei singoli Paesi ma ha

voluto cercare di valutare le modalità operative adottate rispetto all'efficacia dell'intervento ispettivo in relazione agli obiettivi delle direttive in materia di sicurezza.

Si tratta peraltro di temi non nuovi e che coinvolgono il "modus operandi" degli ispettori: il CARIP/SLIC rileva

che la compresenza di funzioni ispettive relative alle condizioni contrattuali (prevenzione e sanzione del lavoro "nero") e di quelle di sicurezza finisce per spostare l'attenzione principale sulle prime, mentre "l'efficacia delle ispezioni sul lavoro dipende in larga misura dalla competenza degli

Nazione	Numero imprese industria e servizi ^a	Numero lavoratori industria e servizi ^a	Numero ispettori sicurezza del lavoro ^b	Rapporto ispettori/imprese	Rapporto ispettori/10.000 lavoratori
Belgium	846.029	3.767.002	165	5.351	0,44
Bulgaria	381.674	2.128.319	341	1.714	1,60
Czechia	1.249.367	4.116.492	537	2.376	1,30
Denmark	291.206	2.146.203	337	968	1,57
Germany	3.147.467	35.305.616	6.009	571	1,70
Estonia	135.981	536.379	45	3.393	0,84
Ireland	371.887	2.314.605	60	8.491	0,26
Greece	887.452	3.234.412	253	6.215	0,78
Spain	3.428.838	14.978.482	2.201	1.987	1,47
France	4.888.415	20.363.589	1.746	3.061	0,86
Croatia	216.528	1.214.659	193	1.819	1,59
Italy ^c	4.473.778	17.619.514	463	12.137	0,26
Cyprus	83.029	352.840	20	5.898	0,57
Latvia	138.521	690.510	120	1.737	1,74
Lithuania	298.523	1.179.957	154	2.915	1,31
Luxembourg	41.814	397.733	96	456	2,41
Hungary	944.675	3.260.757	119	11.552	0,36
Malta	51.864	224.755	13	4.698	0,58
Netherlands	2.050.159	8.286.820	335	6.286	0,40
Austria	588.443	3.590.035	300	2.403	0,84
Poland	2.659.526	11.385.265	1.664	2.446	1,46
Portugal	1.231.293	4.116.533	417	3.574	1,01
Romania	935.645	4.496.685	913	4.773	2,03
Slovenia	185.381	753.052	86	2.968	1,14
Slovakia	593.187	1.773.569	292	2.119	1,65
Finland	426.447	1.666.284	280	1.701	1,68
Sweden	1.031.165	4.012.974	267	4.098	0,67
Totali/ medie UE	31.508.884	153.909.688	11.397	2.765	1,35

Tabella 1. numero ispettori per la sicurezza dichiarati nella indagine del Comitato degli Ispettori del Lavoro Senior (SLIC) del 2021, numero delle imprese (servizi, industria e costruzioni) dichiarate per ogni Stato membro, rapporto tra ispettori e imprese, rapporto tra ispettori e lavoratori.

Fonte: **a.** Numero imprese e lavoratori: Eurostat 2021; **b.** Numero ispettori: Committee of Senior Labour Inspectors (SLIC) "EU Labor Inspectorates: overview of data from Annex 1 to the National OSH Reports on L.I." (2021) per la Germania i valori sono quelli riportati da ILOSTAT; **c.** il dato che compare nelle statistiche europee riguarda esclusivamente i tecnici dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro specializzati in sicurezza sul lavoro

ispettori del lavoro e dalla loro capacità di svolgere tali ispezioni”. Considerazioni analoghe erano già espresse nella Convenzione dell’Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) n. 81 del 1947 (che seguiva la “raccomandazione” del 1923) aggiornata nel 1995 e rivista nel 2019 (5).

I diversi approcci si riverberano sul numero di ispettori “dedicati” alla sicurezza sul lavoro. Nella tabella 1 si riporta il numero degli ispettori in materia di sicurezza ufficialmente dichiarati da ogni autorità nazionale, il numero di imprese e il relativo rapporto ispettori/imprese per saggiarne la adeguatezza. Nelle statistiche europee, per l’Italia, vengono indicati solo gli ispettori “dedicati” dell’Ispettorato Nazionale del Lavoro, i tecnici di prevenzione delle ASL non vengono considerati, pertanto nella tabella si cercherà di integrare questo dato.

Per una visione “mondiale” si può consultare il sito statistico della Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) su <https://ilostat.ilo.org/blog/safety-in-numbers-what-labour-inspection-data-tells-us/#:~:text=Labour%20inspectors%20are%20fundamental%20to%20a>

ILOSTAT segnala che tra il 2009 e il 2022 il numero degli ispettori è diminuito in 32 paesi su 75 considerati nel monitoraggio, tutti i dati dell’ILO però non distinguono chiaramente tra ispettori “generalisti” e quelli specializzati nella sicurezza sul lavoro. In questo studio, non compaiono dati recenti riferiti all’Italia.

La tabella, lo si evidenzia, non riporta i dati delle imprese agricole (oltre 10 milioni nei paesi UE) e relativi lavoratori per permettere un più agevole raffronto tra i diversi paesi, non certo per sottovalutare l’importanza della sicurezza in questo comparto caratterizzato peraltro da condizioni di impiego “particolari” (per usare un eufemismo con riferimento a precarietà, irregolarità e impiego stagionale caratterizzanti il settore).

Se volessimo utilizzare il rapporto tra il numero degli ispettori dichiarati da

ogni paese UE e il numero delle imprese (eccetto agricoltura) e/o lavoratori come un parametro di “adeguatezza” della struttura ispettiva, dalla tabella riportata sopra dovremmo dedurre che i lavoratori del Lussemburgo sono quelli meglio tutelati e quelli italiani quelli messi peggio a pari merito con l’Irlanda.

Il dato italiano però, nelle statistiche europee, è carente del numero degli ispettori-tecnici della prevenzione delle regioni in quanto viene riportato solo quello relativo a INL (463). Secondo le statistiche del Ministero della Salute al 2021 i tecnici pubblici/ASL erano complessivamente 9.331 (incrementati a 9.410 nel 2022 – mentre erano 10.037 nel 2013) includendo però anche tecnici di altri settori come la veterinaria, l’igiene pubblica e degli alimenti). (6)

Tenendo conto di questa limitazione statistica i rapporti tra imprese/lavoratori ed ispettori, in Italia, è paragonabile al dato tedesco.

Oltre al puro e nudo numero di ispettori (che varia anche in termini di considerazione di chi sia considerato un ispettore dedicato alla vigilanza sulla sicurezza sul lavoro) dovremmo anche considerare la struttura in cui è inserito e l’approccio nelle attività di vigilanza variabile da nazione a nazione. Pertanto dovremmo costruire un articolato algoritmo per riuscire a confrontare correttamente le diverse realtà europee. Nella impossibilità di mettere assieme tutti i parametri proviamo a partire dagli “approcci ispettivi”.

CONSIDERAZIONI DELL’OSHA SUI DIVERSI “MODELLI” ISPETTIVI

Ogni “ispettore”, in qualunque paese europeo, deve affrontare, per lo più in solitudine, un “dilemma” che potremmo brutalmente sintetizzare negli estremi del “bastone o della carota”.

Un ispettore non può essere semplicemente un compilatore di verifiche di articoli e commi della normativa ma deve essere in grado di valutare il luogo di lavoro secondo “gli occhiali” della norma per poi personalizza-

re, secondo l'esperienza, un intervento che potrà essere, contestualmente, con strumenti costringenti (e/o sanzionatori) per gli aspetti di palese e grave violazione come pure di spinta per gli attori della sicurezza (non solo il datore di lavoro ma anche il responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza, il medico competente, dirigenti e preposti, lavoratori ecc) verso interventi di miglioramento in presenza di condizioni di criticità che non costituiscono violazioni: un confine spesso labile e che solo l'esperienza e la professionalità permettono di distinguere.

Questo dilemma e la sua soluzione "pratica" quotidiana è trasversale rispetto ai diversi paesi e modalità di intervento.

È evidente che se si sposa esclusivamente la prospettiva del "bastone" la rappresentazione delle ispezioni è quella di distribuire "terrore": ogni qualvolta i media passano la notizia di controlli "a tappeto" (per lo più estemporanei) in particolare da parte di forze di polizia non dedicate alla sicurezza esprimono l'entità dell'intervento sulla entità delle sanzioni erogate e non del tipo e dimensione delle violazioni riscontrate. Qualunque organo di vigilanza che agisce in questo modo ripercorre – per riferirci al caso italiano – quanto svolgeva l'ispettorato del lavoro prima della riforma sanitaria: assenza quotidiana e zero rapporti con i lavoratori e le loro rappresentanze, interventi a spot enfatizzati dai media, una volta chiusa la porta dell'azienda dietro di sé, fine di ogni ulteriore rapporto con gli attori della sicurezza.

Contestualmente è pacifico, per chi scrive, la necessità di norme "coercitive" ovvero la cui mancata attuazione determina delle conseguenze di carattere sanzionatorio. Secondo Karl Marx è proprio questo una comprovata dei rapporti sociali di produzione: *«Nulla potrebbe caratterizzare meglio il modo di produzione capitalistico, che la necessità di imporgli con leggi statali coercitive le misure più*

elementari di pulizia e di sicurezza» (Il Capitale, volume I).

Secondo lo studio OSHA già richiamato, a fronte di condizioni di lavoro non conformi alla normativa *«Le opzioni disponibili possono essere classificate in quattro categorie: richiesta di miglioramenti, interruzione delle attività lavorative, emissione di multe e procedimenti giudiziari.*

Le opzioni sanzionatorie sopra elencate sono normalmente utilizzate a discrezione dei singoli ispettori del lavoro che operano sotto l'egida dei rispettivi ispettorati nazionali».

Un primo sistema è quello della contravvenzione con prescrizione ovvero la formale comunicazione alla impresa di aver violato una norma, dettagliandone il contesto e i motivi, richiedendo entro un tempo stabilito, in relazione alla complessità dell'intervento, la rimozione della violazione; in caso di ottemperanza la impresa "se la cava" con una sanzione in via amministrativa altrimenti va a giudizio. Tale sistema è vigente in Italia dal 1994 e ha "caricato" gli ispettori di ulteriori responsabilità anche procedurali prima in capo alla Autorità Giudiziaria.

Un secondo provvedimento è quello della sospensione della attività non conforme definendo tempi e modalità di intervento di adeguamento (in Italia questo provvedimento è "parallelo" al primo nei casi considerati di maggior rischio individuati dalla norma e ora connesso anche con la "perdita" di crediti sulla patente, perlomeno nel caso delle imprese che operano nei cantieri).

Un terzo provvedimento, sempre in caso di violazioni, è la variabilità dell'importo della sanzione tenendo conto delle dimensioni dell'impresa e/o del rischio correlato al settore: *«le multe variano notevolmente da un paese all'altro e la letteratura non presenta livelli specifici di sanzioni pecuniarie per violazioni della sicurezza che siano correlate a una migliore conformità successiva da parte delle imprese».* In Italia non vi è variabilità

della entità delle sanzioni in quanto ogni violazione ha un importo fisso. La sanzione applicata – a parità di importo - può costituire un elemento pesante per una piccola impresa o fare “il solletico” ad una grande impresa. Una variabilità della sanzione in relazione alle dimensioni/fatturato delle imprese esiste in Italia solo nel caso della responsabilità civile dell’impresa, in aggiunta alla responsabilità penale del datore di lavoro, per infortuni o malattie professionali.

Il quarto provvedimento è quella che in Italia si chiama “notizia di reato” ovvero la comunicazione alla Autorità Giudiziaria del reato individuato e quindi un rimando ai procedimenti penali. Sempre con riferimento all’Italia tale “notizia” va sempre fatta soprattutto se la violazione è correlata ad un infortunio sul lavoro comunque *«l’esame generale dell’EU-OSHA sul miglioramento della conformità (EU-OSHA, 2021) segnala che le azioni penali e le pene detentive per violazione delle norme in materia di SSL sono generalmente rare»*.

L’OSHA si chiede quale sia l’approccio più efficace, quello “sanzionatorio” o quello “persuasivo”, concludendo, in modo salomonico, che **“nella pratica, la persuasione è preferibile alla sanzione, ma la sanzione va utilizzata quando necessario”**. Statisticamente in tutte le imprese che hanno “subito” una ispezione vi sarebbe un miglioramento delle prestazioni (minori infortuni) perlomeno a breve e medio termine.

«Anche quando le opzioni sanzionatorie non vengono utilizzate per garantire il rispetto, gli ispettori del lavoro hanno un effetto deterrente intrinseco con la loro stessa presenza. Quando gli ispettori del lavoro visitano le imprese, possono essere percepiti come potenzialmente in grado di imporre sanzioni, se i loro consigli non vengono seguiti. Come riporta Hawkins (1991), gli ispettori del lavoro “consigliano, istruiscono, esortano, contrattano o minacciano”. Se questi approcci non sono sufficienti,

gli ispettori possono ricorrere all’applicazione di sanzioni».

Altri studi confermano tale tendenza ma rilevano anche che, senza penalità, gli effetti positivi sono ridotti, in altri termini l’effetto di un approccio volto principalmente alla “educazione” dell’impresa non ha sempre efficacia. A fronte di tali dilemmi OSHA definisce una serie di possibili “risposte”: un approccio “reattivo”, *«La teoria è che quando gli ispettori del lavoro si impegnano per la prima volta con le imprese, dovrebbero utilizzare un approccio persuasivo per garantire un livello adeguato di SSL. Al momento della rivisitazione dell’impresa e se gli standard di SSL non sono sufficienti, la prima opzione sanzionatoria da utilizzare sarebbe quella degli avvisi di miglioramento. A ciò seguirebbero progressivamente ammende e/o procedimenti giudiziari se non si raggiunge il livello di progresso richiesto. La sanzione finale da applicare sarebbe la sospensione o la chiusura dell’impresa»*.

Questa conclusione “aperta” dell’OSHA risente del punto di partenza: finalità e modalità ispettive connesse alle attività dei ministeri del lavoro (per lo più generaliste) e/o connesse con organismi assicurativi il tutto finalizzato al risultato della estensione degli “standard di SSL” (ovvero l’applicazione della normativa europea sulla sicurezza sul lavoro).

ALCUNI APPUNTI AGGIUNTIVI SULLA SITUAZIONE ITALIANA

L’approccio contenuto nella riforma sanitaria italiana era (è) la costruzione (continua) di servizi ancorati a un territorio di riferimento non troppo esteso; Servizi che conoscono per cumulo di esperienze, virtù e difetti delle attività insediate riuscendo a calibrare gli strumenti per ottenere risultati.

«Il servizio sanitario nazionale nell’ambito delle sue competenze persegue: (...) b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per

prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari».

La sottolineatura della partecipazione dei lavoratori è pressoché unica in quanto presuppone una disponibilità “permeabile” delle istituzioni a coinvolgere e valorizzare l’iniziativa dei lavoratori/lavoratrici e non a considerarli dei soggetti, muti e inermi, da tutelare comunque.

Storici e fondanti approcci, all’inizio della applicazione della riforma sanitaria (e anche prima), sono stati gli SMAL (Servizi di Medicina del Lavoro), strutture territoriali in cui tecnici, medici del lavoro, organizzazioni sindacali e datori di lavoro avevano spazio per il confronto, oltre il dato “basico” della applicazione delle norme di sicurezza, per definire percorsi (contenuti ed obiettivi verificabili) di “bonifica” dei luoghi di lavoro dai fattori di nocività.

Peraltro l’azione dei servizi è stata improntata da una iniziale definizione di “mappe di rischio” consistenti in un censimento delle diverse filiere produttive presenti nel territorio e la loro caratterizzazione per i principali rischi, permettendo così di calibrare gli interventi anche in relazione alla consistenza di un settore produttivo in una data area. La cancellazione delle procedure di “inizio attività” rispetto a quelle autocertificate con “denuncia di inizio attività” (DIAP) hanno col tempo reso più difficile mantenere una conoscenza aggiornata delle realtà locali.

Il momento ispettivo si collocava all’interno di tale strategia e non era la finalità unica del servizio, comunque fondamentale per definire tecnicamente il dato di partenza su cui tutti i soggetti – pubblici e privati – si impegnavano nel tempo ad interventi di miglioramento.

Con le modifiche normative successive in particolare nella organizzazione delle USSL poi ASL e con la involuzione del contesto sociale (perdita di

diritti dei lavoratori/lavoratrici a partire dalla precarizzazione dei rapporti di lavoro) il momento ispettivo si trova, quasi sempre, isolato e quindi con azioni, anche positive, a “spot” rincorrendo urgenze. Anche i Piani Mirati di Prevenzione che, in qualche modo, sono dei succedanei a quella impostazione iniziale, non a caso frutto del confronto tra un movimento operaio sempre più forte e cosciente e “tecnici” che non si consideravano un mondo a parte rispetto a quello oggetto dei loro interventi istituzionali.

Questa valutazione appare importante nel contesto italiano attuale: dopo anni di decimazione del pubblico impiego con tagli lineari che hanno interessato pesantemente anche i tecnici della prevenzione delle ASL vi è una “corsa” a nuovi concorsi ministeriali (per l’INL), non necessariamente o esclusivamente per figure tecniche, e, ultimamente, anche a livello regionale (per evitare ulteriori perdite di personale per pensionamento) presentate come la panacea immediata a fronte delle necessità di incremento dei controlli per mostrare una qualche reazione del governo di turno all’incremento o comunque non riduzione di infortuni.

Nella migliore delle ipotesi, ci vorranno dai 3 ai 5 anni per recuperare parte di quanto volutamente perso negli ultimi 20 anni per “il pareggio del bilancio pubblico”. Si è verificata anche una importante perdita di passaggio di esperienze tra “senior” e “junior”: di senior ce ne sono sempre meno, devono garantire gli interventi istituzionali e quindi non possono seguire i molti tecnici di nuova assunzione, gli junior hanno quasi sempre un curriculum solo scolastico e arrivano nei servizi non conoscendo nella pratica le “dinamiche” tra attività ispettive, i cicli produttivi, la estrema variabilità dei luoghi di lavoro e i rapporti con gli attori della sicurezza aziendali.

Le pratiche di “controllo” che, in modo diversificato, vengono favorite senza un accesso “fisico” nei luoghi di lavoro (ad esempio erogando questionari da remoto, c.d. “survey

monkey”), incrementano in modo posticcio il numero dei controlli (per raggiungere formalmente gli obiettivi dei LEA) ma non hanno sicuramente un ruolo di prevenzione paragonabile alla ispezione tradizionale basata su una procedura che l’OSHA definisce «Osservare, chiedere e leggere», ... ispezione visiva, interagendo con il personale, ponendo domande e leggendo documenti in loco, comprese le valutazioni dei rischi».

Non va del resto mai dimentica che il ruolo degli ispettori, in Italia come nella maggior parte degli altri paesi UE, è quello preventivo quindi di rilevare situazioni non conformi per il loro adeguamento (con diversi strumenti costrittivi) ma è anche quello di agire come polizia giudiziaria, al servizio della Autorità Giudiziaria per lo svolgimento di indagini per infortuni e malattie professionali. Questo ruolo, fondamentale nella individuazione di responsabilità per danni nei confronti delle persone offese (lavoratori) evidentemente non può che coinvolgere anche l’attività generale di vigilanza.

Sul tema rilevo la “schizofrenia” tipica del mondo imprenditoriale e politico italiano: quando avvengono infortuni mortali “importanti” e l’evento ancora “brucia” gli attori sociali (sindacati, politici, imprenditori) condividono lacrime di cocodrillo sui “controlli insufficienti”. Subito dopo ci si “industria” su come evitare che vi sia un numero sufficiente di ispettori (soprattutto nelle ASL) e impedire una organizzazione omogenea e improntata a controlli rigorosi. Senza dimenticare lo studio e l’utilizzo di ogni possibile cavillo formale per contestare e rendere inefficaci gli atti degli organi di controllo, contando su una giurisprudenza altalenante o sui tempi di prescrizione.

La riforma “Cartabia” ha anche introdotto l’indirizzo per i PM di non proseguire in un’azione giudiziaria se i risultati delle prime indagini mostrano la difficoltà di prevedere una condanna del contravventore: questo determina archiviazioni “a raffica” degli even-

ti infortunistici meno gravi e quando non vi è querela dalla parte offesa.

Da ultimo ricordo che stiamo parlando del solo “settore” della vigilanza la cui esistenza e capacità di azione dovrebbe essere di per sé un deterrente da azioni o omissioni volutamente di violazione delle norme. Ma l’altro “corno” del problema è la possibilità e capacità dei lavoratori di autodefinire i propri obiettivi di autotutela, come per altri temi sindacali, e contestualmente sapere e volere costruire un rapporto con i servizi a loro volta che sono in grado e vogliono essere permeabili all’iniziativa dei lavoratori come numerose esperienze degli anni ‘70 ci hanno mostrato come possibili (v. numero di Medicina Democratica n. 237-239).

Non posso che chiudere queste note con una rilevazione che Kafka traeva dal confronto con i padroni di un secolo fa che lamentavano quanto segue: *«L’aumento dei contributi non è che un aspetto della insufficiente rappresentanza degli imprenditori in Parlamento, il quale è colpevole dell’emanazione di leggi che gravano pesantemente sulle imprese. [...] Senza offesa: **gli ispettori del lavoro, teoricamente ben preparati, in pratica lasciano ancora molto a desiderare. [...] Gli ispettori prescrivono dispositivi di protezione delle macchine che ne impediscono il funzionamento e che spesso devono essere rimossi dagli operai durante il lavoro. [...]** Mente e occhi concentrati sul lavoro! Ecco la miglior protezione contro ogni infortunio. [...] Ci preoccupano soprattutto i controlli a sorpresa degli ispettori del lavoro; **gli imprenditori esigono che l’ispezione nei loro stabilimenti sia preannunciata**»*.

Esattamente quello che ha colto il governo attuale con il DL 104/2024 che ha introdotto l’obbligo di “preavviso” di almeno 10 giorni per le ispezioni anche in tema di sicurezza sul lavoro e, nello stesso tempo, presenta la “patente a crediti” come la soluzione per garantire imprese rispettose della sicurezza nelle attività edilizie.

L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute (OSHA) è stata istituita nel 1994, ha sede a Bilbao (Spagna), e le sue funzioni e modalità di azione sono state riviste nel 2019 (Regolamento 126/2019)

«L'obiettivo dell'EU-OSHA è di fornire alle istituzioni e agli organismi dell'Unione, agli Stati membri, alle parti sociali e agli altri soggetti interessati al settore della sicurezza e della salute sul lavoro pertinenti informazioni tecniche, scientifiche ed economiche nonché le competenze tecniche utili in tale settore al fine di migliorare l'ambiente di lavoro, in un contesto di tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori. A tal fine l'EU-OSHA promuove e diffonde le conoscenze, fornisce dati concreti e servizi volti all'elaborazione delle politiche, tra cui conclusioni basate sulla ricerca e agevola la condivisione delle conoscenze tra l'Unione e i soggetti nazionali».

Agisce in coordinamento con la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound) e il Centro europeo per lo sviluppo della formazione professionale (Cedefop),

Si affianca alla Autorità del Lavoro Europea (ELA) istituita nel 2019 che ha il compito di “contribuire a migliorare la cooperazione tra i paesi dell'UE, coordina le ispezioni congiunte, effettua analisi e valutazioni dei rischi in materia di mobilità dei lavoratori transfrontaliera e media nelle controversie tra i paesi dell'UE.” Secondo quanto riportato nel suo sito *«L'ELA promuove un lavoro agile ed efficiente, che aiuta a trovare soluzioni alle sfide che si presentano nei settori contemplati dal regolamento. L'ELA: contribuisce a garantire che le norme dell'UE in materia di mobilità dei lavoratori e coordinamento della sicurezza sociale siano applicate in modo equo, semplice ed efficace; rende più facile ai cittadini e alle imprese cogliere i vantaggi del mercato unico; aiuta le autorità nazionali a cooperare affinché le norme siano applicate in modo efficace».*

Note

1. Nella nota dirigenziale INL (del 31.07.2024 pochi giorni dopo la pubblicazione del dlgs 103/2024) rileva infatti che: «Non appare invece sostanzialmente applicabile agli accertamenti di competenza dell'Ispettorato nazionale del lavoro la previsione secondo cui le amministrazioni sono tenute a fornire, prima di un accesso nei locali aziendali, “l'elenco della documentazione necessaria alla verifica ispettiva”. Da tale obbligo sono infatti esonerate tutte le iniziative avviate dalle amministrazioni che hanno esigenze di ricorrere ad accessi ispettivi “imprevisti o senza preavviso”, esigenze che ricorrono pressoché ogni volta l'Ispettorato avvii una attività di vigi-

lanza sia in materia lavoristica, sia in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Va da sé, infatti, che l'eventuale richiesta di documentazione alle imprese prima di un qualsiasi accesso ispettivo vanificherebbe l'efficacia della tipologia di accertamenti di competenza di questo Ispettorato».

2. Riportiamo alcune premesse (“considerando”) della direttiva: «considerando che negli Stati membri i sistemi legislativi in materia di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro sono molto differenti e meritano di essere migliorati; che simili disposizioni nazionali in materia, spesso integrate da disposizioni tecniche e/o da norme volontarie, possono consentire vari livelli di protezione della sicurezza e della salute e dar luogo ad

Il Senior Labour Inspectors Committee (SLIC) o Comitato degli alti responsabili dell'Ispettorato del Lavoro (CARIP) è stato istituito nel 1995 per assistere la Commissione europea nel monitoraggio dell'applicazione a livello nazionale della legislazione UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Il Comitato è composto dai rappresentanti dei servizi ispezione del lavoro di ciascuno Stato membro dell'U.E. Su delega del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali partecipa alle riunioni plenarie dello SLIC un rappresentante dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro.

Lo SLIC, attraverso Working Group costituiti per l'approfondimento di specifiche tematiche, svolge le seguenti, principali attività:

- definizione di **principi comuni dell'ispezione del lavoro** su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sviluppo di **metodi di valutazione** dei sistemi nazionali di ispezione;
- promozione della reciproca conoscenza e dello **scambio di informazioni** tra i vari sistemi e prassi nazionali in materia di ispezione del lavoro su salute e sicurezza sul lavoro;
- realizzazione di attività di **staff exchange** tra le amministrazioni nazionali e definizione di programmi comuni di formazione per gli ispettori dei paesi dell'UE;
- **cooperazione con gli ispettorati del lavoro nei Paesi terzi** anche al fine di contribuire alla risoluzione di eventuali problemi transfrontalieri;
- studio del possibile **impatto delle politiche comunitarie sulle attività di ispezione del lavoro** relative alla salute e alla sicurezza sul luogo di lavoro.

una concorrenza a scapito della sicurezza e della salute; considerando che vi sono ancora troppi infortuni sul lavoro e malattie professionali da deplorare; che misure preventive debbono essere adottate o migliorate senza indugio per preservare la sicurezza e la salute dei lavoratori in modo da assicurare un miglior livello di protezione (...) considerando che il miglioramento della sicurezza, dell'igiene e della salute dei lavoratori durante il lavoro rappresenta un obiettivo che non può dipendere da considerazioni di carattere puramente economico».

3. OSHA "Supporting compliance of occupational safety and health requirements – European Labour Inspection systems of sanctions and standardised measure" 2022;

4. Comitato degli Alti Responsabili dell'Ispettorato del lavoro (CARIP) "Principi comuni dell'ispezione del lavoro nel settore della salute e della sicurezza sul luogo del lavoro" – 2017; Committee of Senior Labour Inspectors (SLIC) "Opinion on future EU OSH Enforcement priorities contributing to a renewed EU OSH Strategy" – 2020; "EU

Labor Inspectorates: overview of data from Annex 1 to the National OSH Reports on L.I" – 2021. Si veda anche David Walters. "Labour inspection and health and safety in the EU" ETUI, The European Trade Union Institute. ETUI, The European Trade Union Institute, 05 Nov. 2020.

5. Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) "Linee guida sui principi generali delle ispezioni del lavoro" – 2019.

6. Nel 2012 l'EPSU (European Federation of Public Service Unions) nello studio "A mapping report on Labour Inspection Services in 15 European countries" attribuiva all'Italia il primo posto in termini di numero assoluto di ispettori (poco meno di 3.500) ed una posizione migliore rispetto agli altri paesi UE maggiormente industrializzati nel rapporto ispettori/lavoratori (1 per 6.000 circa). Il dato italiano però era riferito al personale del Ministero del Lavoro, senza individuazione del numero degli ispettori dedicati alla sicurezza del lavoro (una minoranza allora come oggi) e senza considerare i tecnici delle ASL.

Nesso di causalità tra l'esposizione sul lavoro e una malattia professionale in Olanda

Yvonne WATERMAN*

Mi è stato chiesto di spiegare come si può stabilire il nesso di casualità in sede legale in relazione a una malattia professionale data da un'esposizione sul luogo di lavoro a una sostanza pericolosa con particolare riferimento al paese in cui vivo, l'Olanda. Posso provare a farlo perché nel 2009 ho terminato un dottorato di ricerca sulla responsabilità comparata tra dipendenti e datori di lavoro per infortuni e malattie professionali. Questo argomento mi sta molto a cuore, infatti sto per riscrivere e aggiornare l'intera tesi di dottorato e rappresento due diverse attività: quella che svolgo quotidianamente come consulente legale dello studio Waterman per cui mi occupo in particolare di amianto e malattie professionali e la fondazione europea per l'amianto, la *European Asbestos Forum*, che rappresento e che fa parte di una rete globale relativa a qualsiasi controversia sull'amianto.

Come provare il nesso di casualità legale tra il lavoro e la malattia è una questione difficile da sempre. Globalmente si può dire che ci sono essenzialmente due sistemi di riferimento, uno è un sistema di liste ed elenchi, l'altro è un sistema che solitamente viene chiamato aperto.

Esaminiamo quindi il primo sistema che è facilmente spiegabile: fondamentalmente, il sistema delle liste è costituito da un elenco di malattie professionali riconosciute, che possono essere rivalutate in diversi periodi storici anche a distanza di pochi anni

e vengono combinate con una serie di requisiti: per esempio per stabilire il nesso di causalità un lavoratore deve aver contratto una malattia che è menzionata nell'elenco. Un altro requisito è che sia stato esposto per un certo periodo di tempo o deve aver lavorato in un determinato settore già sospetto per motivi occupazionali di creare nocività come malattie professionali e simili.

Molti paesi a livello globale hanno aderito alla Convenzione 121 dell'*International Labour Organization* (1964) sulle malattie professionali. L'Unione Europea accetta perciò un elenco di malattie professionali riconosciute e molti paesi utilizzano questi elenchi, ampliandoli come vogliono individualmente. Di solito questi elenchi dell'ILO e dell'EU sono visti come un elenco minimo. Il funzionamento di questo sistema è molto grossolano, a causa dei limiti di tempo che è possibile dedicare partendo dalle caselle amministrativo/burocratiche:

Il lavoratore che ha una certa malattia, è riconosciuto nell'elenco se:

1. ha lavorato un certo periodo di tempo sufficiente per contrarre una tale malattia;
2. ha lavorato o lavora in un settore classificato a rischio.

Se tutte le caselle sono spuntate, la conclusione è che si tratta di una malattia professionale e questa è considerata condizione sufficiente per il nesso di casualità in sede legale.

Con questo sistema, in poche parole,

*Avvocato specializzato in malattie professionali da amianto e European Asbestos Forum

il vantaggio è ovviamente che è molto facile aggiornare ed espandere le liste. Ad esempio il Belgio soddisfa la convenzione ILO 121 alla lettera e dall'inizio della primavera del 2020 è stato aggiunto anche il Covid-19 all'elenco delle malattie classificate, il che significa che per istanza gli operatori ospedalieri e tutti gli operatori sanitari che hanno contratto il Covid-19 durante l'attività lavorativa, hanno potuto ricevere un risarcimento perché questa nuova malattia è stata riconosciuta per loro di origine professionale. Ecco



quindi che la convenzione ILO 121 può essere adattata molto rapidamente ed è molto chiara a seconda che si rientri o non si rientri nella lista delle categorie riconosciute. Si può dire che sappiamo con un elevato grado di certezza quale sarà il risultato di una vertenza e c'è perciò pochissima "agitazione" in tutti i settori sociali coinvolti da insorgenze patologiche contratte sul posto di lavoro. Quindi lo schema ILO è veloce, accessibile, a buon mercato e sostenuta da un metodo abbastanza certo, facile da aggiornare che si inserisce in una Convenzione globale di cui molti Paesi già fanno parte in quanto stati membri.

Ora passo all'altro metodo utilizzato, quello del cosiddetto *sistema aperto*. Fondamentalmente questo sistema viene utilizzato dai Paesi che non fanno riferimento al sistema delle liste o lo applicano in aggiunta e integrazione

delle liste ILO. Il sistema aperto viene utilizzato per stabilire le responsabilità del datore di lavoro al fine di ottenere il risarcimento. Significa però che il lavoratore deve fornire prova della circostanza giuridica a cui si appella: la causalità tra l'esposizione sul luogo di lavoro e la sua malattia. Quindi, vediamo subito che questo pone un onere molto più grande per il lavoratore rispetto al sistema degli elenchi. Ora, anche se la causalità può essere certa o presunta, basta sostanzialmente anche solo un sospetto di casualità se sono soddisfatti determinati requisiti o prove. Quest'ultima condizione può variare molto a seconda del paese di appartenenza e della giurisprudenza locale. Se c'è un sospetto di casualità, ad esempio, ciò consentirà in genere al datore di lavoro di fornire una prova contraria a quella del dipendente.

Un perfetto esempio di questo sistema è quello del mio paese: i Paesi Bassi. Mi dispiace dover dire che non considero questo sistema, perfetto. Anzi, lo considero molto lontano dalla perfezione. Negli ultimi anni, a partire dal 2013 abbiamo avuto tre casi giudiziari sottoposti ad attenzione da parte della Corte Suprema dei Paesi Bassi. Questi tre casi stabiliscono una sorta di linee guida per questo sistema di giurisprudenza in materia di malattie professionali e l'esito sostanzialmente è riassumibile molto rapidamente nella constatazione che per i dipendenti è estremamente difficile ottenere il riconoscimento del danno, inoltre ci vogliono anni e anni: 15 se non anche 20 anni. Questa situazione è molto costosa per i lavoratori e l'esito dei contenziosi contro il datore di lavoro nei Paesi Bassi è sempre incerto.

Questa constatazione è quella che ha portato al mio studio, il quale dimostra che i lavoratori nel mio paese sono sempre meno propensi a un contenzioso e se lo fanno le loro possibilità di vincere la causa sono sempre più ridotte. Le cause di malattia professionale e contenzioso nei confronti dei datori di lavoro stanno scomparendo nel nulla a causa di una ridotta possi-

bilità di riuscita. Ovviamente questo è ingiusto: i lavoratori dovrebbero avere diritto a un risarcimento per malattie professionali.

Ora vediamo come si può soddisfare l'onere della prova di causalità tipico delle malattie professionali in un sistema aperto – fondamentalmente nell'ambito del contenzioso civile – non solo nei Paesi Bassi ma più in generale: devi avere una malattia e ovviamente deve esserci stata un'esposizione effettiva sul posto di lavoro, non un sospetto ma un'esposizione effettiva; ci deve essere causalità valida giuridicamente; ci deve essere un illecito che corrisponde a una violazione del dovere di diligenza del datore di lavoro; infine occorre procedere entro un certo lasso di tempo entro i termini di prescrizione di solito circa 20 o 30 anni dopo l'ultima esposizione. C'è una grande quantità di problemi, perché il lavoratore deve fornire prove di qualcosa che è accaduto 20 o 30 anni fa, e si può immaginare quanto questo può essere difficile.

Infine, siccome i Paesi Bassi sono un modello di applicazione del sistema aperto, approfondirò un po' di più i requisiti olandesi stabiliti dalla Corte Suprema, i quali richiedono che la causalità legale sia chiara e determinabile. Deve perciò essere evidente di quale tipo di malattia si sia verificata e deve esserci un grado di certezza rilevante in relazione alla causalità, ovvero sul fatto che la malattia sia stata causata molto probabilmente dall'esposizione sul posto di lavoro e non da altre cause. Quest'ultimo è uno degli ostacoli più importanti e sui quali il sistema olandese ha problemi se si hanno malattie di natura multi-causale, che possono ad esempio essere causate dal posto di lavoro ma anche dall'ambiente circostante o dalle condizioni esistenti in qualsiasi altro luogo diverso dal luogo di lavoro stesso. Lo stesso vale se invece sono vaghe per natura le cause della malattia, per esempio il mal di schiena che potrebbe essere causato dal lavoro ma anche dall'invecchiamento o da altre condi-

zioni di vita. Un'altra circostanza di patologia professionale molto difficile da determinare sono i disturbi psicologici correlati al mobbing lavorativo e casi simili. In tutti questi casi è molto difficile fornire l'onere della prova di causalità con un grado di certezza rilevante, non bastano nemmeno le dichiarazioni dei colleghi presenti in quel determinato luogo di lavoro.

Anche le malattie mono causali in un sistema così aperto possono essere difficili da dimostrare. Ad esempio, anche quando è chiaro che il datore di lavoro è venuto meno al suo lavoro di diligenza, anche se è evidente che il termine di prescrizione non è stato superato e anche se il datore di lavoro continua a negare un nesso di causalità con la malattia, non è chiaro come il nesso di causalità per l'insorgenza di un tumore possa essere determinato in base al periodo di esposizione all'amianto, specialmente nei casi in cui il lavoratore è stato soggetto a un'esposizione permanente all'amianto. Se si giunge alla conclusione che il nesso di causalità in senso giuridico per una malattia tumorale non possa essere chiaramente stabilito rispetto a un periodo lavorativo definito in un luogo di lavoro, immaginate le difficoltà se il periodo di esposizione su quel luogo di lavoro è durato per tutta la vita.

In conclusione, per tutelare la salute sui luoghi di lavoro si devono stabilire alcuni criteri che è importante tenere a mente nell'interesse dei lavoratori: in primo luogo che qualunque sistema si scelga, il metodo da usare dovrebbe essere ragionevolmente veloce, mentre oggi non si può parlare di accesso in tempi ragionevoli a un tribunale per avere un verdetto legale da un giudice. Dovrebbe risolversi tutto nel giro di pochi mesi o qualche anno e non in tempi lunghissimi come avviene ancora nei Paesi Bassi. I criteri inoltre dovrebbero essere alla portata di gestione del lavoratore, per permettere di agevolarlo in caso di ristrettezza economica e garantire il gratuito patrocinio.

Per una politica europea del farmaco al servizio del diritto alla salute

Di Angelo BARBATO*

Nel novembre del 2020 la Commissione Europea ha adottato i principi di una nuova strategia farmaceutica per l'Europa (Commissione Europea, 2020), con l'obiettivo di fornire le basi per l'approvazione di una direttiva e un regolamento in sostituzione della legislazione che tuttora regola il settore farmaceutico. Secondo la Commissione era necessario creare un quadro normativo che promuovesse la ricerca e la tecnologia per favorire l'accesso alle innovazioni terapeutiche tenendo conto delle carenze del mercato e delle lacune evidenziate dalla pandemia di Covid 19. Questo nuovo quadro normativo avrebbe dovuto affrontare alcuni problemi prioritari:

- garantire ai cittadini l'accesso ai farmaci a prezzi accessibili e dare risposte a bisogni sanitari non soddisfatti, ad esempio per quanto riguarda la resistenza agli antibiotici, i tumori e le malattie rare;
- favorire la competitività, la capacità di innovazione e la sostenibilità del comparto farmaceutico dell'Unione Europea, incentivando la produzione di medicinali di alta qualità, sicuri, efficaci e a basso impatto ambientale;
- migliorare i meccanismi di preparazione e risposta alle crisi, predisponendo catene di approvvigionamento diversificate e affidabili, in grado di affrontare le carenze di farmaci;
- assicurare una posizione forte dell'Unione Europea sulla scena mondiale, promuovendo standard

elevati in termini di qualità, efficacia e sicurezza.

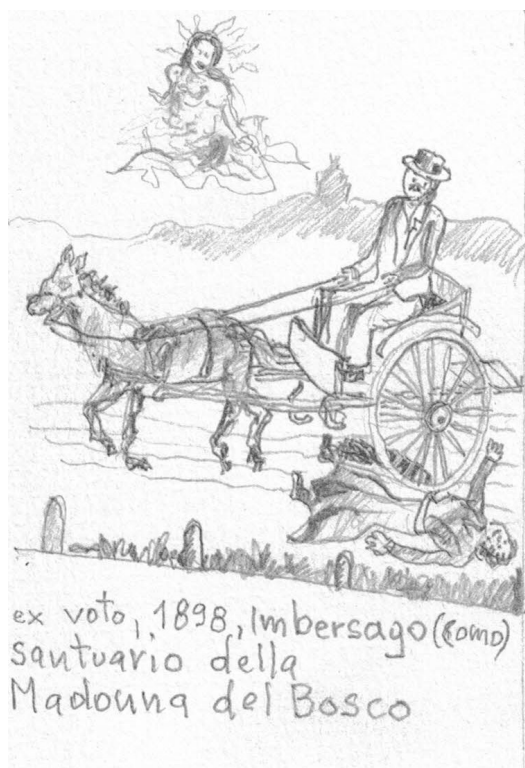
L'individuazione di questi problemi prioritari significava evidentemente che il sistema vigente non garantiva costi accessibili per i farmaci, non dava risposte a importanti bisogni di salute, non favoriva l'innovazione, non permetteva né lo sviluppo di farmaci di qualità né un'adeguata preparazione delle risposte alla crisi. Si trattava di questioni non da poco, che sembravano richiedere una profonda azione di riforma.

Successivamente alla pubblicazione della strategia, si è aperta una fase di consultazione pubblica, in cui sono stati sollecitati commenti, suggerimenti e indicazioni da parte di tutti i potenziali portatori di interessi. Hanno partecipato quasi 500 soggetti di vario tipo: istituzioni accademiche, agenzie sanitarie, industrie farmaceutiche, rappresentanti degli utenti, forze politiche e sindacali, organizzazioni di cittadinanza attiva, associazioni scientifiche e professionali, operatori socio-sanitari e anche semplici cittadini singolarmente. Questa fase si è svolta da marzo a dicembre del 2021 ed è stata seguita da ulteriori approfondimenti con indagini mirate, interviste e seminari tematici fino a marzo del 2022. Ai documenti inviati spontaneamente se ne sono aggiunti altri da parte del Gruppo di Lavoro sul futuro della scienza e tecnologia del Parlamento Europeo e successivamente sono stati commissionati due

** Forum
per il Diritto
alla salute*

studi sulla valutazione d'impatto delle varie proposte (European Parliament, 2023a).

A conclusione delle valutazioni di impatto gli esperti hanno individuato come soluzione realistica quella di basare la nuova direttiva su una combinazione tra una leggera riduzione per le aziende farmaceutiche dei diritti di esclusività derivanti dalla protezione brevettuale e una serie di incentivi per favorire comportamenti virtuosi garantendo un rafforzamento e un'estensione di questi diritti, permettendo anche il trasferimento



dell'esclusività da un farmaco a un altro, in cambio da parte delle aziende di una maggiore trasparenza sui finanziamenti pubblici ricevuti per la ricerca, della promozione studi clinici competitivi, dello sviluppo di nuovi farmaci verso settori dove c'era maggiore necessità di innovazioni, come il contrasto della resistenza agli antibiotici, i generici e i biosimilari, della riduzione dell'impatto ambientale dei farmaci. Venivano anche ritenuti utili un'accelerazione dei tempi per le autorizzazioni al commercio

dei farmaci, con una semplificazione delle procedure e una riduzione del carico burocratico. Era quindi evidente la scelta di consigliare l'introduzione di correttivi relativamente modesti anziché di un'ampia revisione delle regole che governavano il settore farmaceutico, come sembrava richiedere la strategia delineata nel 2020.

Accettando queste considerazioni, alla fine è stata approvata nell'Aprile 2023 la proposta di una direttiva da trasmettere al Parlamento (Commissione Europea, 2023). Benché sia stata definita come la più grande e ambiziosa riforma del settore farmaceutico degli ultimi venti anni (De Morpurgo e Landolfi, 2023), l'impianto complessivo non si discostava dalle conclusioni della valutazione d'impatto, riservando le innovazioni solo a una serie di aspetti specifici o settoriali. La durata standard dei diritti di esclusività veniva ridotta dagli attuali otto a sei anni. Di fatto però la durata effettiva è oggi dieci o undici anni, grazie a una serie di meccanismi aggiuntivi che entrano in vigore quasi sempre. Le nuove regole la porterebbero fino a dieci e a un massimo di dodici anni se vengono soddisfatte una serie di condizioni. Altre disposizioni riguardavano un ruolo maggiore dell'Agenzia Europea del Farmaco nel fornire un supporto scientifico e regolatorio per lo sviluppo di farmaci prioritari, farmaci orfani e per le malattie rare. Inoltre, le autorizzazioni all'immissione in commercio venivano accelerate, in particolare per i farmaci di maggiore interesse rivolti a bisogni di salute prioritari.

Apparentemente ci si avvicinava alla fine del percorso in cui le indicazioni tecniche dovevano lasciare il passo al dibattito politico. Invece nei mesi successivi il percorso è diventato complesso e contraddittorio. Infatti alla proposta elaborata dalla Commissione si sono sovrapposte altre due iniziative: un rapporto presentato nel Giugno 2023 dal Comitato speciale del Parlamento sulla pandemia

di Covid 19 contenente raccomandazioni derivanti dalle lezioni apprese da quel tragico evento (European Parliament, 2023b) e uno studio predisposto su richiesta del Gruppo di Lavoro sul futuro della scienza e tecnologia del Parlamento Europeo da alcuni ricercatori italiani, reso pubblico nell'Ottobre del 2023 (European Parliament 2023c). Questo studio esaminava l'effetto di diversi tipi di politiche regolatorie sulle innovazioni in campo farmacologico, cercando di conciliare i diritti di proprietà intellettuale che dovrebbero incentivare la ricerca delle innovazioni da parte delle aziende attraverso la garanzia della protezione brevettuale con la necessità di sostenere la salute pubblica con l'accesso ai farmaci a costi accessibili per la collettività.

Sia il rapporto sugli insegnamenti derivanti dal Covid che lo studio sulla relazione tra politiche regolatorie e salute pubblica, pur contenendo raccomandazioni rilevanti per la strategia farmaceutica, sembravano ignorare i contenuti della direttiva da poco approvata e davano particolare rilevanza all'unico documento – tra tutti quelli emersi da mesi di consultazioni e dibattiti – che approfondiva una proposta radicale di riforma dei meccanismi di governo del comparto farmaceutico. Si trattava del testo presentato alla Commissione nel Dicembre del 2021 da un gruppo di studio coordinato, nell'ambito del Forum Disuguaglianze e Diversità, da Massimo Florio, Professore di Economia Pubblica nel Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università di Milano (Florio, Pancotti, Prochazka, 2021). Un emendamento alla direttiva che includeva esplicitamente questa proposta era stato presentato da un gruppo di deputati socialisti, verdi, di sinistra e cinque stelle ma era stato respinto. Uno spiraglio sul tema si è tuttavia aperto includendo nella direttiva l'indicazione di dare maggiore indipendenza all'Autorità per la preparazione e la risposta alle

emergenze sanitarie, istituita nell'ambito del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, col compito di creare, coordinare e attuare un programma di sviluppo della produzione, dell'approvvigionamento, dello stoccaggio e della capacità di distribuzione di dispositivi medici prioritari per l'Unione Europea.

È un compromesso indubbiamente lontano dal progetto di Florio, che si basava su una serie di analisi che convergevano sulla sostanziale incapacità del sistema di sviluppo e produzione dei farmaci gestito dalle aziende farmaceutiche di fornire soluzioni innovative per raggiungere obiettivi rilevanti in termini di sanità pubblica nell'ambito di un rapporto costi/benefici accettabile (Mazzucato e Li, 2021). Per quanto riguarda l'Europa numerose indagini hanno mostrato lo scarso potenziale innovativo della maggior parte dei farmaci introdotti sul mercato. Su tutti i 996 nuovi farmaci approvati dall'Agenzia Europea del Farmaco negli ultimi dieci anni solo il 23% offriva reali vantaggi rispetto a quelli già esistenti (Prescrire, 2023). D'altro canto, per alcuni farmaci realmente innovativi le aziende negli ultimi tempi fissano prezzi molto elevati che li rendono poco sostenibili per gli acquirenti sia pubblici che privati (Juth et al, 2021). Quest'ultimo aspetto finora non ha suscitato grande interesse nell'opinione pubblica, in quanto ha riguardato farmaci di nicchia, destinati a pochi utenti affetti da malattie gravi ma poco diffuse. Ora però lo scenario sta cambiando. Ne è un esempio l'aspro dibattito suscitato dalla recente approvazione accelerata da parte della Food and Drug Administration per l'introduzione sul mercato statunitense del Lecanemab un anticorpo monoclonale di nuova concezione che dai dati resi disponibili sembra efficace nel ridurre in un certo numero di soggetti la progressione della malattia di Alzheimer. La Food and Drug Administration è stata criticata non solo perché sono stati sollevati

dubbi sulla qualità degli studi a sostegno della richiesta di approvazione, ma anche per il prezzo concordato con l'azienda produttrice di oltre 26.000 dollari per un anno di terapia, senza considerare i costi indotti del monitoraggio. Considerando che il farmaco va assunto per molti anni, numerosi critici hanno osservato che con un costo simile il trattamento sarebbe di fatto riservato a fasce di popolazione ad alto reddito (Bradshaw et al, 2024), a fronte di almeno sei milioni di potenziali fruitori di que-



sta terapia negli USA. Un caso che sembra ulteriormente confermare la subalternità delle agenzie regolatorie agli interessi dell'industria.

L'European Medicines Agency, nell'affrontare la richiesta dell'azienda produttrice di autorizzare il farmaco nell'Unione Europea, ha assunto per ora un atteggiamento prudente e ha respinto la richiesta ritenendo insufficienti le dimostrazioni di efficacia rispetto a rischi elevati di effetti collaterali. La questione però si riproporrà tra non molto in quanto probabilmente la richiesta verrà ripresentata. Se si tiene conto dei milioni di cittadini europei destinatari di questa terapia si capisce che il costo non è un aspetto trascurabile, ma investe un segmento importante di popola-

zione a cui sarà difficile fare accettare la rinuncia a curarsi per una malattia devastante. È presumibile che nel prossimo futuro problemi simili si porranno per altri prodotti in campo neurologico e oncologico.

In sostanza la ricerca farmacologica è minata da una contraddizione insanabile fra le priorità della scienza, della salute pubblica come bene comune e l'orientamento dell'industria alla realizzazione del profitto nel breve periodo. Questa contraddizione, secondo il progetto del Forum Disuguaglianze e Diversità, oltre a richiedere un approccio più aggressivo e coordinato dei governi europei nelle trattative con le aziende sui prezzi, va affrontata con una radicale scelta politica: una grande azienda pubblica europea che governi la filiera su cui si fonda l'intero ciclo del farmaco, a partire dalla ricerca indipendente, sia di base che clinica, fino allo sviluppo, alla produzione e alla distribuzione dei prodotti. Come aveva proposto Mazzucato, si tratta di scegliere il *market shaping* anziché il *market fixing*, cioè non di intervenire sul mercato attraverso una serie di regolazioni fatte di incentivi e correttivi, ma di modificare il mercato con l'intervento di un soggetto pubblico che attragga ricercatori di varie discipline e decida le sue priorità in base alle indicazioni della comunità scientifica, dei servizi sanitari pubblici e dei bisogni di salute della popolazione, riservandosi la proprietà intellettuale dei propri prodotti per metterli in commercio a prezzi calmierati e concedendo licenze e diritti di produzione ai paesi a basso reddito nel quadro di un'equa politica di cooperazione internazionale.

La fattibilità del progetto sarebbe garantita da un trattato istitutivo tra i governi dell'Unione Europea con l'allocatione di un bilancio annuo delle stesse dimensioni di quello del National Institute of Health degli USA, tra lo 0,1 e lo 0,2% del Prodotto Interno Lordo dell'Unione, che darebbe vita a una delle più grandi infrastrutture

pubbliche di ricerca biomedica del mondo e al tempo stesso a una grande impresa del settore, in grado di fare concorrenza in modo trasparente alle aziende multinazionali private. A livello produttivo potrebbe concentrarsi su ciò che il settore privato non fa o fa a prezzi insostenibili, sfidando e contrastando così l'oligopolio farmaceutico sul suo terreno, senza la necessità di ricorrere alla nazionalizzazione. (Florio e Iacovone, 2020).

Senza entrare in troppi dettagli del progetto, basti dire che si tratta evidentemente di un'impresa di ampio respiro, che richiede una volontà e una visione politica di alto livello. Sarebbe ingenuo sottovalutarne le difficoltà per la sua realizzazione, ma è significativo che sia il rapporto sulle lezioni apprese dall'esperienza della pandemia, sia lo studio sull'impatto delle politiche regolatorie sulla sanità pubblica vi facciano esplicito riferimento. Il rapporto sulle lezioni da trarre dalla pandemia tra le sue molteplici raccomandazioni chiedeva:

«Alla Commissione e agli Stati Membri di creare un'infrastruttura pubblica per la ricerca e lo sviluppo che operi su larga scala nell'interesse pubblico per la produzione di farmaci e dispositivi medici di importanza strategica per i servizi sanitari, in assenza di produzioni industriali esistenti e per sostenere l'Unione a superare i fallimenti del mercato, garantire la sicurezza nelle forniture dei farmaci evitando le situazioni di carenza e contribuendo a una maggiore preparazione nell'affrontare pericoli ed emergenze per la salute pubblica».

Lo studio sugli effetti delle politiche regolatorie sulla sanità pubblica prendeva in esame cinque opzioni possibili per migliorare la situazione insoddisfacente dell'Unione a questo riguardo. Una di queste opzioni era:

«L'istituzione di un'infrastruttura pubblica per la ricerca e lo sviluppo, focalizzata sui bisogni sanitari insoddisfatti per mettere in connessione gli investimenti in ricerca e sviluppo con le esigenze della sanità pubblica e

stimolare la disseminazione dei risultati delle ricerche. Questa infrastruttura pubblica potrebbe anche essere attiva nella conduzione di studi clinici controllati di superiorità e studi di riutilizzo».

Gli estensori del documento, pur dicendo che questa opzione rappresenterebbe una sfida in termini di tempi e capitali iniziali per la sua realizzazione, chiedevano che venisse presa, in tutto o in parte, in considerazione per il suo potenziale innovativo.

La partita non è dunque chiusa e la riforma del settore farmaceutico europeo deve ora passare all'esame del Consiglio e del Parlamento europeo usciti dalle recenti elezioni. È improbabile che venga approvata prima del 2025 e che diventi applicabile prima del 2027. Inoltre, la transizione al nuovo regime, qualunque esso sia, richiederà l'adozione di varie misure transitorie e attuative. È tuttavia una partita che vale la pena di affrontare per le forze progressiste e per tutti coloro che nella società civile si battono per la difesa e il rilancio della sanità pubblica in chiave europea. Nei programmi con cui i vari gruppi politici si sono presentati alle elezioni europee la proposta di creare un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci è citata, con varie sfumature, dai socialisti, dalla sinistra e dai verdi, ma trova anche una rispondenza in alcuni settori dei popolari.

D'altronde l'importanza di questo progetto è stata compresa rapidamente da chi vuole avversarlo. La Federazione Europea delle Industrie Farmaceutiche ha inviato alla commissione un documento molto critico su qualunque decisione che metta in discussione, anche in modo limitato e parziale, i meccanismi brevettuali e gli incentivi per le aziende (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, 2023) e ha trovato una sponda in esponenti dei partiti di centrodestra tra i parlamentari europei, che nell'Ottobre dello scorso anno avevano ottenuto la rimozione dal sito del Parlamento dello studio

“Improving public access to medicines while promoting pharmaceutical innovation”, che conteneva la valutazione positiva della proposta di Florio, col pretesto che non era stato discusso. Una serie di proteste provenienti da ricercatori, esperti di sanità pubblica, organizzazioni della società civile e parlamentari ha ottenuto l’an-

nullamento di questa decisione e lo studio è stato rimesso sul sito, in una versione che conteneva anche le obiezioni di alcuni politici conservatori e le repliche degli autori.

Bisognerà seguire con attenzione tutti gli sviluppi in tal senso del dibattito europeo. È una sfida a cui non dobbiamo sottrarci.

Referenze bibliografiche

- Commissione Europea (2020). Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni. Strategia farmaceutica per l'Europa.
- European Parliament (2023a), Initial Appraisal of a European Commission Impact Assessment. Revision of the EU pharmaceutical legislation.
- Commissione Europea (2023). Proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio recante un codice dell'Unione relativo ai medicinali per uso umano e che abroga le direttive 2001/83/CE e 2009/35/CE, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:52023PC0192>.
- M. de Morspurgo, N. Landolfi (2023). UE: in arrivo nuove regole per l'industria farmaceutica, NT+Diritto, 5.6.2023.
- European Parliament (2023b) Report on the COVID-19 pandemic: lessons learned and recommendations for the future (2022/2076(INI)), https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0282_EN.html
- European Parliament (2023b). Initial Appraisal of a European Commission Impact Assessment. Revision of the EU pharmaceutical legislation, <https://www.adepp.info/2023/10/verso-la-revisione-della-legislazione-sui-farmaci-nellue/>
- M. Florio, C. Pancotti, D.A. Prochazka (2021) European pharmaceutical research and development. Could public infrastructure overcome market failures? EPRS |

European Parliamentary Research Service, Scientific Foresight Unit (STOA), ISBN 978-92-846-8722-0 | doi:10.2861/72339 | QA-07-21-063-EN-N.

- M. Mazzucato, H. L. Li (2021). A market shaping approach for the biopharmaceutical industry: governing innovation towards the public interest. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 49, 39-49.
- Prescrire's ratings of new drugs in 2022: a brief review (2023). *Prescrire International*, 247, 99-101.
- N. Juth, M. Henriksson, E. Gustavsson, E., L. Sandman, L. (2021). Should we accept a higher cost per health improvement for orphan drugs? A review and analysis of egalitarian arguments. *Bioethics*, 35, 307-314.
- A.C. Bradshaw, J. Georges, & Alzheimer Europe Board (2024). Anti-Amyloid Therapies for Alzheimer's Disease: An Alzheimer Europe Position Paper and Call to Action. *Journal of Prevention of Alzheimers Disease* 11, 265-273.
- M. Florio, L. Iacovone, (2020). Pandemie e ricerca farmaceutica: la proposta di una infrastruttura pubblica europea (parte prima e parte seconda), *Menabò di Etica ed Economia*, 126-127.
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2023). Revision of the General Pharmaceutical Legislation: Impact Assessment of European Commission and EFPIA proposals. <https://www.efpia.eu/media/zcwist01/revision-of-the-general-pharmaceutical-legislation-impact-assessment-of-european-commission-and-efpia-proposals.pdf>

Farmaci, vaccini e brevetti. Big Pharma detta la linea, la politica esegue

Di Vittorio AGNOLETTO*

PER FAVORE, RITIRATE IL MIO VACCINO!

AstraZeneca ha riconosciuto in una causa in corso nel Regno Unito che il suo vaccino contro il Covid-19 può causare “in casi molto rari” un effetto collaterale noto come *Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome*, sindrome da trombosi con trombocitopenia (Tts).

La notizia è stata diffusa nel mese di aprile dal *Telegraph* citando un documento legale depositato da AstraZeneca presso l'Alta Corte britannica lo scorso febbraio. La Tts può provocare coaguli di sangue e un basso numero di piastrine nel sangue. Nel Regno Unito contro AstraZeneca sta per essere organizzata una *class action*, nella quale il vaccino per il Covid-19 realizzato con l'Università di Oxford sarebbe ritenuto responsabile di aver causato, in alcuni casi, morte e lesioni gravi, da qui la richiesta di risarcimenti milionari.

AstraZeneca ha anche chiesto a EMA, l'Agenzia Europea per i Medicinali, di revocare l'autorizzazione alla commercializzazione del suo vaccino che è stata accordata a partire dal 7 maggio. Contemporaneamente l'azienda ha annunciato di ritirare il suo vaccino in tutta la regione europea, motivando questa decisione con la disponibilità attuale di prodotti più aggiornati e quindi più efficaci. È probabile che su questa decisione abbia anche influito lo spettro della *class action*; la revoca alla commer-

cializzazione da parte di EMA potrebbe autorizzare AstraZeneca a non dover più fornire dati sulla sicurezza del proprio vaccino.

Nel 2023 AstraZeneca ha raggiunto i 45 miliardi di ricavi, ed il suo bilancio ha risentito molto meno di quello delle altre multinazionali produttrici di vaccini contro il Covid-19 che, dopo i guadagni miliardari dei due anni precedenti, hanno visto fortemente ridursi i propri ricavi, ad es. quelli della Pfizer sono passati da 100,3 miliardi di dollari del 2022 ai 58,5 miliardi del 2023.

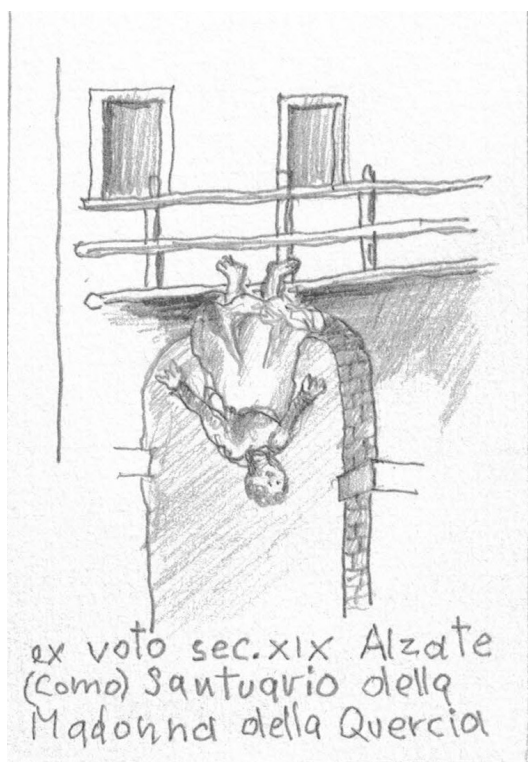
I ricavi di AstraZeneca provengono da un'ampia diversificazione dei prodotti, il 40% dall'oncologia con un incremento del 21%, il 23% dalla cardiologia con un +18%, ed altri importanti ricavi arrivano dalle malattie respiratorie, dall'immunologia e dalle malattie rare; l'insieme di queste entrate ha ampiamente riequilibrato la diminuzione del 71%, sul 2022, registrato nel settore dei vaccini. (1)

L'azienda di Oxford liberatasi del vaccino, ormai diventato un peso inutile anche in termini d'immagine, ha annunciato un piano di sviluppo estremamente ambizioso che ha come obiettivo raggiungere un ricavo di 80 miliardi nel 2030 con una crescita del 75% sul 2023. (2)

D'altra parte, chiusa, per ora, la parentesi della pandemia da Covid, Big Pharma torna ad investire in ambiti che costituiscono abitualmente i settori più ampi e remunerativi, quali:

* medico,
insegna
Globalizzazione
e Politiche
della Salute”
all'Università
degli Studi
di Milano,
Medicina
Democratica

l'oncologia, la cardiologia, le patologie renali e le malattie respiratorie che insieme costituiscono un mercato che si avvicina ai 500 miliardi di dollari. La ricerca sui vaccini non è mai stata la priorità del settore privato. Ne è la prova la polemica più volte sollevata negli scorsi decenni, da UNAIDS, l'agenzia dell'ONU per la lotta all'AIDS, nei confronti delle grandi multinazionali del farmaco accusate di non investire nella ricerca dei vaccini contro l'HIV, ed infatti in quest'ambito i trial di ricerca sono sostenuti in gran parte da fondi pubblici e da fondazioni.



Più recentemente, nel 2020, due associazioni, Global Health Advocates e Corporate Europe Observatory, hanno accusato Big Pharma di non aver condiviso, nel 2017, l'invito delle istituzioni europee ad impegnarsi nella ricerca di vaccini contro alcuni agenti infettivi, tra i quali il coronavirus. Questo progetto avrebbe dovuto essere sostenuto dall'IMI (Iniziativa sui Farmaci Innovativi), un partenariato pubblico-privato che dovrebbe favorire la ricerca farmaceutica su prodot-

ti di interesse prioritario per la salute pubblica; ai vertici dell'IMI vi sono rappresentanti della Commissione Europea e della Federazione Europea delle industrie del settore ed il budget deriva sia da finanziamenti pubblici che privati. (3)

I TRIAL CLINICI E IL RUOLO DI EMA

Nel frattempo, pur tra forti e diffuse reticenze, le pubblicazioni scientifiche – tra le quali uno studio pubblicato sulla rivista *Vaccine* (4) nel quale sono stati analizzati i dati del Global Vaccine Data Network (che include 99 milioni di persone vaccinate in otto Paesi diversi), documentano gli effetti collaterali anche dei vaccini a mRNA, quali quelli prodotti da Moderna e Pfizer.

Le informazioni sugli effetti collaterali di farmaci e vaccini sono di estrema importanza e come più volte sottolineato anche dal prof. Silvio Garattini, in Italia sarebbe importante passare dall'attuale sistema basato sulla segnalazione fatta dal singolo cittadino (pratica non semplicissima e che comporta una forte sottovalutazione degli eventi avversi), ad un sistema di sorveglianza sanitaria su un'ampia coorte di soggetti sottoposti a vaccinazione (o all'uso di un farmaco) e attivamente controllati per alcuni anni da una commissione indipendente sotto la supervisione dell'AIFA (l'Agenzia Italiana del Farmaco).

La conoscenza degli effetti collaterali e degli eventi avversi e della loro gravità e frequenza, analizzate per i diversi campioni della popolazione, permetterebbe una approfondita valutazione del rapporto rischi/benefici per le differenti fasce di popolazione selezionate in base a età, condizioni di salute e via dicendo.

Ad oggi questi studi sono affidati alle stesse aziende produttrici che devono (*dovrebbero*) consegnare i risultati a EMA e alla FDA (l'equivalente statunitense di EMA), cosa che non sempre avviene e soprattutto non nelle modalità e nei tempi stabiliti.

Il silenzio su questo argomento da parte delle autorità politiche e sanitarie è un ulteriore esempio della condiscendenza di costoro verso il potere di Big Pharma.

Investigate Europe è un gruppo transfrontaliero di una ventina di giornalisti d'inchiesta, editori e redattori. I loro reportage fanno luce su storie inedite, istituzioni senza freni e strutture segrete che plasmano il continente europeo.

A metà giugno hanno pubblicato l'inchiesta "Prezzi mortali. Big Pharma alimenta le disuguaglianze in Europa" (5), cinque articoli che affrontano alcuni dei temi più scottanti (e più nascosti) che ruotano attorno all'industria farmaceutica: gli accordi confidenziali e le terapie irraggiungibili per milioni di persone; il sistema segreto degli accordi sul prezzo dei farmaci e le porte girevoli tra l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) e il mondo del business. Nell'inchiesta i giornalisti parlano anche di come viene sacrificata la salute del paziente, dei finanziamenti di EMA e di un farmaco ritirato in Germania e Francia ma ancora prescrivibile e rimborsabile in Italia.

L'intreccio tra EMA e l'industria farmaceutica è estremamente stretto e si sviluppa a diversi livelli: uno è quello rappresentato dalle porte girevoli, dirigenti d'aziende del settore che arrivano ai vertici dell'Agenzia, come d'altra parte ex membri del Chmp, il Comitato per i medicinali per uso umano, *"la scatola nera di EMA, che decide vita e morte di un farmaco in Europa"* diventano collaboratori dell'industria farmaceutica. È il caso di *"Thomas Lonngren, lo svedese che aveva creato una propria società di consulenza, una volta lasciata la direzione del Chmp"* Non è un caso isolato, come ha scoperto Investigate Europe *"...alla fine del 2019 un altro svedese, presidente del comitato di esperti dell'EMA, ha fondato una propria società di consulenza per l'industria farmaceutica. Solo tre mesi dopo aver lasciato il suo incarico.*

Thomas Salmonson, farmacologo,

è stato presidente del Chmp per sei anni fino a settembre 2018. Tre mesi dopo ha aperto la società di consulenza Consilium Sweden AB con l'amico Robert Hemmings, uno statistico britannico, ex membro del Chmp e presidente di un comitato di consulenza scientifica presso EMA". (6)

L'altro aspetto che lega EMA a Big Pharma *"è la totale dipendenza di EMA dall'industria: nel 2022, l'86% del budget di EMA proveniva dalle aziende farmaceutiche. Negli USA il 65%. Le aziende farmaceutiche pagano sia per gli studi clinici che per le procedure di autorizzazione.*

Prima non era così. Quando EMA è stata fondata nel 1995, solo il 20% del suo budget proveniva dall'industria, il resto era pagato dal bilancio comunitario. Quest'anno si prevede che oltre il 90% sarà pagato dall'industria. L'impresa versa attorno ai 450 mila euro per una nuova domanda e s'incarica di portare avanti gli studi clinici. EMA valuta se l'efficienza supera gli effetti collaterali". (7)

EMA inoltre lavora sui dati forniti dalle aziende senza avere la possibilità di produrre autonomamente degli studi per verificare quanto affermato dai produttori del medicinale.

Un dossier, quello di Investigate Europe da leggere e divulgare per comprendere gli intrecci che trasformano la nostra salute in un enorme profitto per ristretti gruppi di potere, che beneficiano di forti legami con governi e istituzioni.

Quegli stessi centri di potere contro i quali, durante la pandemia, abbiamo realizzato la campagna **"Nessun profitto sulla pandemia"** (8) e che oggi fanno di tutto per impedire la realizzazione di un'azienda farmaceutica pubblica. (9)

L'ITALIA È LA PRIMA DELLA CLASSE A FIANCO DI BIG PHARMA

C'è un fatto specifico che riguarda il nostro Paese e che apre interrogativi estremamente gravi sul rapporto tra il mondo politico e il potere delle azien-

de farmaceutiche. Mentre in tutto il mondo si sviluppava un ampio movimento per ottenere la sospensione temporanea, per tre anni, dei brevetti sui vaccini per il Covid-19, in Italia, con una decisione dell'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi, che dipende dal Ministero dello Sviluppo Economico allora guidato dal ministro Giancarlo Giorgetti, veniva prolungata ulteriormente, per un periodo tra i tre anni e mezzo e i cinque anni, la durata di alcuni brevetti connessi ai vaccini AstraZeneca, Pfizer e Moderna. Gli accordi Trips sulla proprietà intellettuale, definiti all'interno dell'Organizzazione Mondiale del Commercio, stabiliscono in vent'anni la durata del brevetto e autorizzano i singoli Paesi a concedere, un ulteriore periodo di copertura brevettuale che può arrivare al massimo ai cinque anni. Una possibilità riservata a casi particolari e motivati, ad esempio quando venga dimostrato che i tempi per l'autorizzazione e la commercializzazione si sono prolungati nel tempo. Non è certamente quello che si è verificato nel caso in discussione.

Quanto accaduto è stato scoperto e segnalato dal professor Lorenzo Cassi, associato in economia alla Sorbona, Università Parigi 1 e ne abbiamo dato notizia a "37 e 2" la trasmissione di Radio Popolare sulla sanità, sostenuta da Medicina Democratica. Ma la nostra denuncia mediatica è stata totalmente ignorata. (10)

Eppure, è di grande rilevanza, anche perché abbiamo saputo che una eguale richiesta di proroga di alcuni brevetti utilizzati per i vaccini Covid-19 era stata presentata in Francia ed era stata respinta, mentre in Spagna e in Inghilterra non era stata assunta ancora nessuna decisione. Gli unici Paesi che avevano accettato le richieste delle aziende erano la Germania, che ha un interesse diretto perché BioNTech è un'azienda tedesca fortemente finanziata dal governo e partner di Pfizer nella produzione del vaccino e la Svizzera che è la casa madre, per così dire, delle industrie farmaceutiche.

I vaccini e i farmaci hanno nella loro "pancia" diversi brevetti, alcuni "di prodotto" altri di "procedimento" relativi alle metodiche che sono state utilizzate, quindi, possono essere molto precedenti alla commercializzazione di un farmaco e di un vaccino. Nel caso che stiamo trattando i vaccini di Pfizer e di Moderna avevano, tra gli altri, un brevetto del 2002 che sarebbe scaduto dopo 20 anni, nel 2022, da quel momento il procedimento sarebbe stato a disposizione di qualunque altra azienda pubblica o privata. La domanda di proroga è stata depositata il 22 febbraio 2021 e la risposta è arrivata il 18 marzo del 2021. L'Ufficio Italiano Brevetti e Marchi non ha impiegato neanche un mese a decidere su una questione che in genere richiede tempi di valutazione molto lunghi.

Il 29 giugno 2021 anche AstraZeneca ha chiesto la proroga per un proprio brevetto, ma la cui copertura non era in scadenza, tant'è vero che è stato prolungato di circa tre anni fino al 2036.

Diverse sono le domande che esigerebbero risposte precise, mi limito a citarne alcune: per quali ragioni l'Italia ha accolto le richieste di proroga? Perché AstraZeneca, anche quando il brevetto è ben lontano dall'essere in scadenza, si precipita all'ufficio brevetti a chiedere una proroga che ottiene senza difficoltà? Che ruolo ha avuto il Ministro dello Sviluppo Economico? È credibile che in pieno periodo pandemico il Presidente del Consiglio, e il Ministro della Sanità non sapessero nulla di tutto questo? Non credo proprio.

DA "NESSUN PROFITTO SULLA PANDEMIA"...

È notizia risaputa che la fase conclusiva della trattativa per i vaccini è stata condotta direttamente dalla Presidente della Commissione Europea attraverso uno scambio di messaggi telefonici con l'amministratore delegato della Pfizer con modalità totalmente estranee alla trasparenza che

dovrebbe essere garantita agli accordi economici stipulati da soggetti istituzionali che ci rappresentano e che utilizzano soldi di tutti noi.

Meno conosciuto è un altro aspetto emerso recentemente e tutt'altro che irrilevante. Mentre la Presidente della Commissione Europea negoziava l'acquisto di 900 milioni di dosi di vaccini, la Pfizer era a conoscenza di alcuni dati che mostravano come l'efficacia del vaccino diminuiva velocemente dopo poche settimane. Queste informazioni avrebbero potuto e dovuto modificare la strategia commerciale della Commissione Europea, ad iniziare dal prezzo d'acquisto per un vaccino con una potenza minore di quella che era stata rappresentata precedentemente e che avrebbe richiesto ulteriori e ravvicinati richiami. Ma queste informazioni furono comunicate con grande ritardo alla Commissione Europea, che per altro non ritenne necessario né modificare la propria strategia di acquisto, né esigere una ridiscussione dei prezzi concordati.

Riavvolgiamo il nastro, torniamo all'ottobre del 2020 quando Sudafrica e India hanno presentato all'Organizzazione Mondiale del Commercio la richiesta di una sospensione per tre anni dei brevetti sui vaccini e sui kit diagnostici con l'obiettivo di aumentare la produzione e di diminuire fortemente i prezzi. Secondo l'OMS, oltre ai Paesi occidentali, anche India, Sudafrica, Brasile, Corea del Sud e perfino il Bangladesh sarebbero stati in grado di produrre i vaccini contro il Covid. La proposta avanzata da Sudafrica e India ha raccolto in poco tempo il sostegno di altri cento Paesi, di Papa Francesco, di oltre cento premi Nobel ed ex capi di Stato, ma si è scontrata con l'opposizione di Unione Europea, Gran Bretagna, Stati Uniti, Australia, Svizzera, Singapore e Giappone.

L'Unione Europea, con il deciso sostegno di Germania, Francia e Italia è stata la principale avversaria della moratoria, bloccando qualunque trat-

tativa. Nel giugno 2022, dopo oltre un anno e mezzo dalla proposta di India e Sudafrica, La 12° Conferenza Interministeriale dell'OMC si è chiusa con una dichiarazione tanto amplificata dai media *mainstream* occidentali quanto totalmente priva di qualunque possibile conseguenza concreta; infatti, i brevetti non sono stati minimamente messi in discussione, l'unica concessione è stata quella di inserire alcune facilitazioni sull'uso delle "licenze obbligatorie". Un meccanismo tecnico complicatissimo, che autorizza un Paese a produrre vaccini (o farmaci) sotto brevetto, ma pagando comunque un prezzo salato alle aziende produttrici e dovendo adattarsi a criteri e regole impossibili da rispettare. Un meccanismo che non è stato mai possibile utilizzare.

Nulla di nuovo quindi all'orizzonte; la situazione non è stata modificata e il monopolio delle aziende produttrici non è stato scalfito.

La discussione dentro l'OMC è proseguita fino alla 13° riunione interministeriale che si è svolta dal 26 febbraio ai primi di marzo del 2024 ad Abu Dhabi negli Emirati Arabi Uniti, dove la vicenda si è definitivamente (almeno per ora) conclusa con un nulla di fatto e con accuse molto pesanti rivolte dai Paesi del sud del mondo alle nazioni occidentali. Big Pharma ha vinto: rimangono i brevetti su farmaci, vaccini e kit diagnostici.

...A UN'AZIENDA FARMACEUTICA PUBBLICA

In contrasto con la posizione della Commissione, il Parlamento Europeo non solo ha, per ben due volte, votato per trovare un accordo con le posizioni di India e Sudafrica, rimanendo del tutto inascoltato (il suo voto, infatti, non è vincolante), ma ha anche finanziato una ricerca condotta da un gruppo di esperti, presieduto dal professor Massimo Florio dell'Università degli Studi di Milano, per verificare la sostenibilità economica di un'azienda del farmaco pubblica, a dimensione europea, in grado di sviluppare

ricerche e di produrre medicinali e vaccini. Il prof. Florio ed il suo gruppo hanno terminato il loro lavoro nel settembre del 2023 presentando a Bruxelles una relazione di fattibilità, dalla quale emergeva la possibilità concreta di raggiungere l'obiettivo attraverso un finanziamento annuale pari a quello che viene destinato ogni dodici mesi all'Agenzia Spaziale Europea. Questa concreta possibilità ha immediatamente provocato la reazione della Commissione Europea, dei gruppi parlamentari della destra e ovviamente di Big Pharma. L'obiettivo è indubbiamente difficile da raggiungere, gli interessi in gioco sono incommensurabili, ma la pandemia ha reso a tutti evidente l'importanza che l'umanità si riappropri del

diritto universale alla cura, nei fatti, non a parole. Questo deve diventare uno dei principali obiettivi delle lotte sociali di questi anni per evitare, in un prossimo futuro, di ritrovarsi di fronte ad una nuova possibile pandemia in una situazione uguale e anzi forse peggiore di quella che abbiamo appena passato.

Con un'avvertenza, forse ovvia, ma che è bene ricordare: la battaglia per il diritto alla cura e per la modifica sostanziale delle regole sui brevetti ha un valore globale e va ben oltre la discussione sull'efficacia e la sicurezza di singoli vaccini e farmaci, con la consapevolezza che sottraendo alla legge del profitto la produzione di farmaci e vaccini, la trasparenza e la sicurezza sono destinate ad aumentare.

Note

1. "Farmaceutici sotto pressione post Covid Pesa l'incognita dei brevetti in scadenza". Monica D'Ascenzo. Il Sole 24 Ore domenica 18 febbraio 2024 – N.48
2. "AstraZeneca presenta un piano ambizioso di crescita entro il 2030" Corriere Nazionale 29.05.2024 <https://www.corrierenazionale.it/2024/05/29/astrazeneca-presenta-un-piano-ambizioso-di-crescita-entro-il-2030/>
3. "Big Pharma tre anni fa ha rifiutato la proposta Ue di sviluppare i vaccini coronavirus" Il Sole 24 Ore 25 maggio 2020 <https://www.ilsole24ore.com/art/big-pharma-tre-anni-fa-ha-rifiutato-proposta-ue-sviluppare-vaccini-coronavirus-ADRcE2S>
4. "Covid-10 vaccines and adverse events of special interest. A multinational Global Vaccine Data Network (GVDN) cohort study of 99 million vaccinated individuals" in Science Direct April 2024, 2200-2211 - https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X24001270?via=ihub&utm_source=substack&utm_medium=email
5. https://www.investigate-europe.eu/it/themes/health?utm_source=substack&utm_medium=email
6. "Porte girevoli tra le aziende e l'Agenzia UE: affari & conflitti" Investigate Europe <https://www.investigate-europe.eu/it/posts/porte-girevoli-tra-le-aziende-e-lagenzia-ue-affari--conflitti>
7. "Studi clinici di EMA: sacrificata la salute dei pazienti" – Investigate Europe <https://www.investigate-europe.eu/it/posts/studi-clinici-di-ema-cos-viene-sacrificata-la-salute-dei-pazienti>
8. "Nessun profitto sulla pandemia. Tutti hanno diritto alla protezione dal Covid-19" https://noprofitonpandemic.eu/it/?utm_source=substack&utm_medium=email
9. LA RICERCA SULLA SALUTE COME BENE COMUNE: UNA INFRASTRUTTURA PUBBLICA EUROPEA PER VACCINI, FARMACI E INNOVAZIONE BIOMEDICA https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2022/07/Appello_definitivoCompleto_ItEn_firme_13-07.pdf?utm_source=substack&utm_medium=email
10. L'Italia proroga i brevetti sui vaccini Covid "37e2" puntata del 11/2/2022 dal min. 2,49. <https://www.radiopopolare.it/?s=37e2>

L'Agenzia Europea dei Farmaci (European Medicines Agency) è stata fondata nel 1995 e dal 2019 ha quale sede Amsterdam ha il principale scopo dichiarato di valutare i farmaci per l'uomo e gli animali fornendo ai Paesi aderenti alla UE informazioni indipendenti e basate su standard scientifici.

Col tempo ha ampliato il suo mandato assumendo la responsabilità sul controllo dei prodotti medicinali in alcuni comparti: malattie rare, a base di erbe, farmaci per bambini e terapie avanzate.

Nel 2012 è stato istituito il Comitato di farmacovigilanza e valutazione dei rischi e dal 2014 il comitato scientifico è aperto alla partecipazione di rappresentanti dei pazienti nell'ambito delle discussioni dei rapporti rischi/benefici, dal 2015 mette a disposizione pubblicamente i dati clinici alla base dei processi decisionali, di livello europeo, sui medicinali.

La prima direttiva europea relativa ai farmaci risale al 1965 a partire dall'obbligo di autorizzazione per la immissione sul mercato di un farmaco e le indicazioni in etichetta, comuni per tutti i paesi.

Nella prima direttiva si afferma che "L'autorizzazione non pregiudica la responsabilità civile e penale del fabbricante e, se del caso, quella del responsabile della immissione in commercio". Principio messo in discussione dalle case farmaceutiche e "sospeso" dalla Commissione UE nel caso della introduzione dei vaccini per il coronavirus.

Sempre in tema di tutela della salute e funzioni della UE ricordiamo che dal 2021 è costituita l'HERA l'Autorità Europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie, braccio operativo della Commissione UE su questi temi. La sua responsabilità è quella di garantire la capacità di risposta europea alle minacce alla salute comprensive della gestione di crisi (inclusa la disponibilità e accessibilità alle contromisure mediche), la cooperazione internazionale, il finanziamento di interventi per rafforzare la capacità preventiva e di risposta dei paesi della UE.

È invece attivo dal 2005 l'ECDC (Centro Europea sulla prevenzione e controllo delle malattie) con sede a Stoccolma e con il compito scientifico di raccogliere, analizzare e condividere dati sulle malattie infettive di ogni genere, la resistenza antimicrobica e le vaccinazioni. Gli esperti dell'ECDC valutano i rischi per l'Europa e forniscono orientamenti per aiutare i paesi a prevenire e rispondere alle epidemie e alle minacce per la salute pubblica.

La “Carta di Ancona”

Campagna “Not On My Body”

La campagna “NOT ON MY BODY”, strumento e l(u)ogo con cui varie realtà hanno contestato il G7 Salute ad Ancona, non ha lavorato solamente sull’aspetto sanitario e sull’approccio commerciale, neoliberista e riduzionista alla salute dei governi, ma ha toccato varie tematiche, declinando la salute in una pluralità di piani ad essa collegati.

Le iniziative messe in campo contro il G7 salute dalla campagna “NOT ON MY BODY” sono riuscite a mettere al centro del dibattito pubblico un altro discorso sulla salute, innanzitutto declinandolo su un piano conflittuale. Discorso sulla salute che non può prescindere dal tener dentro le questioni ambientali, delle politiche di genere, quelle repressive e securitarie, discorso che non può ignorare il genocidio ai danni del popolo palestinese che vede la complicità proprio dei “7 grandi” che hanno raggiunto il capoluogo marchigiano.

Con la “Carta di Ancona” la campagna si dota di un documento che riassume contenuti e rivendicazioni legati a queste tematiche, emersi nel corso delle settimane di mobilitazione.

LA SALUTE NON È UNA MERCE

Le realtà che hanno partecipato alla campagna “NOT ON MY BODY”, riunite in assemblea l’11 ottobre 2024, assumono integralmente i 16 punti della piattaforma della RETE NAZIONALE SALUTE E SANITÀ:

- 1.** Riorganizzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) laico, umanizzato e interamente a controllo e gestione pubblica, partecipata, democratica e popolare.
- 2.** Ridefinizione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non più basato su principi di aziendalizzazione e privatizzazione ma con la generazione diretta di servizi.
- 3.** Adeguato incremento del finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale con destinazione esclusivamente al Servizio Sanitario Nazionale di diritto pubblico,

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

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

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

7. Potenziare la rete dei consultori, secondo la L.405/75, che devono essere laici, gratuiti, aperti alle esigenze di salute e benessere delle donne e delle

libere soggettività, senza discriminazioni di genere, età, fragilità, etnia, cultura, religione, classe, garantendo l'attuazione del diritto all'aborto, la promozione della contraccezione gratuita e la somministrazione della RU486 per l'IVG. Precludere l'accesso degli obiettori nel SSN pubblico.

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

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

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

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

12. Rifiuto di ogni Autonomia Regionale Differenziata.

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

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

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

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

DOVE C'È PROFITTO NON C'È SALUTE

In Europa, nonostante i differenti modelli sanitari, le mobilitazioni convergono su temi comuni: finanziamento pubblico adeguato, accesso universale alle cure, democrazia sanitaria e lotta contro le derive commerciali. Queste lotte portate avanti anche separatamente in ogni Paese, per le diverse peculiarità, culminano ormai da diversi anni nella giornata europea del 7 aprile contro la commercializzazione della salute, evidenziando come privatizzazione e mercificazione vadano sempre a negare il diritto alla salute. Argomento centrale in questo senso è quello legato ai brevetti, punto di caduta su cui si concentrano tutte le politiche legate al profitto sulla salute, con stati e governi completamente prони alle richieste delle multinazionali farmaceutiche e delle *big pharma*.

Le nuove regole di austerità concordate e sottoscritte dai governi europei aggravano questa tendenza, rendendo cruciale la difesa di un servizio sanitario nazionale pubblico, solidale e accessibile a tutti. Ogni campagna che lotta sul tema della salute deve pretendere che vengano anteposte le persone al profitto e pretendere che vengano garantite cure di qualità come diritto fondamentale.

L'UNICO GENERE DI SALUTE: SERVIZI E DIRITTI GARANTITI

La salute è una componente fondamentale della nostra vita. L'Organizzazione mondiale della sanità la definisce "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia. Implica quindi che le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura, la possibilità di riprodursi, la libertà di decidere se e quando farlo" (OMS 1994).

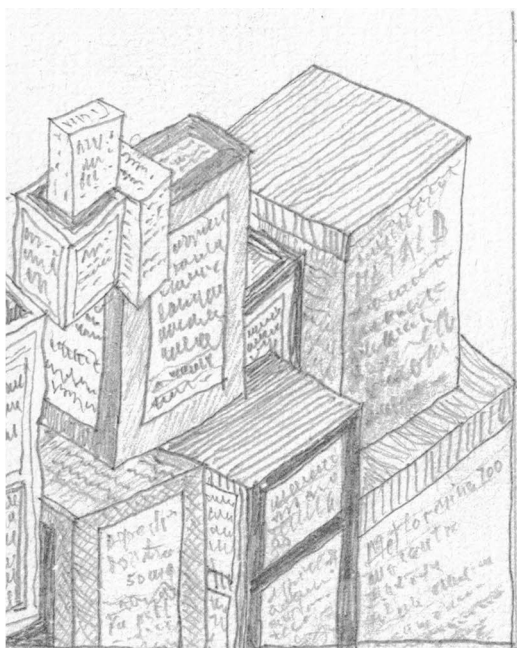
Il nostro concetto di salute richiede politiche orientate alla diffusione del benessere e al contrasto delle disuguaglianze sociali.

IL CONSULTORIO è un luogo fonda-

mentale della medicina del territorio e di genere, che contribuisce a garantire la salute di tutte le persone.

Vogliamo:

- che le donne siano sostenute e facilitate nell'accesso ai servizi consultoriali;
- che il personale sanitario garantisca l'aborto farmacologico con la RU486, fino almeno alla nona settimana di gestazione;
- che vengano seguite le linee guida dell'OMS che incoraggiano l'aborto autogestito a casa, con le pillole distribuite non solo dagli ospedali ma anche dalle diverse categorie professionali formate a tale scopo. Questo contribuirebbe a depotenziare il problema dell'obiezione di coscienza;
- che la contraccezione (compresa quella d'emergenza) sia gratuita, per garantire l'accesso ai diritti e alla salute riproduttiva delle donne, e allo stesso tempo combattere le disgregazioni e le discriminazioni sociali economiche e geografiche a cui le donne spesso sono soggette;
- la formazione di tutte le professioni sanitarie e non solo per la corretta applicazione della legge 194 e per la corretta somministrazione della pillola RU486 e del secondo farmaco (misoprotolo);



- una educazione sessuale e di genere nelle scuole per una maggiore consapevolezza e capacità di scelta e di autodeterminazione delle nuove generazioni ed il superamento degli stereotipi contro la violenza sulle donne e di genere;
- consultori pubblici, come luoghi per la salute;
- salute riproduttiva e prevenzione per tutte le donne e persone trans;
- che l'aborto venga riconosciuto per quel che è: una delle più comuni pratiche mediche nel mondo e quindi come tale deve essere trattato, escludendo questioni morali, culturali o "pseudoscientifiche".

NON C'È SALUTE

DOVE C'È DISASTRO AMBIENTALE

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità «*La One Health è un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge*». In sostanza, dunque, l'esatto opposto delle politiche perseguite dai "7 grandi" riuniti ad Ancona per declinare la Salute in forma di interesse e profitto sulla gestione dei nostri corpi e dei nostri territori, per promuovere un sistema che arricchisce organizzazioni private devastando ambiente e salute.

Il tema della salute non può essere separato da quello della crisi climatica ed ecologica, che è già il nostro presente, la nostra attuale condizione di vita. I disastri ambientali sono all'ordine del giorno, gli ecosistemi sono sempre più compromessi, l'incremento costante in tutto il mondo di malattie fisiche, neurocomportamentali e neurocognitive è sempre più correlato all'inquinamento ambientale.

La trasformazione ed il degrado delle matrici fondamentali per la vita, acqua, aria e cibo, sono il prodotto dell'utilizzo dei combustibili fossili, delle attività chimico-industriali, dell'ince-

nerimento dei rifiuti, delle pratiche dell'agricoltura che utilizza pesticidi e fertilizzanti chimici (in particolare nelle monoculture), dell'allevamento in forma intensiva degli animali, della cementificazione dei territori e della deforestazione di aree sempre più vaste del Pianeta.

È il sistema di sfruttamento votato al profitto la causa primaria della crisi ecologica e, con essa, della crisi umanitaria che, in una popolazione mondiale sempre più povera ed espropriata dei diritti fondamentali, produce milioni di vittime, di ammalati e di migranti costretti a lasciare i propri Paesi devastati dai cambiamenti climatici.

Questo modello di sviluppo divorava ogni risorsa naturale e umana, soffoca le persone che sono "messe a lavoro", deteriorando sempre di più la qualità della vita ed incrementando progressivamente le disuguaglianze sociali.

Non esiste una reale transizione ecologica senza un cambio generale del paradigma produttivo e del sistema globale che ne deriva. È tuttavia urgente e necessario intraprendere da subito percorsi di "*riduzione del danno ecologico*", ma tali percorsi non devono tradursi in ulteriori costi economici e sociali ai danni delle popolazioni, né costituire l'occasione di nuove speculazioni e devastazioni da parte degli stessi inquinatori.

NON C'È SALUTE SENZA LIBERTÀ

Non c'è salute senza libertà. Ciò è ancora più vero se la salute dobbiamo conquistarla e difenderla con le lotte. La legge Piantedosi-Nordio-Crosetto è, prima di ogni altra cosa, un atto politico con il quale si dichiara la volontà di precludere ogni spazio di agibilità ai movimenti, al dissenso e alla conflittualità sociale. Carcere, pene, nuovi reati, assolutizzazione dei poteri di polizia, fanno del testo una vera e propria arma puntata contro l'opposizione sociale e volta al perseguimento del passaggio dallo Stato di Diritto allo Stato delle Regole, quelle imposte dall'alto a tutela degli stessi interessi che con il ricorso alla guerra

e al terrorismo di Stato mirano a ridefinire a proprio vantaggio gli assetti globali.

La legge Piantedosi-Nordio-Crosetto rappresenta la fase più matura di un lungo processo che si è sviluppato negli anni con la compartecipazione e la corresponsabilità di tutte le forze politiche che si sono alternate nel governo del Paese, portatrici di una visione giustizialista dell'ordinamento e promotrici del paradigma della sicurezza come strumento di cattura del consenso e di disciplinamento sociale. La legge Piantedosi-Nordio-Crosetto tira oggi un cappio già stretto al collo dei movimenti e del protagonismo sociale. Una stretta che non è sufficiente qualificare come "torsione autoritaria", perché è molto di più, è la messa fuorilegge del "diritto di resistenza" come pratica sociale e politica, come conflittualità non estinguibile nelle maglie delle norme già date, che tutelano l'esistente e soffocano ogni cambiamento che non sia a vantaggio del potere.

Non rinunceremo mai al diritto di resistere, cambiare, costruire altro.

Contro il tentativo di mettere fuori legge i movimenti, il conflitto sociale e il dissenso, esercitare il diritto di resistenza è giusto, necessario, urgente.

NON C'È SALUTE DOVE I MIGRANTI SONO RECLUSI

I CPR sono luoghi di prigionia dove vengono illegittimamente reclusi persone che non hanno commesso alcun reato. I CPR sono anche luoghi in cui la salute fisica e psichica viene sistematicamente compromessa dalla privazione di libertà e da condizioni di reclusione inumane. Alle legittime proteste dei prigionieri amministrativi il governo risponde con la legge Piantedosi-Nordio-Crosetto che da un lato commina anni di carcere come punizione per chi all'interno dei CPR osa ribellarsi e dall'altro semplifica ulteriormente, derogando ad ogni norma di legge che non sia penale, le procedure per la localizzazione e realizzazione di nuovi CPR.

È proprio di questi giorni la notizia



della volontà del governo di insediare un CPR nelle Marche, territorio regionale fino ad oggi sottratto ai luoghi di detenzione amministrativa grazie alla determinazione dell'opposizione sociale che ne ha impedito la realizzazione.

I CPR esistenti devono essere chiusi, quelli nuovi devono essere bloccati, i prigionieri amministrativi devono essere liberati.

Le mobilitazioni contro il G7 di Ancona hanno consentito di sperimentare l'efficacia della "Campagna" come strumento di intervento adeguato alla fase, basato su alcune semplici coordinate organizzative: **1.** Individuazione degli obiettivi specifici della Campagna; **2.** Individuazione dei contenuti che in relazione agli obiettivi configurano il perimetro contenutistico di appartenenza alla Campagna; **3.** Un logo comune; **4.** Il superamento del "meccanismo" delle adesioni formali, con il loro portato di inerzia e autorappresentazione, a vantaggio delle adesioni sostanziali, che si concretizzano nell'affermazione della propria appartenenza alla Campagna attraverso il "fare", ovvero la produzione di iniziative in cui le singole realtà esprimono la compartecipazione alla Campagna associando il logo comune al proprio.

Contro la realizzazione di un CPR nelle Marche vogliamo attivare il medesimo percorso. Per questa ragione sin da ora diamo appuntamento a domenica 10 novembre per un'assemblea, che si terrà presso l'Ambasciata dei Diritti di Ancona per confrontarci e definire insieme i passaggi attraverso cui lanciare la Campagna "NO CPR MARCHE".

LA LORO "SALUTE": GENOCIDIO E COLONIALISMO

Fin dai primi giorni dell'intervento militare israeliano a Gaza ad essere colpiti sono stati ospedali e personale sanitario: 31 ospedali su 36 colpiti di cui 23 distrutti, 1.000 sanitari uccisi. Proprio i luoghi che nell'immaginario pubblico dovrebbero essere maggiormente tutelati sono stati target specifici di bombardamenti che hanno portato a vere e proprie stragi nell'immediato e all'annullamento di qualsiasi diritto alla salute e alle cure mediche.

Quanto sta accadendo a Gaza e nei territori limitrofi, con oltre 42.000 morti accertati, ha chiaramente raggiunto un livello tale per cui è persino stridente utilizzare la parola "salute" mentre è in corso il genocidio ad opera dello stato sionista. Si sottolinea inoltre che nessuno dei paesi del g7 ha riconosciuto lo stato palestinese, continuando invece ad inviare armi ad Israele.

L'assemblea fa suo l'appello di Sanitari per Gaza: «*Riaffermiamo per tutti gli operatori sanitari il diritto-dovere, sancito dal giuramento d'Ippocrate, di curare tutti i pazienti, con eguale scrupolo e impegno, indipendentemente da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e chiediamo di fermare il genocidio in Palestina e di permettere alla Comunità Internazionale di portare tutti gli aiuti umanitari necessari alla popolazione civile stremata da un anno di guerra.*»

Ancona, 11 ottobre 2024

Proposta per la Dichiarazione di Ancona 2024

“Assistenza sanitaria e Sanità Pubblica per Tutti”

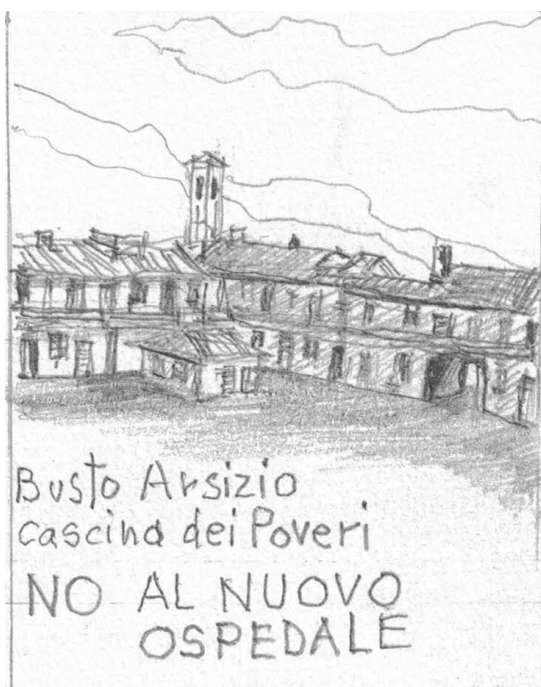
A cura della Rete europea “La salute non è in vendita” nell’ambito della campagna “G7-Salute: Non sul mio corpo”, Ancona (Italia), 9-11 ottobre 2024.

La Rete europea “La salute non è in vendita” e altre organizzazioni contro la privatizzazione della sanità si sono incontrate ad Ancona (Italia) per contestare i contenuti della riunione del G7-Salute che si è tenuta dal 9 all’11 ottobre 2024 e per denunciare l’approccio commerciale, neoliberista e riduzionista alla salute dei governi del G7. Viene proposta e lanciata una chiamata per un’azione alternativa, progressista e globale, basata sul diritto universale a un’assistenza sanitaria gratuita, equa, solidale e umanitaria per tutte le persone, indipendentemente dalla razza, dalla religione, dalla politica, dall’economia, dallo stato sociale o da qualsiasi altro status. Per raggiungere questo obiettivo è stata costruita una Dichiarazione che è stata presentata alla Sessione Internazionale “Public Healthcare under commercialisation pressures: critical international perspectives”, l’11 ottobre 2024 presso il Cinema Azzurro, Via Tagliamento, 39 Ancona (Italia). La bozza elaborata prima della Sessione, distribuita ai partecipanti tramite e-mail e altri mezzi informatici, è stata pubblicata sul sito web della Campagna (<https://nog7ancona.no-blogs.org/>). La Dichiarazione, rivista sulla base dei contributi e dei commenti ricevuti su maurizio.manno@unina.it con copia a nog7ancona@protonmail.com entro giovedì 10 ottobre 2024, è stata approvata dall’As-

semblea Generale “G7-Health: Not on my Body” di venerdì 11 ottobre e ripubblicata sullo stesso sito web per essere resa disponibile a livello globale. La Dichiarazione, integrata con un punto aggiuntivo, il nono, approvato dall’Assemblea Generale dell’11 ottobre, sarà poi aggiornata regolarmente, sulla base dei contributi della comunità internazionale degli attivisti in difesa dell’assistenza sanitaria e della sanità pubblica.

INTRODUZIONE: IL PARADOSSO DELLA SANITÀ PUBBLICA

Sono noti gli enormi sviluppi a livello globale negli ultimi anni, delle scienze mediche, sia molecolari che cliniche, delle scoperte di nuovi farmaci, degli strumenti diagnostici straordinariamente performanti e delle ultraveloci tecnologie di comunicazione e informazione, e molti altri. Ciononostante, l’azione preventiva, la diagnostica, la terapia e l’assistenza sanitaria in generale sono diminuite per la stragrande maggioranza della popolazione mondiale. Sia in misura relativa che, in molte aree, anche in misura assoluta. L’accesso alle cure primarie, in termini di tempo, distanza e servizi disponibili è limitato o addirittura assente in molti Paesi o regioni del mondo. Per non parlare dell’efficacia e dell’efficienza della copertura sanitaria pubblica. I costi personali individuali per l’assistenza sanitaria stanno crescendo a



tal punto che anche nei Paesi ricchi o relativamente benestanti una parte significativa della popolazione deve sempre più spesso rinunciare anche alle cure di base. Nei Paesi a reddito alto o medio-alto, secondo la classificazione dell'OMS/Banca Mondiale, sia quelli con sistemi basati sulle assicurazioni sia quelli con un sistema pubblico gratuito, risultano essere ugualmente colpiti. Per non parlare dei Paesi a reddito medio-basso o basso, dove la maggior parte delle persone si trova ad affrontare gravi carenze e in alcuni casi la totale mancanza di strutture e servizi sanitari. Le ragioni del declino dell'assistenza sanitaria sono complesse. L'instabilità politica, la deprivazione economica e sociale, la debolezza costitutiva o il progressivo declino delle infrastrutture sanitarie pubbliche sono cause importanti in alcuni Paesi. In altri sono più rilevanti i bassi investimenti, la scarsa retribuzione e motivazione del personale sanitario, l'incompetenza o l'interesse privato nella gestione a breve o lungo termine dell'assistenza sanitaria e della salute pubblica. Le politiche sanitarie di libero mercato, in particolare quelle per i farmaci, come dimostrato

nella recente pandemia da Covid-19, si sono rivelate inadeguate e incapaci, se non addirittura complici, a far fronte all'emergenza. Recentemente, gli effetti delle strategie della Banca Mondiale sui Paesi a basso reddito e i risultati dell'austerità dell'Unione Europea sugli Stati Membri europei durante la crisi economica del 2008, sono probabilmente i principali fattori che hanno portato a pesanti tagli e alla commercializzazione dei servizi sanitari, che si traducono nell'attuale, crescente privatizzazione di strutture e personale. L'obiettivo, infatti, di un sistema, non servizio, sanitario privato è costitutivamente quello di ottenere un profitto economico, mentre l'obiettivo di un servizio, non sistema, sanitario pubblico è, o dovrebbe essere, quello di fornire assistenza sanitaria gratuita a tutta la popolazione. Tutti questi fattori hanno creato un circolo vizioso che aumenta le disuguaglianze e l'inefficienza dell'assistenza sanitaria a livello mondiale. L'obiettivo del presente evento è quello di discutere le principali debolezze e sfide per l'assistenza sanitaria e la salute pubblica a livello globale oggi e, possibilmente, di individuare proposte d'azione per soluzioni efficaci e sostenibili a livello globale. Vogliamo raccogliere la sfida, inoltre, delle basi etiche e della sostenibilità pratica di un servizio sanitario ideale, fortemente basato sulla prevenzione, sulla personalizzazione dell'assistenza sanitaria, sul risparmio delle risorse pubbliche e sul rispetto delle comunità locali e delle loro tradizioni umane, culturali e sociali. La conferenza ha inteso essere sistematica e universalistica nell'analisi ma, allo stesso tempo, pragmatica e concreta nei risultati. Il messaggio della conferenza è costitutivamente censorio nei confronti dei contenuti della riunione del G7-Salute che si terrà ad Ancona dal 9 all'11 ottobre 2024, ritenendo che l'approccio privatistico, mercantile e commerciale dei governi del G7 all'assistenza sanitaria e alla sanità

pubblica sia profondamente distorto, sostanzialmente non etico e inadeguato a promuovere un'assistenza sanitaria ai cittadini e una sanità pubblica universali, eque e gratuite per tutti, in ogni condizione.

OBIETTIVI

Lo scopo di questo documento è quello di verificare lo stato dell'arte e l'opinione attuale, tra le varie organizzazioni in diverse parti del mondo, sullo stato e sui progressi raggiunti a livello globale dall'assistenza sanitaria e dalla sanità pubblica come diritto universale per tutti e ovunque. Sarà avviata una campagna internazionale per rivedere e promuovere la diffusione globale della presente Dichiarazione come mezzo per dare impulso all'OMS nel suo sforzo di realizzare, ovunque e per tutti, il diritto alla salute. Gli scopi fondamentali della nostra Dichiarazione sono quindi, ma non solo, i seguenti:

- riaffermare l'assistenza sanitaria universale, equa e gratuita e la sanità pubblica come diritto umano fondamentale per tutti e per tutte e chiedere alle Nazioni Unite di modificare in tal senso l'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (UDHR).
- spingere l'OMS ad agire nei confronti dei governi e delle parti interessate verso una maggiore attenzione ai determinanti socio-economici della salute e per promuovere a livello globale la giustizia sociale come base vincolante per tutte le iniziative dell'OMS a qualsiasi livello.
- Promuovere equità, democrazia, efficacia e imparzialità nella legislazione, nella gestione e nella valutazione dei sistemi e dei servizi sanitari.

DICHIARAZIONE PROPOSTA

L'Assemblea della campagna "G7 Salute: Not on my Body", di cui fanno parte gli attivisti della Rete Europea "La salute non è in vendita" e le altre organizzazioni che partecipano alle iniziative in contrasto con il G7 Salute che si è tenuta ad Ancona, in Ita-

lia, dal 9 all'11 ottobre 2024, propone per la valutazione e l'approvazione i seguenti 9 punti.

1. L'assistenza sanitaria e la sanità pubblica sono un diritto umano universale fondamentale per tutte le persone, in particolare per quelle più vulnerabili per età, genere, stato di salute o altre fragilità, e per tutte le donne che dovrebbero avere il diritto di controllare autonomamente la propria fertilità e riproduzione. Questi diritti devono essere promossi, protetti e garantiti in ogni circostanza, comprese le guerre e i disastri naturali, economici o politici.

2. Stimoliamo l'OMS a promuovere l'attuazione dei 17 obiettivi dell'Agenda 2030 verso uno sviluppo sostenibile che copra tutti i determinanti sociali, ambientali ed economici della salute sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, tenendo conto degli obiettivi comuni ma anche delle diverse realtà nazionali e regionali, delle capacità, dei livelli di sviluppo e delle circostanze, comprese le risorse sanitarie e le catastrofi ambientali.

3. Chiediamo che i governi forniscano finanziamenti pubblici sufficienti ed equi per l'assistenza sanitaria, al fine di prevenire la carenza di personale sanitario e garantire la massima qualità delle cure per i pazienti e le migliori condizioni di lavoro per gli operatori sanitari attraverso un reclutamento adeguato e costante, al fine di proteggere i Paesi più deboli dalla fuga di professionisti verso i Paesi più ricchi.

4. Vogliamo una sanità che garantisca l'accessibilità alle cure per tutti gli individui, anche dal punto di vista economico, geografico, culturale, temporale e logistico. Vogliamo politiche farmaceutiche nazionali, regionali e internazionali che rispondano ai bisogni di tutti i cittadini e del Sud del mondo, non a quelli di "Big Pharma".

5. Sosteniamo sistemi e servizi sanitari pubblici che siano pagati dai cittadini e che lavorino per i cittadini,



non per il profitto. Sosteniamo con forza, quindi, le politiche locali, nazionali, regionali e internazionali che proteggono le persone e gli operatori sanitari dalle derive commerciali, dalla gestione orientata al profitto e dal management finanziario.

6. Propugniamo un impegno globale, a tutti i livelli, per rafforzare la democrazia e i processi democratici nella sanità e nella salute pubblica, attraverso la partecipazione alle decisioni di rappresentanti/associazioni qualificate di pazienti e di sindacati/organizzazioni di operatori sanitari.

7. Chiediamo un consenso internazionale per ottenere una gestione aperta, condivisa ed equilibrata dei conflitti di interesse nell'amministrazione e nella gestione della sanità e della salute pubblica, secondo i più elevati standard etici e professionali.

8. Affermiamo con forza che per raggiungere l'obiettivo dell'assistenza sanitaria e della salute pubblica per tutti e per tutte, è necessario mantenere una pressione costante sull'attività dei governi e dell'OMS per ripristinare e aggiornare i principi democratici presenti nella Dichiarazione aggiornata di Alma Ata del 1978.

9. Riaffermiamo per tutti gli operatori sanitari il diritto-dovere, sancito dal giuramento d'Ippocrate, di curare tutti i pazienti, con eguale scrupolo e impegno, indipendentemente da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e chiediamo di fermare il genocidio in Palestina e di permettere alla Comunità Internazionale di portare tutti gli aiuti umanitari necessari alla popolazione civile stremata da un anno di guerra.

RIFERIMENTI

1. Sito web dell'OMS (20 settembre 2024)

L'OMS è chiamata a ritornare alla Dichiarazione di Alma-Ata Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria La Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 è emersa come una delle principali pietre miliari del XX secolo nel campo della salute pubblica e ha identificato l'assistenza sanitaria primaria come la chiave per il raggiungimento dell'obiettivo della salute per tutti. Di seguito sono riportati alcuni estratti della Dichiarazione:

«• *La Conferenza riafferma con forza che la salute, che è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattie o infermità, è un diritto umano fondamentale e che il raggiungimento del più alto livello possibile di salute è un obiettivo sociale mondiale importantissimo, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre a quello sanitario.*

• *L'attuale grave disuguaglianza nello stato di salute delle persone, in particolare tra i Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, nonché all'interno dei Paesi stessi, è inaccettabile dal punto di vista politico, sociale ed economico ed è, pertanto, di interesse comune per tutti i Paesi. - Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione e all'attuazione della loro assistenza sanitaria.*

- *L'assistenza sanitaria primaria è un'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che la comunità e il Paese possono permettersi di mantenere in ogni fase del loro sviluppo, nello spirito di autosufficienza e autodeterminazione. È parte integrante sia del sistema sanitario del Paese, di cui rappresenta la funzione centrale e il fulcro, sia dello sviluppo sociale ed economico complessivo della comunità. È il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile al luogo in cui le persone vivono e lavorano, e costituisce i primi elementi di un processo di assistenza sanitaria continua.*

- *Un livello di salute accettabile per tutte le persone del mondo entro il 2000 può essere raggiunto attraverso un uso più completo e migliore delle risorse mondiali, una parte considerevole delle quali è oggi spesa in armamenti e conflitti militari. Un'autentica politica di indipendenza, pace, distensione e disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive che potrebbero essere destinate a scopi pacifici e, in particolare, all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico, di cui l'assistenza sanitaria di base, in quanto parte essenziale, dovrebbe avere la giusta parte». Commento: Nonostante o, piuttosto, a causa dell'altissimo profilo e dell'ambizione delle tre pagine e dei dieci punti della Dichiarazione*

zione di Alma Ata, il suo obiettivo, cioè il raggiungimento di un "livello accettabile di salute per tutti i popoli del mondo entro l'anno 2000", è stato di molto inferiore alle aspettative.

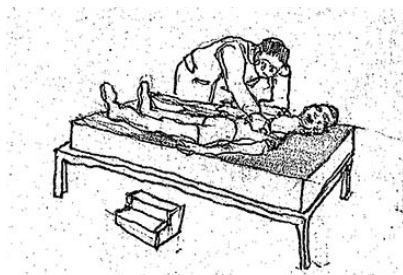
2. <https://oldwp.phmovement.org/phm-declaration-at-8th-global-conference-on-health-promotion-2013-2> (20 settembre 2024)

Dichiarazione del PHM all'8a Conferenza globale sulla promozione della salute (2013) Promuovere la salute per tutti e la giustizia sociale nell'era del capitalismo globale: Un appello all'azione del Movimento per la Salute dei Popoli all'8a Conferenza Globale sulla Promozione della Salute, Helsinki, Finlandia (14 giugno 2013) Commento: Gli attivisti del Movimento per la salute dei popoli si sono incontrati durante l'8a Conferenza globale dell'OMS sulla promozione della salute per criticare la Dichiarazione ufficiale della Conferenza e sviluppare un appello all'azione progressista basato su forti principi di giustizia sociale.

3. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Dichiarazione universale dei diritti umani Art. 25 1.

«Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in caso di mancanza di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà».



Alcune riflessioni su una recente vicenda sulla vigilanza su luoghi di lavoro

di Alessandro ROMBOLÀ*

Nell'anno 2015 alcuni tecnici addetti al Dipartimento della Prevenzione dell'Azienda Sanitaria di Firenze ricevono una contestazione da parte della Procura della Repubblica del capoluogo toscano.

Gli inquirenti contestavano agli indagati la presunta commissione del grave reato di falso ideologico con aggravanti e la continuazione.

I tecnici erano addetti al servizio di controllo e vigilanza sui cantieri dell'alta velocità nell'alto Mugello e, secondo l'accusa, avrebbero attestato circostanze mendaci nella compilazione di alcune schede redatte in occasione dei controlli effettuati.

L'indagine era scaturita da alcune denunce (pare) anonime.

Quindi, sempre secondo la tesi accusatoria, i lavoratori, rivestendo la qualifica di Pubblico Ufficiale e Ufficiale di Polizia Giudiziaria, avendo attestato fatti e circostanze non veritiere (si trattava dell'attestazione della presenza di addetti al cantiere), avrebbero appunto commesso il reato di falso ideologico.

A quel punto inizia il calvario, purtroppo spesso comune nel nostro paese, di chiunque si trovi coinvolto (spesso a torto).

I lavoratori sono sospesi dal servizio dopo che addirittura la Procura aveva chiesto nei loro confronti la misura della custodia cautelare. Fortunatamente il Giudice delle indagini preliminari si limita a disporre l'applicazione della misura della sospensione temporanea dal lavoro.

Inizia il procedimento penale sulla

base indagini svolte dal Nucleo NAS del Carabinieri.

Sostanzialmente l'attività investigativa si concentra sulle dichiarazioni rese dagli addetti ai cantieri dove gli indagati avevano svolto l'attività di controllo e verifica dell'osservanza della norme di sicurezza e, dopo varie ipotesi accusatorie poi cadute, finalmente la Procura chiede la fissazione dell'udienza preliminare basandosi sulla tesi che gli accusati avrebbero dichiarato falsamente la presenza di alcuni addetti dei cantieri in una "scheda" che dovevano compilare e consegnare al termine di ogni sopralluogo in cantiere.

Si arriva all'udienza preliminare dove le varie posizioni sono discusse e valutate. All'esito il GIP chiede l'archiviazione in quanto, secondo il suo giudizio, non era ravvisabile nei fatti il reato contestato.

Ma, purtroppo per i lavoratori, la questione non può dirsi definita in quanto il P.M. propone impugnazione avverso la sentenza di archiviazione del Gip.

Passa altro tempo e finalmente la Corte d'Appello di Firenze, anche con motivazioni severe verso l'operato della Procura, conferma la sentenza di archiviazione del Gip.

Questi, in estrema sintesi, i fatti.

Non starò a dilungarmi sulle non facili problematiche di natura giuridica di questo processo in quanto rischerei di cadere nel tecnicismo. Mi limito a dire che tanto il Tribunale che la Corte d'Appello hanno ritenuto inesistente il reato contestato di **falso ide-**

*Avvocato,
Medicina
Democratica
Firenze

ologico in quanto le famigerate schede redatte dagli addetti alla vigilanza non potevano ritenersi atti pubblici ma semplici minute e quindi non facenti "pubblica fede". Conseguenza necessaria di tale valutazione giuridica non poteva che essere l'innocenza di tutti gli imputati.

Letta la vicenda si dirà: ecco, siamo al solito caso di incertezza sul corretto funzionamento della giustizia in Italia. L'opinione è ovviamente condivisibile ma la vicenda (ah, dimenticavo di dire che tutto il processo è durato circa sette anni) offre il destro anche per altre riflessioni di carattere generale.

Innanzitutto la criticabile facilità con cui nel nostro strano paese si accusano, come nel caso illustrato, persone perbene ed oneste di reati indubbiamente gravi quale sicuramente è quello di falso ideologico continuato ed aggravato. Tutti gli imputati, i lavoratori (che avevano sin da subito chiesto l'ausilio e l'assistenza di Medicina Democratica) sono stati sospesi dall'attività dopo lunghi anni prestatati in quel delicatissimo compito maturando una vasta esperienza sulle problematiche della sicurezza sui luoghi di lavoro; inoltre avevano sovente collaborato, svolgendo indagini su delega, con l'autorità giudiziaria inquirente. Anni di esperienza che corrono il concreto rischio di andare dispersi in quanto la maggioranza di loro hanno chiesto di essere trasferiti ad altri incarichi sicuramente più tranquilli all'interno dell'azienda sanitaria.

In secondo luogo occorre rilevare come, troppo spesso, coloro che operano sul campo, in un settore delicato quale quello dei cantieri di grandi opere pubbliche, sono sostanzialmente privi di precise indicazioni da parte dei vertici aziendali. Nel

caso prima illustrato nessuno aveva spiegato ai funzionari della sicurezza poi accusati la valenza giuridica che doveva essere attribuita alle famigerate schede.

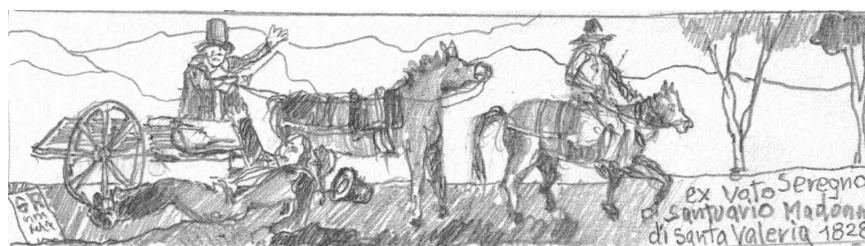
La mancanza di chiare direttive è poi aggravata dal fatto che, quasi sempre, in caso di contestazioni di natura penale, il lavoratore viene lasciato solo ad affrontare il problema con tutte le difficoltà facilmente immaginabili.

Infine la vicenda narrata che ha coinvolto i lavoratori fiorentini aiuta a comprendere quale sia l'attuale stato dei servizi di controllo e vigilanza dei cantieri, compresi quelli dove la tipologia di opere da eseguire comporta inevitabilmente gravi rischi per la sicurezza dei lavoratori.

Il processo di Firenze ha prodotto una conseguenza che non può essere sottaciuta: praticamente è stato smantellato il servizio di prevenzione dell'area fiorentina in quanto buona parte dei lavoratori hanno, comprensibilmente, chiesto di essere trasferiti ad incarichi di routine e i pochi che sono rimasti alla sicurezza non potranno dimenticare la penosa vicenda sofferta e quindi è lecito chiedersi con quale spirito continueranno a svolgere la loro preziosa attività a tutela della salute dei lavoratori all'interno dei cantieri.

Infine un'ultima notazione: tutti non hanno dimenticato la tragedia verificatasi proprio a Firenze nello scorso mese di febbraio nel cantiere Esselunga dove persero la vita diversi lavoratori.

Ebbene a distanza di mesi ancora le indagini sono in forte ritardo e questo fa comprendere l'insopportabile ipocrisia delle istituzioni quando si assiste ai soliti proclami di manzoniana memoria sulla necessità di vigilare seriamente sulla corretta osservanza delle norme di sicurezza.



I pericoli della differenziazione in sanità

di Maria Elisa SARTOR*

“Il progetto di autonomia differenziata, che in Lombardia va attribuito alle élites regionali in senso lato – e che non seduce la maggior parte dei cittadini – nasce dalla pericolosa fusione di due orgogli che siamo chiamati a contrastare”

ABSTRACT

In Lombardia non è solo la Lega ad essere autonomista. Altri attori e fattori sostengono il progetto di autonomia differenziata, non necessariamente quello proposto dalla Lega. Due ceppi di pensiero che corrispondono a due faglie che minacciano l'unità d'Italia hanno dato forza, fondendosi, all'attuale strategia autonomista del governo della Regione Lombardia. Uno identitario su basi culturali, separatista, anti metropolitano – non colonizzatore in origine. Uno autonomista su basi economiche neolibériste, colonizzatore, trasversale a più soggetti politici. Due orgogli lombardi si combinano: uno in chiave leghista e l'altro in chiave di soggetto innovatore/modernizzatore nei settori della cultura, medicina, diritto, politica, economia aziendale, meccanica, scienze della vita, design, chimica, moda. Destra e sinistra si ibridano facendo leva sulla “lombardità” declinata nelle due versioni anzidette. Risultato: c'è un grande *rassemblement* trasversale, spesso sotterraneo. Ma soprattutto le élites di governo della regione hanno voluto fortemente ed esplicitamente prima l'autonomia (statuto regionale dell'autonomia) ed ora l'autonomia differenziata, anche se con soluzioni diverse. L'hanno imposta normativamente al Paese, mirando a spaccarlo, per continuare a diversifi-

carsi dai territori regionali circostanti con l'intenzione di colonizzarli soprattutto economicamente, ma anche culturalmente. Quando si afferma di voler essere il motore per il Paese si intende sfruttare la propria posizione di consolidato vantaggio sul resto del Paese.

PREMESSA

Cercherò di contribuire al dibattito sulla “autonomia differenziata” riferendomi soprattutto alla sanità lombarda così come è stata osservata in un regime di “differenziazione regionale ordinaria” derivante dalla normativa del 1992. Lo farò restando nell'ambito dei risultati di primo e di secondo livello della mia recente ricerca sul processo di trasformazione, in senso privatistico, del SSR della Lombardia. Vorrei mettere a fuoco questioni che tendono ad essere trascurate nel dibattito in corso. Risponderò essenzialmente a due quesiti.

Primo: *Da che cosa si origina la richiesta di autonomia differenziata lombarda che sta spaccando il Paese? La Lega è il solo e/o il principale vero motore del processo? La forza realizzatrice della AD, che si è rinnovata recentemente, deriva solo da contingenze politiche dell'ultima ora? La mia tesi è che il progetto di autonomia differenziata lombardo (più o meno surrettiziamente) sia stato da tempo, e anco-*

**Docente
esperta
di Scienze
dell'organiz-
zazione, delle
configurazioni
e dei processi
di trasforma-
zione dei sistemi
sanitari.
Insegna
a Milano*

ra per certi aspetti lo è, nella sostanza trasversale alle élites della regione: imprenditoriali, accademiche, politiche di governo e anche di opposizione.

Secondo: *Cosa è successo alla sanità lombarda negli ultimi 30 anni? Può essere di aiuto alla comprensione del significato del progetto di autonomia differenziata in atto osservare come la sanità lombarda sia stata trasformata? Cosa aggiunge l'AD a quello che è stato già realizzato? E quali sono gli effetti per il resto del Paese?* Anticipo subito la mia tesi. Le ragioni del progetto dell'autonomia differenziata in senso lato hanno le stesse radici delle trasformazioni che si sono avute nella sanità di questa regione. Le trasformazioni della sanità, occorse negli ultimi trent'anni, derivanti da scelte operate dai governi di centrodestra della Lombardia, sono il frutto della ricerca continua di sottrarsi ai vincoli nazionali del SSN che impedivano lo svilupparsi delle forze di mercato. Pur nell'alternanza dei governi nazionali, che ha generato via via un consistente allentamento di tali vincoli, le "aperture" nazionali al privato non consentivano di perseguire fino in fondo la finalità di liberalizzazione dei mercati. Per quanto riguarda l'erogazione dei servizi sociosanitari essa doveva essere il più possibile offerta dai privati (che premevano in questo senso e che, dal punto di vista del ceto politico, sarebbero stati utili all'allargamento del consenso). Al tempo stesso si intendeva dare un ruolo consistente alla intermediazione assicurativa e quindi ad un diverso mix nel finanziamento della spesa sanitaria. Anch'essa avrebbe favorito la privatizzazione dell'offerta sanitaria. Queste appena citate sono politiche tuttora attive che nessuno sta contrastando. In nome del SSN e in sua difesa andrebbero identificate e neutralizzate conoscendone le modalità concrete di realizzazione e ancora di più prevenendole. L'autonomia differenziata è una secessione dei ricchi – secondo Viesti – ed è anche un affondo neoliberale, aggiungerei.

In altre parole, l'autonomia "differen-

ziata" della Lombardia in sanità c'è da tempo (anche se formalmente detta "ordinaria"). È già praticata di fatto da decenni, ancora prima del 2000, dal 1995, anno di insediamento di Formigoni. Solo che non si è voluta in generale percepire e considerare come tale per un consistente numero di motivi. Principalmente perché corrispondeva anche a una strategia trasversale di privatizzazione più sotterranea ma presente anche a livello nazionale ai vertici del SSN. E va aggiunto che le trasformazioni occorse nella sanità lombarda sono state il principale tradimento del SSN delle origini. Il tradimento è consistito nella privatizzazione incessante (autorizzando e accreditando sempre più privati) del Servizio sanitario della regione, anche se con ritmi di realizzazione diversi negli anni. E gli effetti di questa autonomia sanitaria ordinaria lombarda hanno da lungo tempo avuto un impatto sul Paese. Purtroppo un impatto non percepito a sufficienza dall'opinione pubblica per un'insufficiente e fuorviante informazione (le altre regioni sono rimaste all'interno dei vincoli dati dal quadro normativo nazionale più di quanto non abbia fatto la Lombardia).

Nell'illustrare più estesamente quanto ho solo anticipato, farò cenno anche alla cronologia che riguarda le tappe significative del processo di autonomia che hanno contrassegnato la vita istituzionale della Lombardia.

CHI SONO STATI – E SONO – I SUPPORTER DELL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA IN LOMBARDIA?

In Lombardia due idee di autonomia – con origini diverse – si sono fuse. Cosa intendo dire? A grandi linee sono due le correnti di pensiero/faglie che a mio avviso hanno portato al consolidarsi di una politica di autonomia in Lombardia. Una più identitaria e una più economico tecnicistica che ha recuperato solo in un secondo tempo elementi identitari (dai primi anni '90 in poi). Gli elementi di queste culture si rintracciano nei comportamenti di attori diversi e nel loro discorso pub-

blico e sono stati registrati bene o male in ambito giornalistico ed accademico. Anche e soprattutto in occasione del referendum consultivo sull'autonomia in Lombardia del 2017.

Prima faglia. Vediamola un po' più da vicino. Si ricerca l'autonomia regionale per affrancarsi da un supposto dominio culturale nazionale, statalista e romanocentrico. Questa spinta autonomista trova espressione in un partito: la Lega Nord, la Lega delle origini (anni '80). Il senatore Calderoli ne ha fatto parte, ne era un esponente di rilievo. Ci si impegnava all'epoca per una affermazione culturale/politica di chi aveva già goduto di una affermazione economica: i ceti produttivi delle valli prealpine e della pianura, quindi non metropolitani, rimasti in ombra politicamente fino agli anni '80. In origine, è una cultura separatista, che tende alla chiusura e non necessariamente esprime spinte colonizzatrici verso altri territori. Tende a chiudersi più che ad espandersi oltre i propri confini territoriali.

Seconda faglia. Si ricerca l'autonomia regionale in quanto ci si scopre, come regione, forti economicamente, i più forti del Paese. E nel contempo si constata, calcando un po' la mano, che, come lombardi (nativi o di adozione) – storicamente – si è ampiamente data prova di un ingegno particolarmente innovatore che si è espresso negli ambiti più diversi.

Nella seconda parte degli anni '90 e nei primi anni 2000 sono stata direttamente testimone di una intensa attività culturale che è sfociata in corsi di formazione politica in ambito universitario (università private) –extra curriculari ma con edizioni annuali– corsi tesi alla evidenziazione dei caratteri originali e storicamente significativi del contributo della cosiddetta “terra lombarda” alle grandi trasformazioni del Paese. L'attività veniva organizzata da un gruppo di studiosi milanesi di ispirazione catto-socialista legati

a figure che hanno fatto la storia istituzionale della regionalizzazione lombarda. Si trattava per lo più di imprenditori impegnati nelle istituzioni pubbliche: figura carismatica di riferimento, il primo presidente della Regione Lombardia, il democristiano Bassetti. Lo sforzo era di recuperare quegli elementi della storia che consentivano di identificare e di rivelare la vocazione dei lombardi ad essere innovatori in vari campi, e ad essere i “primi”.

Viene così messo un certo impegno a diffondere l'idea che i lombardi sono stati e sono innovatori in ambito giuridico, politico, medico, tecnologico-economico, finanziario, artistico. La prova che viene esibita? Idee innovative che sfociano, economicamente e produttivamente parlando, soprattutto in nuovi prodotti e servizi, nuovi settori, in nuovi processi trasformativi. Fin dal suo nascere (ma non è facile stabilire una data; potremmo dire che si colloca a partire dagli anni '80), questa corrente di pensiero è autonomista ed esprime anche una netta vocazione espansiva e “colonizzatrice”, che le deriva e viene a corroborarsi con lo sviluppo di una cultura decisamente mercatista che pervade ogni ambito della vita sociale a partire dagli anni '80 e soprattutto '90. Il mondo imprenditoriale, che è alla ribalta, diventa il modello anche in politica. Un autorevole studioso dei processi politici italiani ha affermato che “il politico stesso in Lombardia diventa imprenditore e il territorio azienda” (da un'intervista a Ilvo Diamanti del 1988). O, verrebbe da dire, il territorio viene a sfumare, proprio perché tutto è azienda e l'azienda non sopporta limiti di questo tipo.

Queste due faglie e/o correnti di pensiero hanno trovato punti di convergenza sostanziali negli anni '90. Eccone un emblematico risultato. Dalla seconda metà degli anni 2000 la sostanziale convergenza delle due faglie ha consentito di produrre il nuovo *Statuto d'Autonomia della Regione*, che

viene in sostanza appoggiato e celebrato trasversalmente agli schieramenti politico-partitici. Risulta votato da più dei due terzi del Consiglio regionale: 70 votanti, 61 favorevoli sugli 80 consiglieri totali (viene da chiedersi chi fossero i 10 consiglieri assenti).

La seconda corrente via via si è presa definitivamente la scena (anche internazionale) ed è divenuta egemonica anche in quanto sostenuta dalla principale associazione imprenditoriale – retta in questa fase, guarda caso, da imprenditori del sociosanitario “allargato”, diciamo così, che, in quanto vertici di Confindustria, sono anche collocati al vertice del sistema universitario di questa regione. L’università entra sempre più in gioco. La Lega Nord, anche per effetto di questa fusione, cambia nome e si conforma alla svolta.

Le attuali élites della regione – una consistente parte del mondo accademico (non tutto), l’imprenditoria in generale e dei nuovi settori economici, amministratori e politici di vari schieramenti – sono propense, da qualche decennio, ad appoggiare più o meno attivamente una linea politica autonomista.

L’idea di un’autonomia regionale in Lombardia si lega in qualche misura e viene rafforzata anche dal *processo di europeizzazione* del Paese. L’Unione europea per qualche tempo è stata interessata a dare ampio rilievo alle principali regioni dei Paesi membri nel tentativo di limitare il potere di pressione/condizionamento degli stessi Stati membri più forti. Le regioni forti di Germania, Francia, Italia e Spagna si sono quindi fatte avanti in Europa. Per l’Italia, la Lombardia. Ricordo una grande produzione di ricerche socio-economiche dirette a sostenere questa politica.

Ma altra cosa sono i cittadini lombardi, che non sono stati davvero così tanto affascinati da una prospettiva autonomista. Non almeno, pare, quanto i veneti, per le ragioni storiche che conosciamo (anche se qui va usata una certa cautela nell’espore queste ipotesi interpretative). Questo minore inve-

stimento dei lombardi nella autonomia viene dimostrato per il passato – direi incontestabilmente – dai numeri della partecipazione al referendum lombardo dell’ottobre del 2017, referendum che richiedeva il consenso all’attuazione della strategia autonomista. Quello che conta, e che nello stesso tempo preoccupa, è che, se l’idea di autonomia non ha del tutto sedotto i lombardi non li ha nemmeno impensieriti al punto da indurli a contrastare l’avanzare del progetto fin dal suo sorgere. Ma quale forza politica di opposizione in Lombardia si è opposta con decisione alla prospettiva della autonomia regionale? Che si sappia, nessuna di quelle allora presenti in Consiglio regionale.

Va sfatata quindi l’idea che la ricerca dell’autonomia in Lombardia si sia originata solo in casa leghista. Anche se la Lega di oggi, diversa da quella delle origini, si presta ad essere il portatore del vessillo e si impegna a portare a casa la realizzazione del progetto per tutti gli altri sostenitori dell’autonomia, quelli meno esposti. Forte anche delle lezioni apprese in questi anni di protagonismo politico al governo del Paese. Lo fa per sé ma anche per procura. Va quindi fatta nostra l’idea di una volontà di autonomia regionale lombarda che si è fatta largo trasversalmente alle formazioni politiche come combinazione di due orgogli: uno identitario su basi culturali, separatista, anti metropolitano – non colonizzatore in origine; e uno autonomista su basi economiche neolibériste, colonizzatore e trasversale ai soggetti politici. Insomma, l’orgoglio lombardo in chiave leghista si fonde con l’orgoglio lombardo in chiave di soggetto imprenditore/o più estesamente innovatore nei settori della cultura, medicina, diritto, politica, economia aziendale, meccanica, scienze della vita, design, chimica, moda.

Questa combinazione ha visto produrre un’iniziativa ampiamente convergente, non chiaramente definibile in termini di schieramenti partitici. Ex Socialisti, l’intera organizzazione di Comunione e Liberazione (che attual-

mente sembra non essere in toto autonomista), Forza Italia (in tutte le sue diverse denominazioni partitiche), il Partito dei pensionati e all'opposizione il PD e il M5S.

Anche il Partito democratico lombardo è stato portatore nella sostanza di una cultura autonomista (indeciso al referendum, contrario all'indizione del referendum ma non all'oggetto del quesito, oscillante e indeciso fra voto favorevole e astensione). Forse non è a tutti evidente, non ci si è prestata molta attenzione, ma basta scorrere la rassegna stampa, pre e post-referendum sull'autonomia regionale lombarda (del 2017, cioè circa 10 anni dopo l'approvazione dello Statuto d'autonomia regionale) per ricostruire il quadro delle posizioni.

Il PD lombardo è stato quindi portatore anche di un progetto di autonomia e ha cavalcato per quasi tre decenni l'idea di una Lombardia come regione forte, la più forte del Paese cui doveva spettare un ruolo trainante nei con-

fronti della nazione. Ora il PD a livello nazionale è retto da una segretaria che ha contraddistinto la sua candidatura alla guida del partito proprio su una linea contraria al progetto autonomista. Ma ai vertici come alla base del PD si esprimono posizioni diversificate. Alcuni condividono la visione di qualche mese fa pro-autonomia di Bonaccini e altri sono ora nettamente contrari. Ma non è automatico che dirigenza e elettorato del PD lombardo si siano entrambi davvero convertiti a una visione di unità nazionale che comporti una uniformità di regole in tutto il Paese. In ogni caso in Lombardia sembrano prevalere ai vertici di questo partito gli autonomisti (che tuttavia non si dichiarano esplicitamente tali). In conclusione destra e sinistra fino a tempi molto recenti sono state difficilmente distinguibili con riferimento all'autonomia differenziata in Lombardia. Il M5S ora ha una netta linea anti-autonomista sia in Lombardia sia nel Paese.

CONFINDUSTRIA E UNIVERSITÀ NEI CONFRONTI DEL PROGETTO AUTONOMISTA

Gli ultimi due presidenti di Assolombarda che, secondo prassi, dopo il passaggio in Assolombarda sono divenuti presidenti di Confindustria, sono entrambi lombardi e direttamente coinvolti nel settore sociosanitario. Il primo, ora past president di Confindustria è impegnato nel settore biomedicale. Si tratta di Carlo Bonomi, Presidente di Synopo spa, Sidam srl, presidente del CDA di Ocean srl e Marsupium srl e consigliere indipendente di Springrowth SGR spa, presidente di Fiera di Milano spa, membro dei CDA della Fondazione Assolombarda, di Dulevo International spa e della Università Bocconi. Il suo predecessore nel ruolo di presidente di Confindustria, Gianfelice Rocca, è del gruppo Humanitas-Techint. Impegnato quindi nel settore della assistenza ospedaliera e territoriale, è proprietario del secondo gruppo privato italiano della sanità. Entrambi i presidenti di Confindustria hanno anche un considerevole peso nel settore dell'istruzione accademica legata al sociosanitario (sia clinico medico, sia per gli aspetti di management e di economia sanitaria). A quali università possono essere ricondotti direttamente? Alla Bocconi, per i settori di insegnamento e ricerca economico-manageriali (Bonomi e Rocca sono nel CDA), alla Università Statale di Milano per le facoltà di medicina e chirurgia e affini (Rocca). Per non parlare del fatto che l'Università degli Studi di Milano con riguardo agli insegnamenti

rivolti alla sanità è egemonizzata da circa 10-15 anni dagli orientamenti della Bocconi, tramite un rimarchevole trasferimento di docenti/ricercatori del Cergas – SDA Bocconi nel dipartimento economico della facoltà di Scienze politiche, Economiche e Sociali e in alcuni dipartimenti di Medicina e chirurgia.

È noto quanto siano rilevanti i legami tra sanità e alta istruzione. In Lombardia il disallineamento del SSR con il resto del Paese non riguarda solo ciò che tradizionalmente è considerato sanità in senso stretto (per esempio, connesso ai livelli istituzionali e alle strutture di base del SSR). Le mire di disallineamento in sanità hanno comportato che venisse introdotta una riforma locale della università. Mi soffermo quindi sulle caratteristiche specifiche della Lombardia con riferimento all'università che serve il settore sociosanitario (spero che le ricerche si soffermino su questi aspetti, consentendo un confronto fra le regioni). Il processo di privatizzazione delle facoltà statali di medicina e chirurgia – in questo caso inteso come ibridazione con il privato – riguarda in realtà tutta la regione. Tornando all'Università statale di Milano, le cui sedi sono distribuite anche in alcune province della Lombardia, essa ha istituito un certo numero di proprie sedi di insegnamento nelle strutture cliniche della sanità privata. Queste ultime costituiscono nel 2017 -2018 la metà circa delle sedi di docenza e di ricerca della facoltà stessa. Ai privati è stato concesso anche di appropriarsi – e di esserne responsabili della rete – della assistenza clinica di grande complessità e rilevanza (interventi clinici “tempo dipendenti”); la formazione accademica che riguarda questi ultimi viene quindi effettuata nelle loro sedi. La scelta di dare rilievo al ruolo dei privati in determinati settori chiave – a titolo di esempio fra gli altri, la cardiocirurgia – fa sì che la struttura privata cui viene attribuita l'erogazione del servizio diventa poi sede anche del corrispondente insegnamento accademico. Ma il sistema accademico lombardo ha prodotto anche università di medicina e chirurgia private (o parti di esse), nate per iniziativa dei gruppi della sanità connessi ad Assolombarda, dopo che questi avevano ottenuto un fattivo aiuto dalle università statali della regione. Da queste ultime, le università private sono state letteralmente incubate (ossia aiutate a nascere e crescere). Nonostante ciò, la Lombardia non ha prodotto la migliore sanità del Paese, come ci ha ripetutamente fatto credere fin dai tempi del presidente Formigoni, che contava su studi effettuati da centri di ricerca amici. In realtà quando il monitoraggio e la valutazione si sono spostati dalla Lombardia all'ambito nazionale, il decantato 1° posto della Lombardia è divenuto il 5° posto, in particolare con riferimento alla garanzia dei LEA, cioè dei livelli essenziali di assistenza. Altro aspetto curioso, la sbandierata autonomia lombarda ha dovuto far ricorso alla consulenza di esperti e manager di altre regioni per un riassetto dei problemi evidenti nella sanità regionale: programmazione inesistente o quasi, prevenzione carente e infrastruttura territoriale pubblica insufficiente e mal gestita, in un contesto di “anarchia organizzativa”, come è lo stesso Assessore Bertolaso a dire in una intervista. L'eccessiva privatizzazione del SSR non è in genere colta come problema, mentre lo è, secondo il punto di vista del tutto condivisibile di Chiara Cordelli (Cordelli, 2022).

**LO STUDIO DEL PROCESSO
DI TRASFORMAZIONE IN SENSO
PRIVATISTICO DELLA SANITÀ
LOMBARDA PUÒ CONSENTIRCI
DI COMPRENDERE MEGLIO
IL PROGETTO DI AUTONOMIA DIF-
FERENZIATA NEI SUOI
POSSIBILI RISVOLTI IN SANITÀ**

La differenziazione regionale ordinaria fra le sanità delle 21 regioni e province autonome, viene introdotta con l'attribuzione alle regioni della gestione della sanità a partire dal 1992. Ciò avviene in parallelo al processo di aziendalizzazione. Ma quello che va colto è che alla differenziazione prodotta dai Governi della Lombardia è spesso corrisposta la fuoriuscita da un quadro di riferimento nazionale, che avrebbe dovuto in ogni caso essere rispettato. Ciò accade fin dal 1995 – 1997, e trova un'espressione osservabile nelle modalità di ingresso dei privati nel SSR (detto semplicemente: non ci sono filtri all'ingresso che tutelino l'utente). **In altre parole, l'autonomia differenziata è esistita in Lombardia per la sanità fin da allora. Regione Lombardia non si è conformata al resto del Paese, nel senso che non ha via via rispettato sempre il quadro normativo generale che avrebbero dovuto rispettare tutte le regioni. E dopo essersi illecitamente disallineata ha sempre cercato di fare scuola proprio su quegli aspetti che tendevano a rompere il quadro complessivo di omogeneità del SSN.** La mia analisi mi ha portato alla seguente convinzione: per poter cogliere cosa avviene in sanità l'analisi deve oltrepassare i suoi confini più stretti. Come ho appreso nella attività di ricerca, **Sanità, sistema universitario e ricerca sono inscindibili** per un progetto di privatizzazione della sanità, che è al tempo stesso anche il piatto forte della autonomia differenziata di uno stato-regione del Nord, quale intende essere la Lombardia.

Ma allora, quali lezioni apprese in Lombardia riguardano la sanità?

Non vorrei parlare dei tratti di differenziazione dal punto di vista delle disuguaglianze osservabili a valle e riferibi-

li ai cittadini. Di questi aspetti parlano altri studiosi. Vorrei mettere l'accento piuttosto su quello che è accaduto nella regione che maggiormente si è disallineata rispetto al SSN delle origini e che da tempo fa scuola.

Lo schema di comportamento è questo: ci si proietta in avanti in terreni che non sarebbero consentiti dalla normativa vigente e, o lo si nasconde per quanto possibile, o, al contrario lo si esibisce, secondo le convenienze politiche, se le occasioni di pubblicizzazione vengono ritenute opportune in termini di ricadute future. E poi si opera per far sì che la “fuga in avanti” venga accettata/assorbita dal Paese e magari anche imitata (le aule universitarie della formazione manageriale diventano i canali maggiormente utilizzati per questi trasferimenti interregionali).

Quali sono le innovazioni lombarde “esportabili” che rispondono agli interessi di privatizzazione. Vediamole in sintesi:

● **Riconfigurazione organizzativa dei livelli istituzionali del SSR per la costruzione dei mercati:** in Lombardia i livelli istituzionali sono 3 e nel resto del Paese sono 2: la principale novità che ha reso ancora più caotico il SSR lombardo, è infatti l'introduzione di organizzazioni di natura pubblicistica e territoriale, di sola erogazione, che svolgono assistenza ospedaliera e territoriale: le ASST, aziende sociosanitarie territoriali.

● **Riconfigurazione organizzativa delle organizzazioni base (ATS e ASST):** la macro divisione del lavoro nel SSR risulta disallineata e non è stata corretta né dalla revisione della legge di riforma Maroni (LR 23/2015) né da parte della riforma Fontana-Moratti (LR 22/2021); se questa configurazione organizzativa venisse “esportata” verrebbero ad accentuarsi ovunque i problemi organizzativi, di gestione e lo spreco di risorse.

● **Promozione del pilastro assicurativo di finanziamento con estensione della spesa sanitaria privata:** iniziativa individuale e in ragione del welfare aziendale che comprende polizze assi-

curative anche per gli enti pubblici; si veda il caso dell'ex direttore del welfare lombardo che diventa direttore della Statale e introduce le polizze sanitarie per i dipendenti dell'università.

- **Privatizzazione della offerta socio-sanitaria:** sbilanciamento spinto verso l'offerta di servizi privati.

- **Sistema universitario pubblico ibridato e formazione accademica prevalentemente erogata dai privati che godono anche di tariffe aumentate:** esistono le università di Medicina e chirurgia private, ma anche le facoltà di Medicina e chirurgia statali hanno sedi negli ospedali privati; chi ha sedi accademiche diffonde il proprio punto di vista e, se si tratta di sede privata, rende naturale la presenza legittimata e autorevole del privato in sanità: il privato non è – e non sarà più – considerato come un “problema”.

- **Ricerca soprattutto in mano ai privati: molti ospedali della sanità privata sono stati promossi in IRCCS** (prevalentemente dopo la riforma nazionale degli IRCCS del 2003). La gran parte della ricerca è stata collocata quindi negli IRCCS privati (in Lombardia sono il triplo degli IRCCS pubblici) e da questo fatto, con la Legge Regionale del 2010, sono stati iper-finanziati (le tariffe dei servizi erogati diventano sovra-tariffe). Tutta la ricerca universitaria in ambito sociosanitario è già orientata alle richieste del settore produttivo, essendo per lo più gestita dal settore produttivo privato, anche sociosanitario.

Tutte queste misure sono quasi sempre in discontinuità con i vincoli normativi nazionali.

In Lombardia, in sanità, ci pare sia già successo tutto quello che di significativo potrebbe accadere in termini di differenziazione all'interno del SSN. Lo si è fatto di nascosto ma anche “in bella vista”, alternando dissimulazione e fiera esibizione nei confronti del vertice nazionale dei comportamenti disallineati. Formigoni esibiva, in prevalenza, ma non comunicando del tutto le vere intenzioni finali; Maroni dissimulava dando da intendere che avrebbe modificato il SSR riequilibrandolo, cosa che

non ha fatto; Fontana ha mostrato tutti i tipi di orientamento secondo le convenienze elettorali, mantenendo tuttavia nei fatti una linea decisamente pro privato e coerentemente in linea con quella dei suoi predecessori. Moratti, secondo assessore al welfare del governo Fontana (dopo Gallera), ha gestito la prima fase di progettazione della missione sanitaria del PNRR predisponendo l'orientamento degli investimenti e la sua proposta di riforma ha introdotto il principio di “equivalenza e di integrazione pubblico e privato”. E ora Bertolaso dimostra di essere in continuità con le politiche di sempre elargendo risorse ai privati per la soluzione del problema delle liste di attesa, che nella maggior parte dei casi sono proprio i privati stessi a creare.

In sintesi, la Lombardia si è contraddistinta mettendo in campo una pratica di impermeabilità dai condizionamenti nazionali, se non graditi. Ma non è già successo tutto quello che poteva accadere in Lombardia. Con l'introduzione della autonomia differenziata in sanità il quadro potrà anche peggiorare. Ecco come: regole del tutto nuove nella formazione e gestione e retribuzione del personale con norme autonomamente definite; tariffe dei servizi autodeterminate, politiche autonome dei farmaci, ulteriore privatizzazione del SSR ecc.

Chi ha un interesse diretto a che la autonomia di cui godrà la Lombardia si intensifichi in sanità? Sono i grandi gruppi della sanità privata, che hanno scelto di concentrarsi al Nord e che hanno di fatto gestito l'espandersi del loro potere – qui consolidatosi – in Italia e non solo, a partire da questa regione. **Sono loro** ad avere la necessità che il SSR non rispetti i principi originari del SSN e che quest'ultimo si frammenti. Uno dei modi di preservare questo odierno posizionamento di forza è di controllare e favorire il processo di autonomia differenziata della Lombardia e fare di tutto perché si implementi. Il risultato: avere a totale disposizione, a parità di orientamento politico di governo, un luogo sicuramente franco per ogni tipo di libera iniziativa.

IL RUOLO DEL CERGAS-SDA BOCCONI NELLA DETERMINAZIONE DEL MODELLO DI SANITÀ IN LOMBARDIA E ALTROVE IN ITALIA

Inizio con il considerare le diverse vocazioni e i ruoli espletati dalla Bocconi con effetti sulla sanità: in generale influenza e traina il sistema universitario italiano in ambito economico e manageriale; determina la formazione manageriale degli operatori del settore sociosanitario italiano attraverso corsi e master; dirige, attraverso propri esponenti di vertice, le associazioni accademiche italiane di economia sanitaria e riveste un ruolo importante in quelle europee, condizionandone le linee di ricerca; dopo la conclusione della fase pandemica Covid-19, come istituzione accademica, monitora la risposta dei sistemi sanitari europei alle emergenze pandemiche (l'ex presidente del Consiglio Monti si fa affiancare dai ricercatori del Cergas-SDA nell'espletare il suo incarico per la UE); redige report per le grandi organizzazioni europee e internazionali (UE Commissione europea, WHO Europa; OECD, ecc.) contenenti dati e informazioni che descrivono il nostro SSN e le sue articolazioni; fornisce informazioni al sistema dei media; dà consulenze tecnico manageriali e redige proposte di modelli di organizzazione/gestione della sanità regionale e nazionale per i diversi schieramenti politici italiani e, per finire, risiede nel Consiglio superiore della sanità. Non c'è che dire: un potere esteso e crescente.

Il Cergas-SDA Bocconi, nato in occasione della istituzione del SSN italiano nel 1978, ha attraversato fasi di vita contrassegnate da orientamenti diversi. Dagli anni '90 in poi, principalmente si è dato il compito di accompagnare la aziendalizzazione della sanità, istruendo i ruoli manageriali ai vertici della sanità pubblica e privata italiana, fondando riviste di settore (MECOSAN) e dal 2000 elaborando annualmente il Rapporto OASI con il quale ha influenzato il processo di aziendalizzazione e privatizzazione della sanità italiana fino ad oggi. Altre componenti del suo agire forse sono meno in evidenza. Vediamole. È al servizio dei suoi alumni, ossia dei top manager sparsi per il mondo interessati a far entrare nel settore sociosanitario italiano le aziende che essi stessi dirigono (vedi sito). Ha fornito i vertici delle società di consulenza filiali italiane delle Big Cons multinazionali di diverse generazioni di manager, le stesse consultancies che spingono il SSN e le sue articolazioni verso modelli sempre più privatizzati.

Il Cergas SDA Bocconi si potrebbe affermare che è il primo soggetto istituzionale ad essere di fatto per la equivalenza pubblico-privato, in quanto il suo business – che consiste in formazione, ricerca e consulenza – non può che crescere con la privatizzazione del settore.

Il suo apporto conoscitivo è di tipo prevalentemente prescrittivo (formazione tecnica legata alle mode manageriali che viene somministrata in direzione top down) e non pare interessato alla ricostruzione della realtà secondo un approccio sociologico descrittivo- indipendente, per ragioni che sembrano ovvie e che stanno nelle cose: l'ambito della sua ricerca/monitoraggio è anche quello da cui acquisisce commesse di consulenza.

Secondo la logica del New Public Management, la sua visione di che cosa

sia il soggetto pubblico è illuminante per capire l'inadeguatezza del modello proposto per la continuità del SSN pubblico italiano. Non è solo – come dicono al Cergas – un problema di servizi che vanno commisurati al finanziamento (cosa di per sé che non rispetta la Costituzione), è piuttosto – si direbbe – un problema di frammentazione aziendalistica dei sottosistemi del SSR che dovrebbe essere condotto, secondo la Bocconi, dando potere decisionale sui servizi ai manager intermedi delle singole unità organizzative delle aziende sanitarie. Non è difficile osservare che ciò che viene suggerito risponde anche a un suo diretto interesse di business (i dirigenti intermedi sono numerosi e costituiscono il bacino ideale per la formazione gestionale).

Nel merito delle proposte del Cergas- Bocconi, lo stesso ente Regione in sanità non viene inteso come una articolazione politico amministrativa della Repubblica ma come una holding che controlla varie aziende. La Regione è vista quindi come la capogruppo di un qualsiasi gruppo aziendale preoccupato delle proprie performance e che deve via via rafforzarsi sul mercato. In sanità il Cergas-Bocconi ha diffuso l'idea di un posizionamento strategico della Regione Lombardia nel mercato internazionale e nazionale della sanità. E lo stesso vale per i livelli sottostanti della organizzazione regionale della sanità, sia pubblici che privati.

Il modello proposto dalla Bocconi in Sanità è improponibile sia con riferimento al dettato costituzionale sia rispetto allo Stato di diritto. Non a caso insegna ai manager di operare come se non esistessero vincoli normativi (vedi il rapporto OASI numero zero del 2000). Insomma non propone un modello che costituisca lo strumento più adatto alla tutela della salute del cittadino: l'iper-aziendalizzazione, la frammentazione, la ricerca di un posizionamento strategico di singolarità aziendali all'interno di un sistema; la responsabilizzazione dei vertici e dei manager intermedi nei confronti del razionamento dei servizi. Quello che vediamo in totale sofferenza (il SSN) è l'esito della applicazione di un modello iper-aziendalizzato. Sono stati considerati in prevalenza gli aspetti manageriali e gestionali per il funzionamento aziendalistico di aziende sanitarie pubbliche – in sostanza monadi – sulla considerazione di aspetti sistemici di prevenzione primaria e clinici rivolti alla tutela della salute cittadino. Si tratta di esiti fallimentari (inconfessati e inconfessabili) del modello bocconiano di sanità. Esso denuncia altre cause della crisi e propone rimedi che scardinano via via il SSN. Per esempio, il citato razionamento dei servizi deciso dai manager delle singole aziende di cui si compone il SSR.

Sono i primi supporter della privatizzazione e sembrano sostenere – non in modo del tutto esplicito – l'autonomia differenziata, sia in Lombardia sia in Emilia Romagna (per citare le regioni in cui da decenni sono i consulenti dei rispettivi SSR). Proposta che in sanità significa considerare positivamente il turismo sanitario (ricordo gli accorati appelli di un ricercatore del Cergas-Bocconi al telegiornale Rai della Lombardia per un posizionamento strategico della sanità lombarda tale da incentivare la forza di attrazione dei pazienti del resto del Paese e non solo). Come si chiama tutto questo se non “aiutare a sviluppare una visione e una pratica della sanità ‘colonizzatrice’ e anti SSN”?

Lettere aperte al Presidente della Regione Campania

a cura del Coordinamento campano per il diritto alla salute*

Al Presidente della Regione Campania

Vincenzo De Luca

Alle autorità sanitarie della Regione Campania

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Il conseguimento della finalità è garantito, mediante il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;

Questo è il preambolo della legge **n. 833 del 1978** ma questi principi sono stati via via ignorati, banalizzati e mistificati con le varie modifiche governative che hanno svuotato il SSN di uniformità territoriale (regionalizzazione), garanzie per i ceti disagiati (ticket), di funzioni fondamentali (prevenzione, riabilitazione) di efficacia ed efficienza (liste d'attesa infinite, burocrazia, soglie di accesso sempre più difficili da superare, esclusione di ampi strati sociali dalle cure) fino a renderlo uno scheletro con funzioni residue che sta per crol-

lare sotto i colpi degli ultimi provvedimenti dell'attuale governo (**definanziamento e autonomia differenziata**).

Così come è vero che il SSN è stata una conquista del movimento operaio e popolare negli anni '70, allo stesso modo abbiamo il dovere, oggi, di lottare per riacquisire il diritto alla salute.

Questo quadro generale mostra i suoi aspetti peggiori in Campania e al Sud. Come presupposto dobbiamo riportare l'ultimo dato ISTAT disponibile, quello del 2022, che classifica la speranza di vita alla nascita della nostra regione all'ultimo posto con 3 anni inferiore alla media nazionale e di 4 anni nelle province di Napoli e Caserta rispetto alla migliore posizione italiana (Treviso).

Il dato ISTAT relativo all'abbandono delle cure è allarmante: in Campania il 19,9% della popolazione rinuncia a curarsi perché le AASSLL non garantiscono tempi accettabili di attesa, perché non hanno la possibilità economica di accedere al privato e/o perché non autonomi per mobilità o reddito.

Gli anziani in particolare sono quelli più coinvolti in questo abbandono con risvolti depressivi sulla loro condizione mentale.

La situazione dei fragili è addirittura disperata per l'isolamento e l'assenza di sostegni reali ai singoli ed alle famiglie.

Noi proponiamo un radicale cambiamento del Servizio Sanitario Nazionale nel senso di invertire l'ordine delle priorità e oltrepassare le separazioni artificiose tra salute e ambiente.

La prevenzione deve entrare in un programma di miglioramento dei livelli di Salute in una regione interessata da livelli di inquinamento di vecchia data, con 1.860.000 abitanti esposti, due SIN nella sola città di Napoli e un centinaio di comuni inclusi nella terra dei fuochi, tra Napoli e Caserta (SIR Agro Aversano e Litorale Flegreo e SIR litorale Vesuviano) ma con proiezioni nelle aree interne (Valle dell'Irno e del Sabato), tutti contrassegnati da dati di una gravità assoluta. Prevenzione nel caso specifico significa dare concretezza ai programmi di bonifica e specialmente dare corpo ad un protocollo univoco di sorveglianza sanitaria sulle popolazioni esposte a partire da strumenti già accreditati che riguardano i comuni (Referto Epidemiologico Comunale), le AASSLL (RENCAM e Registro tumori), le regioni (Registro delle malformazioni congenite, delle malattie rare, Registro della Mortalità regionale, R. Mesoteliomi...) in aggiunta allo studio S.E.N.T.I.E.R.I. ed a programmi di biomonitoraggio atti a rilevare la presenza di sostanze nocive (metalli pesanti e diossine) nel vivente e nell'ambiente.

Questo vuol dire cogliere le condizioni predisponenti alle patologie prima che le malattie si manifestino e dare una svolta radicale all'espansione di patologie mortali.

La medicina predittiva (Prevenzione secondaria) meriterà un impegno aggiuntivo rispetto all'odierna situazione ma dovrà avere un rapporto di stretta correlazione con la prevenzione primaria e non legarsi a schematismi generali non sempre corrispondenti alle situazioni locali.

La Medicina del territorio deve essere implementata nel senso di un robusto sostegno economico ed un sostanziale rinnovamento. Si deve aumentare il numero del personale dipendente per

rafforzare i poliambulatori e specialmente occorre integrare la medicina di base nelle case di comunità che devono diventare il vero fulcro del SSR. La medicina di base deve diventare di completa gestione pubblica con medici dipendenti del SSN, coordinati in unità dipartimentali territoriali.

La Salute Mentale è ridotta pochi punti di accoglienza (UOSM) e pochissimi SPDC che non soddisfano la minima assistenza ad una popolazione che ha visto esplodere la sofferenza mentale nel periodo covid e successivo. Solo poche realtà territoriali hanno mostrato forme di resistenza lanciando segnali positivi in situazioni difficili e con ridottissimi mezzi. Per il resto, In queste condizioni, i punti di accoglienza sono divenuti dispensari di farmaci mentre proliferano nuove forme di reclusione manicomiale, l'abbandono dei sofferenti e la disperazione dei familiari in una china che sta azzerando rapidamente la riforma Basaglia, C'è bisogno di invertire questa tendenza poiché non esiste Salute senza il benessere psichico e quindi sono necessari nuovi investimenti per la Salute Mentale, la stabilizzazione di tutte le forme di precariato, il contrasto agli ulteriori tagli di personale e il ricatto di licenziamenti. Bisogna specialmente ascoltare la voce dei sofferenti e dei familiari.

Per i cittadini "vulnerabili" sul piano fisico e/o quello psichico - segnatamente, gli anziani ed i diversamente abili – l'autonomia differenziata si traduce in tagli draconiani alle prestazioni sanitarie ed alla mobilità, individuale e sociale.

Per il funzionamento della medicina territoriale è necessario un profondo rinnovamento delle interazioni e le relative competenze/responsabilità in tema di prevenzione/cura e mantenimento degli standard sul piano territoriale da parte delle strutture sanitarie e di quelle di livello istituzionale.

La creazione degli "Ambiti Socio Sanitari" doveva avere questa valenza.

Gli Ambiti, infatti, costituiscono il punto di confluenza delle responsabilità del piano sanitario (i Distretti) e quel-

le di più schietta matrice assistenziale (Comuni) ai fini della compilazione dei singoli PAI con tutto ciò che comporta la gestione extra ospedaliera delle necessità dei cittadini.

Tale meccanismo nella stragrande maggioranza dei territori della Campania non è mai stato implementato e laddove gli Ambiti sono riusciti ad operare, ciò è accaduto sempre in assenza di uno dei 2 componenti essenziali (Distretto Sanitario e Assessorati alla Salute): il risultato è un pessimo servizio verso i più fragili e i non autosufficienti.

Nella città di Napoli sono stati dismessi circa 10 ospedali di piccole-medie dimensioni.

Una parte di essi possono e devono essere riconvertiti in strutture territoriali cioè case di comunità, ospedali di comunità, Hospice, RSA e poliambulatori. Di essi solo **l'Ospedale San Gennaro**, nel rione Sanità, ha un programma definito nella direzione di accogliere le tre tipologie di intervento territoriale, **Casa e Ospedale di Comunità ed Hospice**, programma che va portato avanti e completato in tempi idonei.

La prospettiva deve includere il trasferimento nella stessa sede di un servizio di medicina di base, di continuità assistenziale (guardia medica), un servizio di poliambulatorio, un collegamento rapido di trasporto in ospedale in caso di acuzie, un laboratorio di analisi clinico-chimiche e di diagnostica per immagini tali da consentire la diagnosi e la gestione delle patologie prima che precipitino nell'urgenza e necessitino del ricovero ospedaliero. Il cuore di questa nuova forma di medicina del territorio deve essere **la partecipazione**.

L'Ospedale del Rione Sanità, avendo la capienza necessaria, una posizione urbana centrale collegata ad un insediamento popolare storicamente affollato, una tradizione di partecipazione consolidata, deve divenire un esempio della nuova assistenza territoriale.

Tale schema deve essere riproposto in ogni centro urbano ed in particolare nelle aree disagiate ad evitare l'inutile e dannoso ricorso alle cure dei Pronto soccorsi ospedalieri altrimenti desti-

nati ad una crisi infinita di sovraffollamento.

Per le liste d'attesa vanno combattute tutte le forme di speculazione sul bisogno di assistenza e date le stesse opportunità di accesso a tutti gli utenti del SSR. Uno strumento utile è l'applicazione del Dlgs 124 del 1998 che consente l'utilizzo dell'ALPI (attività libero-professionale intramuraria) a spese dell'ASL a tutti coloro che vengono penalizzati da tempi di prenotazione che superano le necessità cliniche dei singoli casi.

Relativamente alla domanda di assistenza ospedaliera va recuperato il divario dei posti letto ospedalieri campani (2,9 x 1000 abitanti) rispetto alla media nazionale (3,5 x 1000 abitanti) e conformata l'offerta e l'accesso alle cure in urgenza. Va innanzitutto sanata la scandalosa assenza **dei due Policlinici Universitari dalla rete dell'Emergenza** che non ha più nessuna giustificazione se non la difesa di privilegi baronali della casta universitaria.

Nello stesso senso si devono riattivare al più presto i due presidi periferici del **San Giovanni Bosco e del Loreto Mare completi di Pronto Soccorso** allo scopo di alleggerire la situazione drammatica di sovraffollamento dell'Ospedale Cardarelli e dell'Ospedale del Mare.

Una necessità analoga riguarda la rete ospedaliera pediatrica, attualmente gravitante tutta **sull'Ospedale Santo Bono**, ed i punti nascita, dopo la chiusura dell'Annunziata, del Loreto Mare e degli Incurabili. Se nei capoluoghi di provincia questo bisogno in parte viene assorbito dal privato, nelle aree interne il problema è affidato alle ambulanze che spesso devono spostare le gravide e i bambini di 50 e più chilometri per raggiungere un centro attrezzato.

È necessaria inoltre aprire una porta di accesso **alle urgenze oncologiche che richiedono competenze e tecnologie non sempre disponibili negli ospedali generali** per cui riteniamo necessario aprire i Pronto Soccorso nei centri di eccellenza, attualmente non accessibili, come l'Istituto Pascale e/o la sua propaggine territoriale, l'Ospedale

Ascalesi, oltre che i Policlinici Universitari e il Monaldi.

Nella province, come a Napoli, c'è stata una riduzione di posti letto ben al di sotto delle esigenze territoriali e questa tendenza è peggiorata durante il periodo COVID: da Scafati a Eboli, da Torre del Greco a Boscotrecase, da Vallo della Lucania a Rocca d'Aspide, da Santangelo dei Lombardi a Bisaccia abbiamo strutture ormai ridotte a funzioni minime, talora indefinite con il risultato pratico che per le urgenze gravi i pazienti vengono indirizzati negli ospedali dei capoluoghi ovvero a Napoli.

Nelle isole, Ischia, Capri e Procida si affida l'assistenza ospedaliera all'elitrasporto o ai mezzi navali con rischi notevoli per i pazienti mentre la medicina territoriale rimane un progetto sulla carta.

È necessario quindi ricomporre una rete ospedaliera e delle urgenze che sia legata alle esigenze della popolazione e non alle imposizioni finanziarie di logiche di bilancio che hanno dimostrato la loro inutilità durante la crisi Covid. Circa la carenza di personale, vanno fatte delle scelte coraggiose e radicali: abolire i vincoli dei tetti alle assunzioni di personale dipendente, abolire il numero chiuso alle facoltà sanitarie.

Abolire i privilegi delle caste accademiche che si oppongono al coinvolgimento degli atenei nella rete dell'Urgenza. Attuare una riforma dei percorsi formativi per medici, infermieri e tecnici, immettendo il personale in formazione nelle aree di assistenza sin dai primi anni ad evitare lo smarrimento dei neolaureati nelle fasi successive di entrata nel ciclo lavorativo. Vanno studiati incentivi e vincoli per gli studenti che si formano nelle Università pubbliche al fine di rendere attrattivo il rapporto di lavoro con il SSN ed evitare la fuga verso l'estero ed il privato. Nelle situazioni più critiche bisogna prendere in considerazione anche il possibile apporto dei medici militari e dei sanitari provenienti dall'estero. Il comitato promotore, accogliendo l'appello dei sanitari per Gaza e delle organizzazioni promotrici dello sciopero in appoggio della popolazione palestinese, esprime nella giornata di lotta del 23 febbraio la propria vicinanza agli abitanti dei territori sottoposti a rappresaglia indiscriminata da parte dell'esercito israeliano e la solidarietà agli operatori sanitari che continuano a prestare il loro soccorso alle vittime della guerra in condizioni difficilissime ed a rischio della loro incolumità.

***Coordinamento campano per il diritto alla salute:**

Medicina Democratica, Psichiatria Democratica, Magistratura Democratica Napoli, Forum salute e diritti, Alex Zanutelli, Comitato San Gennaro art 32, Legambiente sezione Centro antico Napoli, comitato civico San Giovanni a Teduccio, Barra R.esiste, Orti sociali di Ponticelli, USB, SGB, comitato Salute e Vita Salerno, Abaco, ass.Help per la tutela degli utenti, Lucio Pastore, già primario pronto soccorso ospedale Isernia, Vincenzo Caporale, Mare libero e gratuito, rete No Box Napoli, Villa Medusa ambulatorio popolare, Anpi sezione Lenuccia Cerasuolo, Luigi De Magistris, Terra Mare Motus Ats, USB lavoro privato Caserta, Rete Rione Sanità Napoli, Pap Unione Popolare, Sinistra Anticapitalista, Rifondazione Comunista, USB Immigrati Rete lavoratrici domestiche, Angelo Genovese docente Federico II, Afasp, Acli beni culturali, mov. Nazione Napolitana Indipendente, Gea, Comunità Palestinese della Campania, Sandro Fucito, Pio Russo Krauss, ANPI sezione Ercolano, Ester Martone, Rete sanitari per Gaza, Giovanni Frangione comitato Roccadaspide-Salerno, Movimento 5 Stelle, PCI Campania, Fabrizio Chiodo, Terra Mare Motus ATS; Antonio Marfella-ISDE, Cooperativa LESS, FUTURAMA, Confederazione COBAS e COBAS scuola, Ecologia Politica.

Scuola luogo cruciale per la salute, la sicurezza e la prevenzione

di Rino ERMINI

La scuola è un luogo molto importante per la questione “salute, sicurezza e prevenzione”: sia per coloro che vi lavorano, cioè insegnanti e personale ATA (Amministrativi, Tecnici, Ausiliari), sia per chi la frequenta, cioè studentesse e studenti; ma è importante anche per il presente e il futuro della società, visto che vi si dovrebbero preparare ed educare coloro che saranno gli adulti di domani. Tuttavia, malauguratamente, chi ha in mano il potere, che stia al governo o all’“opposizione”, di questo o non si rende conto o non lo capisce o lo ha capito ma i suoi interessi sono altri. Infatti, quella è gente troppo impegnata a dirottare energie e risorse sull’unico obiettivo che riconosce, cioè il profitto, in particolare quello che va per la maggiore in questi tempi e che scaturisce dalle armi e dalle guerre.

Altre volte abbiamo parlato della questione, ma è evidente che vi insisteremo fino a che i problemi non saranno risolti. Qualcuno potrebbe accusarci di “conoscere una sola predica”. Questa della conoscenza di una sola predica viene da una novella persa nel profondo del Medioevo. Forse la conoscerete già, forse l’avrò già raccontata ma, per

l’appunto, la ripeterò, se non altro per cominciare in leggerezza, e a beneficio di coloro ai quali fosse ignota.

C’era un frate che conosceva una sola predica. Un’ottima predica a dir la verità, ma solo quella. Era un frate girovago, per cui quando arrivava in un villaggio si tratteneva soltanto pochi giorni, per predicare alla messa della domenica, il tempo appunto di una sola predica, mangiava e dormiva, ospite preferibilmente di qualche contadino o qualche artigiano, e il lunedì o il martedì si rimetteva in cammino per andare altrove. Capì una volta che proprio mentre se ne stava andando, tornasse da un viaggio un signorotto locale il quale, dolendosi di non aver potuto ascoltare cotanto predicatore, lo convinse a rimanere perché predicasse ancora la domenica successiva. Il frate si trovò a disagio, quasi perso, perché, conoscendo una sola predica, non aveva da dire altro che quella. Si dice che il nostro se la cavò da par suo. La domenica dopo, salito sul pulpito di fronte al popolo che affollava la chiesa, in prima fila il signorotto, esordì così: “Mi è giunta voce che vi è fra di voi qualcuno che non ha ben compreso la predica di dome-

nica scorsa, ragion per cui, avendo io buona memoria e soprattutto dicendo cose vere e sante che nessuno potrà negare e che mai sarà inutile ripetere, la predica di oggi sarà identica a quella della domenica passata”.

A voler esagerare, si potrebbe dire che quel frate anticipava in un certo senso, pur senza saperlo, un noto concetto pedagogico moderno, conosciuto ma quasi sempre disatteso per ragioni di forza maggiore, per il quale non si va avanti nel programma, cioè non si passa alla lezione successiva, se tutti gli allievi non hanno ben compreso le precedenti”. Ecco, potremmo cominciare proprio da qui. Come sta, in quanto a salute fisica e psicologica, uno studente che, avendo difficoltà, si trova a dover affrontare un argomento nuovo e non ha però compreso il precedente? Bene non sta. E starà sempre peggio perché probabilmente gli accadrà, non riuscendo a seguire nel dovuto modo, di accumulare lacune e deficienze che per lui saranno un continuo malessere. Figuriamoci poi se nella sua propria classe, dove verosimilmente non sarà il solo ad avere difficoltà, il malessere diventerà collettivo, e soltan-

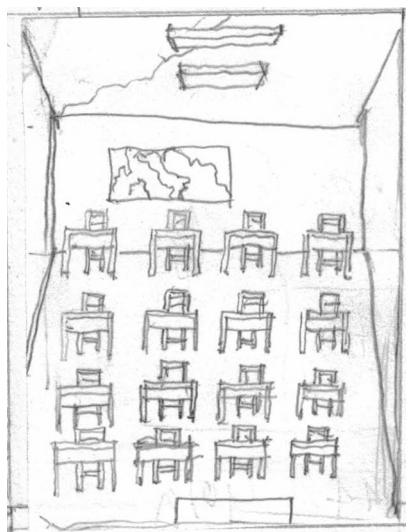
to un numero esiguo di allievi riuscirà a seguire conseguendo risultati positivi. Gli altri, oltre al malessere "in itinere", avranno anche quello di dovere verosimilmente alla fine abbandonare la scuola. Insomma: non ce la faranno a raggiungere un diploma, ma soprattutto rimarranno privi di quella "istruzione" e di quella "educazione" cui avrebbero diritto. Anche per i docenti non sarà facile: disagio e frustrazione, davanti al fallimento degli studenti, non sono una cosa da poco, soprattutto quando chi paga e dirige, cioè lo Stato, non solo non mette nella condizione ottimale per bene operare, ma boicotta pure per fini contrari persino alle sue stesse leggi. Bisogna anche dire che la società stessa, con esclusioni e bocciature croniche e diffuse, viene privata di cittadini "completi". Potrebbero rispondere lor signori che per fare il lavapiatti o il bracciante o il servo pastore o il corriere che porta la spesa a casa non c'è bisogno del diploma. E invece no, le cose non stanno così. Noi la pensiamo diversamente. Noi pensiamo che chiunque, maschio o femmina che sia, bello o brutto, nero o bianco, "italiano" o "straniero", non solo dovrebbe arrivare al diploma, ma anche ad una laurea, possibilmente che non siano pezzi di carta vuoti di senso, ma qualcosa di concreto che testimonino un percorso fatto e dei valori e dei saperi acquisiti. Ci saranno poi dei problemi a mandare uno che ha in tasca una laurea a fare il lavapiatti, dicono i saputi. Ipocriti! Non lo sapete che in giro ci sono già migliaia di giovani laureati e

diplomati che sono costretti a farlo perché non trovano lavoro adeguato al loro livello di studi? Noi pensiamo che in una società migliore di questa, sarebbe possibile trovare una soluzione. Ad esempio: una volta si parlava di "rotazione degli incarichi", cioè a dire che se ci sono, come ci sono, lavori poco gradevoli ma utili, si potrebbero svolgere a turno. Forse a un dirigente di banca non farebbe male passare dalla scrivania di prestigio e ben remunerata allo sportello di cassa; o durante la notte andare a far le pulizie degli uffici insieme con le donne immigrate; oppure, sempre di notte, a svuotare i pozzi neri della città. Ci siamo persi? Ve lo lascio pensare, ma non credo che ci siamo persi. Tuttavia, tornando all'aula scolastica da cui siamo partiti, si sappia che le bocciature, sia pure minime, ma esistenti, alle elementari e alle medie inferiori, sono in numero elevatissimo al biennio delle superiori (biennio che, se qualcuno lo ricorda, sarebbe scuola dell'obbligo); e non cessano del tutto nemmeno al triennio. E le bocciature sono non segno di una buona scuola, ma di una scuola in difficoltà, malata, che va perdendo per strada persone che andrebbero condotte in fondo al percorso di studi per il bene di tutti. Invece le perdiamo e il danno, molto pesante, oltre che essere per la società nel suo complesso, è anche ovviamente per i singoli individui; un danno in primo luogo costituito dal malessere fisico e psicologico, per loro stessi e per le loro famiglie. Sento già le obiezioni dei bene informati e dei benpensanti di

ogni risma, i quali dicono: che colui il quale si trova in difficoltà che si metta a studiare, che si rimbocchi le maniche, che faccia gocciolare il sudore dalla propria fronte. Certo, è bene che si sappia che nella vita ci può essere anche da faticare, da impegnarsi. Diciamo che ciò in una ragionevole misura può essere anche giusto e salutare. Ma intanto dovrebbe essere per tutti, mentre risulta che il figlio di papà di fatica ne faccia poca assai. E poi: come si fa a studiare se per caso ci si trova nella condizione di non aver acquisito quelle abilità che servirebbero allo scopo? Comodo parlare per quei signori i cui figli sono nati nelle famiglie "giuste", privilegiati in partenza, tanto bravi che nella loro giornata avanza pure il tempo per andare a spasso o all'oratorio. La scuola dovrebbe pensare a chi parte svantaggiato, e non bocciarlo, e non escluderlo in partenza. Dovrebbe "curarlo". Non essere quell'ospedale che cura i sani e respinge i malati. Fra gli altri, lo diceva un prete che anni addietro, lo ricordo bene, m'impegnai solennemente, io anarchico, a non nominare più. Infatti non lo nomino, ma so che non ne avete bisogno perché lo ricorderete tutti.

Sento le obiezioni di tanti insegnanti. E come si fa a recuperare tutti, a portare avanti tutti, viste le condizioni in cui lavoriamo? Come si fa a star dietro a chi ha poca voglia di studiare o a chi non ce la fa, in una classe di trenta studenti; e magari quando si hanno cinque classi per un totale di centocinquanta individui da seguire. Esagerazioni? No. Nella scuola superiore, ma anche alle medie inferiori, è

ormai la norma imbattersi in classi super affollate. E riguardo ad avere molte classi, bisogna andare a vedere quante ne hanno negli istituti tecnici gli insegnanti di diritto o in un liceo coloro che insegnano "Geostoria". Fra parentesi, Geostoria è la trovata per eliminare l'insegnamento della geografia e deprimere quello della storia (in attesa di eliminarlo anch'esso) perché si sa, è bene che si abbia dimestichezza con l'informatica, con la religione cattolica, con la storia del tricolore e dell'inno



nazionale, ma la storia con la S maiuscola, quella della gente comune, quella degli immani massacri bellici, quella è meglio che un "buon" cittadino che ha da essere pronto, non pensante ed obbediente, non sappia nemmeno che esiste. Figuriamoci poi la Geografia. Se vuoi fare un viaggio ti rivolgi a una agenzia. Se sei italiano il resto del mondo non conta nulla. Che t'importa di sapere come vivono in Africa e quanto mangiano in Senegal o quanti ospedali vi siano in Nigeria? In quanto alle banane poi, vengono dall'Esse Lunga, che c'entrano l'Africa o il Centro America?

Comunque, sia ripetuto per chiarezza, l'abolizione di certe materie, e anche i trenta alunni per classe sono un espediente furbo (e criminale) per diminuire il personale e risparmiare sui fondi destinati all'istruzione. In compenso negli ultimi due anni, se ho letto bene le cifre, sono state decurtate pesantemente le spese per sanità e scuola, mentre sono raddoppiate quelle per la "difesa", cioè per le armi, l'esercito e la guerra: sono passate dai 70 milioni di euro al giorno di due anni fa (che non erano certo pochi) ai 140 milioni di euro al giorno di oggi. Al giorno, non all'anno.

Siamo partiti dalle difficoltà di uno studente per parlare delle classi numerose e del malessere ivi esistente. Aggiungiamo due aggravanti alla situazione sopra descritta: sono una novità, roba degli ultimi anni, un tempo la prima non c'era e la seconda c'era sotto altre forme. La prima riguarda l'uso dei cellulari. A me pare demenziale che, almeno in alcuni istituti, e di un paio ho diretta conoscenza, si consenta l'uso del cellulare durante le ore di lezione. Dicono gli insegnanti che diventa impossibile lavorare. Per forza! Come non crederci? Ma in nome di quali presunti "diritti" si consente l'utilizzo di quello strumento infernale. I cellulari devono stare spenti. Se gli studenti capissero la gravità della cosa, si convincerebbero da se stessi a lasciare il cellulare a casa o almeno a tenerlo spento. E i genitori dove sono? Che fanno? Ma non sono capaci di dialogare con i figli e arrivare alla conclusione che tenere un cellu-

lare acceso in un'aula mentre si fa lezione è semplicemente demenziale? Evidentemente i genitori non sono in grado di far nulla. E i giovani sono arrivati ad un livello tale di dipendenza da aver perso la ragione, se non comprendono perché non si possa tenere acceso un cellulare durante le lezioni o consultarlo durante una verifica. Ci domandiamo anche dove siano e che cosa stiano facendo i dirigenti scolastici.

C'è un altro aspetto di grande difficoltà che andrebbe risolto unicamente con classi meno affollate e più personale. Vi sono sempre più scolari e scolari, ragazze e ragazzi portatori di culture diverse. Molti degli studenti, ormai, sono quelli che non hanno avuto l'accortezza e la buona educazione di affogare nel Mediterraneo, o non ce l'hanno avuta i loro i loro padri e le loro madri. Ma è sempre stato così: una volta c'erano i provenienti dal Sud, i provenienti dalle campagne, i provenienti da famiglie povere, magari anche culturalmente e socialmente, non solo economicamente, i provenienti dalle periferie. Insomma, si può dire che da sempre nelle classi ci siano sensibilità e situazioni diverse. Tant'è vero che, almeno a partire dai primi anni Settanta del secolo scorso, la legislazione cominciò a prevedere che si mettessero in atto percorsi, strategie e metodi adatti a annullare le difficoltà, al fine di una corretta integrazione e soprattutto di una valorizzazione delle diversità per l'arricchimento culturale di tutti. A quell'epoca il discorso poteva riguardare giovani che provenissero dal Sud dell'Ita-

lia o dalle campagne. Oggi ci stiamo dimenticando di tutto ciò. Le classi sono peggiorate perché accanto ai ragazzi con le difficoltà di "ieri" si sono aggiunti e vanno aumentando sempre più quelli che arrivano da ogni parte del "sud" del mondo, con difficoltà nuove rispetto a quelle di un tempo, ma in fondo non nuove nei contenuti, in primo luogo per la lingua parlata. Come si risponde? Con le classi differenziate. Spesso col razzismo montante, soprattutto da parte di certi studenti e delle loro famiglie. Non con le classi meno affollate, non con l'assunzione di personale qualificato, non con l'aggiornamento di quello esistente.

Che cosa dovrebbero fare i lavoratori di fronte ai problemi vecchi e nuovi? Organizzarsi, organizzarsi e organizzarsi. E gli studenti e le studentesse? Idem. E le famiglie? Ancora idem, soprattutto alle elementari e alle medie inferiori (dove per evidenti ragioni di età non possono farlo gli studenti). È inutile dire che, se parliamo della gente orientata a destra, questa si organizzerà contro i lavoratori della scuola pubblica che "non lavorano", come tutti i dipendenti del settore pubblico, e costano un sacco di soldi; e contro chiunque che non sia italiano, che non sia cattolico, che non abbia la pelle bianca... che non sia ricco, benestante, vestito alla moda, col cervello firmato ma vuoto e così via.

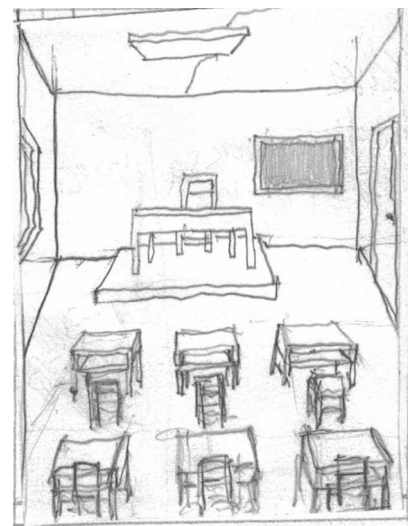
Ai lavoratori, alle lavoratrici e a studenti e studentesse che si ritengono di sinistra o comunque non siano quel tipo di persone appena accennate

sopra, vorremmo dire che innanzitutto sarebbe opportuno muoversi in prima persona e affrontare direttamente quella realtà che non ci piace e che riteniamo debba essere cambiata. Sapendo che già il pensare diversamente da quel che il potere si aspetta, è una forma di difesa e di partecipazione attiva. Il secondo passo, dopo il pensare, è parlare e confrontarsi con gli altri; mai pensare di essere soli o che agli altri sempre e comunque non interessi quel che pensiamo. Il terzo scalino, parlando di scuola, è far sentire la propria voce nei confronti dei dirigenti, individualmente e collettivamente; soprattutto nei collegi dei docenti e nei consigli di classe è indispensabile farsi avanti e non tacere. Studentesse e studenti alle Superiori hanno a disposizione un certo numero di ore di assemblea. Lo sanno? Come le stanno usando? Per organizzare la festa di San Valentino? O per saltare un'ora di lezione? Se ciò avviene non è sprecare delle possibilità, perdere delle occasioni, sputare su noi stessi e sulla nostra intelligenza?

E in ultimo, ma non è la cosa meno importante e vale per i lavoratori e gli studenti, perché non cercare collegamenti con altre scuole e premere verso i propri partiti e sindacati di riferimento (se ne abbiamo) perché il pensare e il farsi sentire, oltre a prendere forma e vivacità nel proprio singolo istituto, divengano collettivi, si estendano anche al di fuori di esso? È l'ora di piantarla col silenzio e la sopportazione: è necessariamente arrivato il momento in cui si deve ricominciare a farsi sentire, a far avere nostre no-

tizie a quei signori che stanno al potere. Non vorremmo, immagino, che dal nostro silenzio avessero a pensare male, a pensare che ci è successa una disgrazia. Anzi, sarebbe il momento di renderli edotti circa la nostra volontà di alzare la voce ogni volta che noi se ne ravvisi la necessità.

In particolare, agli studenti e alle studentesse vorremmo dire che la loro è proprio l'età migliore per farsi sentire, per seppellire il potere sotto una sghignazzata, per impadronirsi della loro vita; vorrem-



mo anche dire che sappiamo individuare fra i docenti quelli che sono o potrebbero essere al loro fianco, coi quali essere complementari. E complici. I docenti non sono sempre degli avversari, anzi non dovrebbero mai esserlo; e se fra una lotta e l'altra vi rimarrà un po' di tempo, potrete vedere che la sintonia fra voi e i vostri insegnanti potrebbe essere la carta migliore da giocare. Gli avversari, su questo non vi sono dubbi, sono invece quelli che dagli scranni del loro potere, governativo o altro che sia, calpestano la vostra vita, il vostro futuro, la vostra dignità.

“Tutela sì, tutela no. Gli istituti giuridici per le persone prive di autonomia: opportunità, criticità e proposte”

a cura di Laura VALSECCHI*



Il volume, edito nel mese di ottobre 2024 dall'Unione per la Promozione Sociale OdV, Collana “Strumenti” della rivista “Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali”, è una riflessione sulla protezione legale delle persone non autosufficienti incapaci di autodifendersi, attraverso stru-

menti quali la tutela e l'amministrazione di sostegno. Strutturato in due parti (articoli e allegati), il volume offre un'analisi approfondita delle criticità e delle opportunità degli istituti giuridici esistenti, con proposte di miglioramento pratiche.

Gli argomenti trattati coprono una vasta gamma di aspetti, affrontati con taglio operativo, evidenziando come l'attuale sistema degli strumenti di protezione possa e debba essere potenziato per meglio tutelare le persone più deboli.

Il volume si rivolge sia ai professionisti della materia sia ai tutori/Amministratori di sostegno volontari ed ai familiari di persone non autosufficienti, fornendo conoscenze e strumenti concreti per migliorare l'efficacia della tutela legale.

La prima parte è composta da contributi di vari esperti, ciascuno concentrato su

determinati aspetti della tutela legale. Ad eccezione del contributo specifico fornito dal responsabile dell'Ufficio di pubblica tutela della Città metropolitana di Torino, si tratta di approfondimenti a cura di esponenti del cosiddetto 'volontariato dei diritti', un modello di intervento che promuove la difesa dei diritti delle per-

**Medicina
Democratica,
Milano*

sone più vulnerabili. Il volontariato dei diritti – ricordiamo - si distingue per alcune caratteristiche fondamentali: si basa sull'impegno per ottenere diritti esigibili tramite leggi e deliberare; interviene in modo diretto per eliminare le cause di emarginazione; non riceve finanziamenti pubblici per mantenere la propria autonomia e promuove azioni pubbliche per garantire la tutela dei più deboli. Questo tipo di volontariato rifiuta un approccio caritatevole, mirando invece a un'effettiva giustizia sociale. Vediamoli in sintesi.

1. "Vent'anni di amministrazione di sostegno" (Antonella Figus): è una sintetica analisi dei venti anni dalla nascita dell'amministrazione di sostegno, con suggerimenti per migliorare l'efficacia di questo strumento per i soggetti più deboli. La dott.ssa Figus, Presidente dell'Associazione tutori volontari, mette in luce i progressi ottenuti, ma anche le difficoltà incontrate in questi anni.

2. "Il supporto relazionale al tutore e all'amministratore di sostegno" (Diego Lopomo): esplora il ruolo degli Uffici di pubblica tutela e l'importanza di fornire un supporto costante ai tutori/Amministratori di sostegno. L'articolo, riportando l'esperienza accumulata in molti anni di attività, sottolinea l'importanza del supporto relazionale per chi svolge il ruolo di tutore o amministratore, evidenziando come un accompagnamento adeguato possa fare la differenza nella gestione della tutela.

3. "Interdizione, tutela e amministrazione di sostegno nell'attività di un'organizzazione di volontariato" (Vincenzo Bozza): è il racconto dell'esperienza dell'UTIM, un'organizzazione dedicata alla tutela dei diritti delle persone con disabilità intellettive. Il presidente Bozza descrive le sfide quotidiane affrontate dall'organizzazione e come l'interdizione e l'amministrazione di sostegno siano state utilizzate per garantire la tutela dei diritti adeguata alle persone più deboli.

4. "Amministrazione di sostegno e anziani malati cronici non autosufficienti" (Alessandro Bravetti): è una analisi critica dell'efficacia dell'amministrazione di sostegno per gli anziani. Il dott. Bravetti discute le difficoltà specifiche incontrate dagli anziani malati cronici, in particolare la mancanza di un'adeguata rappresentanza dei loro bisogni reali e la necessità di maggiori tutele per evitare abusi o negligenze da parte degli amministratori di sostegno.

5. "Tutela e amministrazione di sostegno: proposte operative di miglioramento" (Giuseppe D'Angelo): si tratta di proposte per migliorare gli istituti giuridici. Dopo aver evidenziato le criticità esistenti, D'Angelo – fondatore dell'Associazione tutori volontari offre una visione pratica su come migliorare l'attuale sistema, proponendo ad es. la formalizzazione dei percorsi di tutore o amministratore di sostegno volontario ed altre iniziative utili.

La seconda parte del volume contiene documenti pratici utili per chi opera nel settore, offrendo un concreto supporto operativo per affrontare le questioni quotidiane legate alla tutela e all'amministrazione di sostegno:

- Domande frequenti su tutela, curatela e amministrazione di sostegno: si tratta di un utile strumento per chiarire i dubbi più comuni. Questa sezione è stata pensata per rispondere alle principali domande che i tutori e gli amministratori di sostegno si trovano ad affrontare, offrendo risposte chiare e complete, corredate da riferimenti normativi.

- Leggi principali: include la Legge 9 gennaio 2004, n. 6 che ha introdotto l'Amministrazione di sostegno nonché la Legge 22 dicembre 2017, n. 219 sulle Dat, Disposizioni anticipate di trattamento.

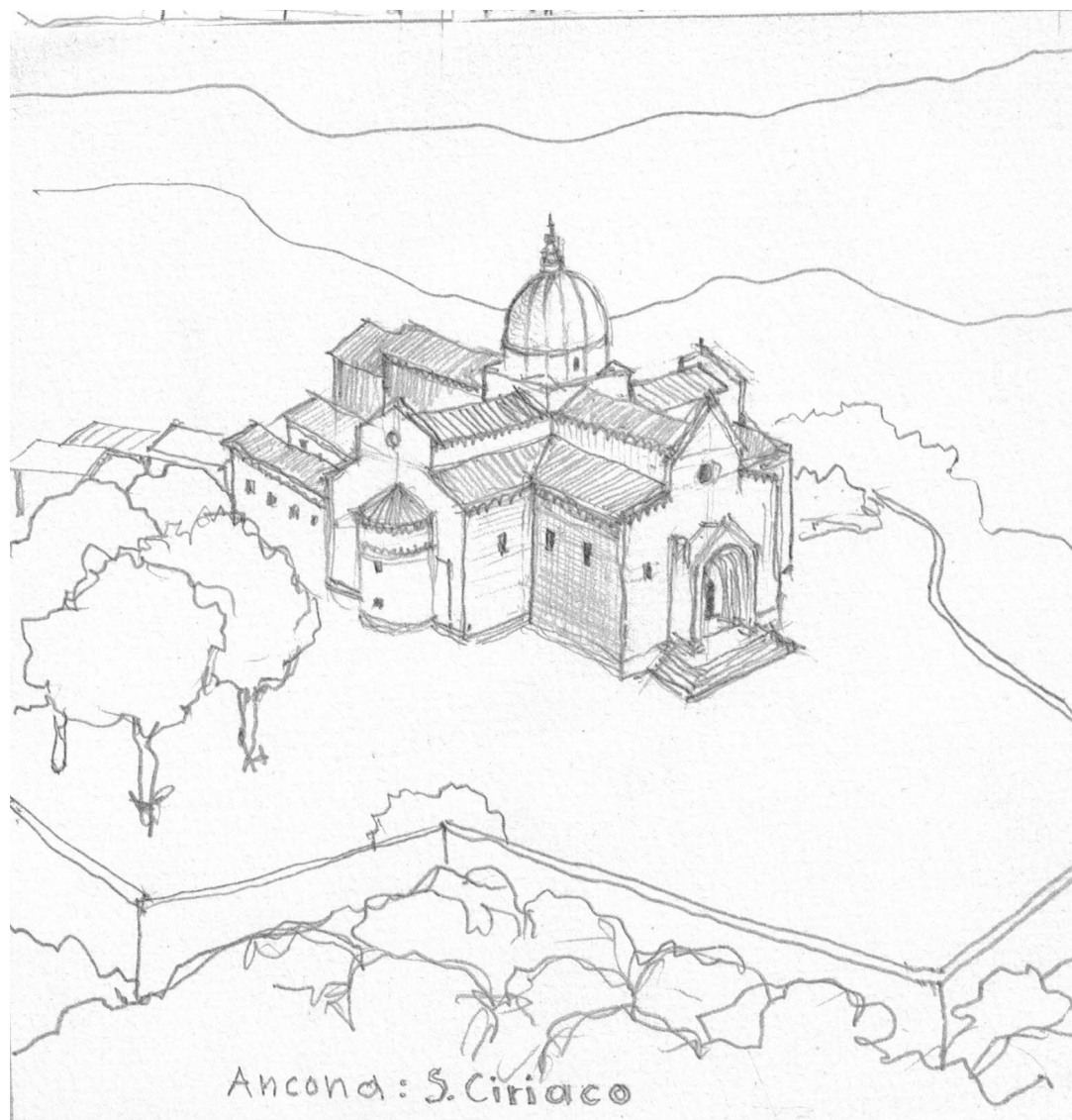
- Modelli e facsimili: vari modelli di istanza per la nomina di un amministratore di sostegno, rendicontazione annuale e autocertificazione del tutore. Questi modelli rappresentano uno strumento utile per chi opera nel

settore, facilitando la redazione di documenti ufficiali e garantendo che le procedure siano conformi alle normative vigenti.

In conclusione, il libro rappresenta una risorsa utile per chi desidera approfondire la tutela giuridica delle persone non autosufficienti. Le riflessioni sull'amministrazione di sostegno e la tutela evidenziano l'importanza e le necessità di mi-

glioramento per garantire una difesa efficace dei diritti dei più deboli. Le proposte e la chiara suddivisione tra teoria e strumenti pratici rendono il volume un manuale utile per tutori/Amministratori di sostegno familiari o volontari nonché operatori del settore.

Il Volume, disponibile in formato digitale e cartaceo, è in vendita attraverso il sito **www.prospettiverivista.it**



Ricordo di Anna Nocentini



Difficile parlare di Anna sapendo che Anna si è spenta martedì 19 novembre 2024, dopo la sua ultima battaglia contro la malattia, la SLA, che l'aveva colpita un paio di anni fa: una malattia che l'ha costretta a sperimentare la progressiva non autosufficienza dopo che per tanti anni si è occupata di persone malate non autosufficienti.

Anna ha saputo parlare e gestire la malattia che procedeva irrimediabilmente e violentemente, affrontando la gravità della situazione con una capacità di controllo e di adeguarsi a quanto stava avvenendo, senza mai un lamento, senza mai una reci-

minazione, con il coraggio, la dignità e la tenacia che ha caratterizzato tutta la sua vita. Anzi se riuscivi a parlarle o le scrivevi su WhatsApp o con il PC, lei rispondeva (aveva imparato ad usare il puntatore oculare in modo eccellente e in pochissimo tempo), chiedendo delle iniziative, delle battaglie in atto, ti parlava di ciò che stava avvenendo nel mondo politico e poco della sua situazione.

Anna è sempre stata impegnata politicamente con Rifondazione Comunista, seguendo diversi temi in difesa della salute, della povertà, dell'immigrazione, del lavoro, delle donne, partecipando sia

nel Comune di Firenze che in Regione Toscana: una donna che è stata anche nelle istituzioni senza però perdere mai il contatto con le lotte reali.

È stata tra le fondatrici dell'Associazione ADINA (Associazione per la Difesa dei Diritti delle persone Non autosufficienti) che si costituì nel 2000 in continuità con l'esperienza del Comitato per la Difesa dei Diritti delle Persone assistite nelle RSA e per diverso tempo anche presidente di questa Associazione. Nel corso degli anni questa Associazione si è occupata dei diritti delle persone anziane, malate e non autosufficienti, portando avanti le rivendicazioni per le giuste cure domiciliari e per la riorganizzazione delle RSA e delle RDS.

Anna è stata sempre impegnata anche per il tramite dell'Associazione ADINA e per il suo impegno politico nelle lotte in difesa della sanità pubblica che hanno attraversato anche la Regione toscana, contro i processi di accorpamento e smantellamento dei servizi e dei presidi sanitari.

Come Medicina Democratica il rapporto con Anna è cresciuto all'interno della casa di via Incontri di Gabriella

Bertini e Beppe Banchi, soprattutto da quando Gabriella Bertini aveva cominciato la battaglia per realizzare il Progetto di "Casa Gabriella" per le persone con grave disabilità anziane e non più autosufficienti.

Su questo Progetto Anna si è impegnata molto con incontri in Regione, in Comune e con iniziative continue fino a quando la proprietà, l'INAIL, ha tolto ogni possibilità di realizzazione. Resta comunque ancora agli atti la lettera inviata alla nuova Giunta Regionale a firma di ADINA, Medicina democratica e l'Associazione Toscana Paraplegici affinché il progetto "Casa Gabriella" venga rimesso all'Ordine del giorno. Una battaglia che dovremmo far ripartire anche nel nome di Anna.

Scriveva Anna il 28 maggio 2018 dopo l'incontro con Inail sulla "Casa Gabriella": "È certo che la mattina del giorno 8 giugno la Casa di via Incontri sarà formalmente ripresa da Inail..."

Per molti di noi si chiude così un tempo in cui in quel luogo abbiamo incontrato amici vecchi e nuovi, abbiamo di-

scusso, abbiamo fatto politica e socialità; abbiamo imparato, costruito processi di liberazione e di affermazione dei diritti, organizzato campagne e lotte su temi locali e nazionali e internazionali; abbiamo pensato e parlato del progetto Casa Gabriella, sollecitati prima di tutto da lei, Gabriella, che sognava un luogo dove le persone con lesione midollare potessero sentirsi sicure anche nel momento del bisogno per la vicinanza con l'Unità Spinale, così come era stato per lei.

Questo progetto è ancora vivo perché il bisogno non è né sparito né risolto, e per questo, con l'appoggio di tutti e tutte, continuiamo ad impegnarci con Inail e con la Regione e a tenere ciascuno di voi informato dei vari passaggi."

Queste parole scritte da Anna dicono la sensibilità, l'attenzione e la profondità dei suoi pensieri, del suo essere all'interno di un movimento, la sua presenza forte, umana, semplice e modesta, ricca di contenuti.

Così è stato anche in questi ultimi anni con il suo importante contributo per la realizzazione di una nuova cultura

in difesa delle cure sanitarie per le persone anziane, malate e non autosufficienti. L'impegno per la nascita dei comitati dei familiari nelle RSA e del Coordinamento nazionale in difesa dei Diritti alla Sanità delle persone Anziane malate e non autosufficienti (CDSA). Spesso è stata il nostro punto di riferimento, le sue osservazioni, i suoi ragionamenti, le sue conoscenze e il suo fare politica da diversi anni aiutavano ad affrontare i problemi e a portare avanti le proposte giuste.

Nelle sue parole proprio questo si sentiva: il suo fare politica da sempre nel modo giusto, partecipato, attento, da donna, con il cuore e la ragione.

In silenzio ci ha lasciato, la malattia in fase avanzata, senza mai far pesare la sua grave situazione e mantenendo sempre, pur nella sofferenza, l'attenzione sulle vicende del mondo e il desiderio di condividere pensieri con le compagne e i compagni di lotta, pur nell'enorme difficoltà e fatica per comunicare.

La redazione di Medicina Democratica



UNA TESTIMONIANZA

All'indomani del funerale di Anna Nocentini (21 novembre 2024), da Firenze (Italia) – Paolo – così come da Manta (Ecuador) – Beppe, sentiamo il bisogno di continuare a riflettere insieme, lontani fisicamente e vicini “spiritualmente” nei percorsi su cui ci siamo incontrati, al fine di ringraziare Anna delle sue capacità di entrare in sintonia con le persone e così pure con le vicende umane e sociali.

Gabriella (1940-2015) – amica e compagna di vita – non ebbe alcun problema ad intendersi con Anna con grande beneficio per tutte e tutti. All'epoca insieme seguivamo il progetto “Casa Gabriella”, l'ultimo progetto di Gabriella: una casa contadina di proprietà dell'INAIL, casa capace di accogliere fino a una ventina di persone, in Via Incontri 2, a Firenze.

“Era una casa molto carina. Senza soffitto senza cucina. Non si poteva entrarci dentro. Perché non c'era il pavimento. Non si poteva andare a letto. Perché in quella casa non c'era il tetto. Non si poteva fare pipì. Perché non c'era vasino lì... Ma era bella bella davvero...”

La casa che accoglie è la casa che ritorna nel nostro ricordo – racconto: quando io – Beppe – raccontai ad Anna che a Manta (Ecuador) dovevamo ri-costruire il nostro luogo dove vivere, Anna così cantava, facendo ironia partendo dai nostri dubbi e dalle nostre preoccupazioni, così mostrava il suo interesse per la “nostra casina”, alleggerendo e sostenendoci da lontano.

E così in Via Incontri, da vicina, Anna era soprattutto sul piano umano – solidale che ci stava vicina, quando iniziò ad occuparsi di Casa Gabriella e quando ha continuato, perché la nostra idea potesse andare avanti e non restasse solo un Sogno; poi c'era anche il piano politico – istituzionale, quello per il quale dava aiuto a promuovere il nostro progetto, con il Comune, perché il nostro Sogno, che nasceva da un bisogno concreto di spazio da dedicare alle persone, potesse diventare Realtà.

Scriveva Anna (31 dicembre 2020): “temo che nessuno abbia voglia di impegnarsi per realizzare questo nostro progetto, neppure dopo un anno così difficile, che avrebbe potuto aprire una riflessione

sul valore delle cose e della vita delle persone, facilitare l'analisi delle responsabilità passate e presenti, dare lo slancio per osare un sistema diverso di rapporti sociali, politici ed economici. Chi sa Gabriella come avrebbe vissuto quest'anno e il futuro (...) intanto proviamo a pensare come rendere meno impervio il percorso in Via Incontri, lo dobbiamo fare per noi stessi e per il nostro futuro”.

Cara Anna, cara Gabriella, siete adesso riunite nel comune progetto di Solidarietà e di Condivisione, lungo il cammino di miglioramento delle condizioni sociali; per tutte le persone che credono ed anche tutte quelle che comunque sognano, potete sospingerci e noi spingere ancora verso quelle direzioni di impegno e di lotta a sostegno delle persone fragili, per ridurre le barriere che le separano dall'autonomia, per valorizzare le risorse individuali e collettive, perché la Realtà oggi chiede di essere insieme persone di cuore pensante e di passione politica capace di trasformare.

**Beppe Banchi
e Paola Bavazzano**



Appello per un Medio Oriente libero da armi di distruzione di massa

Quello che segue è il testo di un appello ai rappresentanti istituzionali italiani, inviata metà novembre 2024 e sottoscritta da numerose associazioni, l'obiettivo è quello di una partecipazione attiva dei nostri rappresentanti nella conferenza ONU annuale per un trattato vincolante per rendere il Medio Oriente libero da armi di distruzione di massa (nucleari, chimiche, batteriologiche eccetera).

Se è urgente cessare il fuoco e fermare il conflitto è altrettanto indispensabile sostenere ogni iniziativa per evitare ulteriori futuri scontri con vincoli riconosciuti e condivisi da tutte le parti interessate rilanciando un ruolo autonomo e autorevole dell'ONU.

Questa iniziativa affianca quelle cui partecipa la nostra associazione rivolte, per arrestare il genocidio palestinese, in particolare a far emergere i terribili effetti sulla salute delle popolazioni conseguenti allo scontro in corso.

«Come a Voi noto, da cinque anni a questa parte, si è insediata in sede Onu una conferenza permanente per fare del Medio Oriente un'area libera da armi nucleari ed altre armi di distruzione di massa (**Conference on the Establishment of a Middle East Zone Free of Nuclear Weapons and Other Weapons of Mass Destruction**).

All'atto di votare per la sua istituzione, nel 2018, l'Italia e gli altri Paesi europei si sono astenuti.

In previsione della quinta sessione della Conferenza, che si terrà a New York tra il 18 e il 22 novembre pv, siamo qui a chiederVi quanto segue: • **che la posizione dell'Italia verso questa Conferenza, cambi da astenuta a favorevole;** • **che in sede di Conferenza l'Italia sostenga e si adoperi per la finalizzazione di un trattato vincolante che istituisca in Medio Oriente un'area libera da armi nucleari ed altre armi di distruzione di massa;** • **che l'Italia eserciti la sua influenza in sede europea affinché altri Stati europei e la stessa Unione europea si dichiarino a favore della conferenza e supportino l'attuazione del trattato.**

Cosa ci ha spinto a inoltrarVi questa richiesta è presto detto: siamo atterriti, sgomenti, preoccupati per ciò che sta accadendo nel mondo; per le guerre che ci circondano sempre più da vicino e che rischiano di sfociare nell'ultimo e totale conflitto in danno dell'umanità.

Siamo senza parole – le abbiamo esaurite tutte – per descrivere il dolore e l'impotenza del dolore di fronte alle ormai incalcolabili morti di civili, di madri senza più figli, di bambini senza più madri e

di popoli senza più bambini, primo fra tutti quello palestinese.

Pur essendo pienamente consapevoli delle difficoltà di questo momento storico, in cui il linguaggio della democrazia appare spogliato delle sue promesse e speranze, non abbiamo intenzione di tacere e non vogliamo parlare senza dire niente, senza lasciare nulla di intentato per fermare questa escalation.

Si vis pacem, para pacem. Se vuoi la pace, prepara la pace, non la guerra. E preparare la pace vuol dire in primo luogo perseguire la via del disarmo, adoperarsi affinché le armi cessino di essere un mezzo di risoluzione delle controversie. Coerentemente con questa impostazione, siamo convinti/e che almeno l'escalation in corso in Medio Oriente, in questa area del mondo così travagliata, possa essere disinnescata iniziando col fare del Medio Oriente un'area libera da armi nucleari e da altre armi di distruzione di massa ed è in tal senso che vi chiediamo un atto concreto, un piccolo ma decisivo passo sulla via del disarmo e della de-escalation».

Nel rapporto conclusivo disponibile sul sito dell'ONU si legge « La sessione ha avuto una settimana di scambi, tra cui un dibattito generale di tre giorni e un discorso del Presidente dell'Assemblea Generale. Vi hanno partecipato 20 Stati membri della Conferenza, principalmente paesi arabi e Iran. La Lega degli Stati Arabi e quattro delle cinque potenze nucleari ufficiali – Cina, Federazione Russa, Francia e Regno Unito – sono state invitate in qualità di osservatori, insieme a rappresentanti dell'Agenzia Internazionale per l'Energia Atomica (AIEA), dell'Organizzazione per la Proibizione delle Armi Chimiche (OPCW) e dell'Unità di Supporto all'Attuazione della Convenzione sulle Armi Biologiche. I partecipanti hanno discusso dell'uso pacifico dell'energia nucleare e della verifica, nonché della cooperazione tecnica, in questi settori».

Se la diplomazia continua a definire la conferenza un «faro di speranza in un contesto segnato da divergenze, scontri tra blocchi e dal persistente fallimento della comunità internazionale nell'onorare i suoi impegni in materia di disarmo», deve registrare l'assenza di Israele, tra i paesi direttamente interessati, “non pervenuta” una presenza attiva dell'Unione Europea e dell'Italia.

Non dobbiamo arrenderci e, assieme agli sforzi per far cessare oggi il conflitto, occorre puntare alla prossima sessione per raggiungere significativi passi in avanti verso il disarmo in questa area, e non solo.

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
medicina.democratica.onlus@pec.it

Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista

IBAN: IT31D0503401708000000018273
presso Banca Popolare di Milano
oppure con bollettino postale sul
c/c **001016620211**.

Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 – Castellanza (VA)

Ufficio stampa

medicinademocraticastampa@gmail.com
tel. 393.1377616

CALABRIA

• Ferruccio Codeluppi, via Villini
Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno
(CZ) tel. 096.371231
• Alberto Cunto, via della Repubblica
46, 87028 Praia a Mare
tel./fax 0985.74030; cell. 388.3649126
e-mail: albertocnt@libero.it

EMILIA-ROMAGNA

• Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139
Bologna - e-mail: dirsenbar@yahoo.it
• Luca Negrognolo, c/o Istituzione G.F.
Minguzzi, via San Felice 25, 40122
Bologna
e-mail: luca.negrognolo@gmail.com
• Monfredini Roberto, via Montegrappa
15, Solignano di Castelvetro (MO)
tel. 338.4566388
e-mail: robertomonfredini@gmail.com
• Amedeo Corsi, Viale G. Carducci 33,
47921, Rimini - tel. 335.7314256
e-mail: amedeo.corsi@gmail.com

LAZIO

• Paolo Flamini, Via Renato Fucini 288,
00137 Roma
tel. 392.6171245
e-mail: iflamini@tin.it

PIEMONTE

• Sezione di Alessandria: Tino Balduzzi,
tel. 345.6111117
e-mail: tino.balduzzi@gmail.com
• Claudio Cesaroni, vicolo Contratti 4,
14100 Asti - tel. 375.5835758
e-mail: claudiocesaroni46@gmail.com
• Renato Zanoli, via G. Emanuel 16,
10136 Torino - tel. 011.392042
cell. 338.4054068
e-mail: renatozanoli@libero.it
• Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno
Regis, via Garibaldi 13, 10122 Torino
cell. 339.8555744
e-mail: enzoferreira@serenoregis.org
• Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100
Novara - tel. 0321.612944

cell. 333.6090884

e-mail: carla.cavagna@libero.it

• Dario Miedico, Arona (NO) - tel.
335.265547; e-mail: nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

• Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,
20149 Milano
• Sede M.D. della Provincia di Varese,
via Roma 2, 21053 Castellanza
e-mail:
medicinademocraticaets@gmail.com
• Piergiorgio Duca, via Bramante 23,
20154 Milano
e-mail: piergiorgio.duca@unimi.it
• Silvana Cesani, via Borgo Adda 3,
20075 Lodi - tel. 0371.423481
cell. 335.7595947
• Stefano Debbia, via S. Giovanni 11,
21053 Castellanza (VA)
tel. 0331.500385; fax: 0331.501792
e-mail: debbiaste@libero.it
• Elisabeth Cosandey, viale Campania 4,
20077 Melegnano (MI)
tel. 02.9836928
• Marco Caldiroli, via Quintino Sella
115, 21052 Busto Arsizio (VA)
e-mail: marcocaldiroli@alice.it
• Vittorio Agnoletto
e-mail: vagnoletto@primapersone.org
• Antonino Cimino - cell. 335.6847823
e-mail: ciminoantonino@gmail.com
• Gabriella Liberini, Sezione MD
di Brescia - tel. 339.6976563
e-mail: 60liberini@gmail.com
• Alberto Marino, Sezione MD
di Brescia, Via Valene 9e, 25087 Salò
(BS), tel. 0365.520830 - cell. 338.8329981
e-mail: caafnm@libero.it
• Matteo Orlandi, via Biancardi 9, 26900
Lodi - cell. 392.2485840
• Laura Valsecchi
tel. 339.5278048; e-mail: l.valsecchi@
medicinademocratica.org

PUGLIA

• Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N,
71016 San Severo (FG)
• Maurizio Portaluri, Brindisi
cell. 348.5123872
e-mail: portaluri@hotmail.com
• Riccardo Ierna - e-mail: ricierna@libero.it

CAMPANIA

• Paolo Fierro, Traversa Privata
Maffettone 8, 80144 Napoli
tel. 327.4514127
e-mail: tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

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

TOSCANA

• Sede M.D. Firenze, Circolo Lavoratori
di Porta al Prato, Via delle Porte Nuove
33, 50144 Firenze

• Gino Carpentiero, via Montebello 39,
50123 Firenze - tel. 055.285423
cell. 347.5481255

e-mail: ginocarpentiero@gmail.com

• Quinti Lalla Krusciovas, Sezione
Famiglie Vittime Sul Lavoro
cell. 366.9739035

• Marco Paganini - cell. 334.3970707

e-mail: paganini.paolamarco@libero.it

• Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013
Rosignano Solvay (LI)

cell. 328.4152024; e-mail: maurizio.
marchi1948@gmail.com

• Marcello Palagi, via XX Settembre 207,
54031 Avenza (MS) - tel. 0585.857562

e-mail: eco.apuano@virgilio.it

• Alfonso Baldi, Massa - tel. 338 5469143
e-mail: alfonbal@me.com

• Del Soldato Maria, via di Porto 279/A,
Massarosa (LU)

e-mail: giannini3@virgilio.it

• Alessandro Rombola, via Luca

Giordano 7/a, 50132 Firenze

tel. 055.2638296

cell. 335.1596795

e-mail: alessandro.rombola@gmail.com

VENETO

• Franco Rigosi, via Napoli 5, 30172
Mestre (VE) - tel. 041.952888
e-mail: franco.rigosi@gmail.com
• Maria Chiara Rodeghiero, piazza
Biade 11, 36100 Vicenza
e-mail: rodeghieromc@gmail.com;
• Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato
44/2, 33030 Pianiga (VE)
tel. 349.7447189
e-mail: paolonardin48@alice.it

MARCHE

• Loris Calcina, via Campanella 2,
60015 Falconara Marittima (AN)
tel. 333.9492882
e-mail: lokalci@libero.it

LIGURIA

• Sede M.D., Via Crispi 18 rosso,
17100 Savona - tel. 0192.051292
e-mail: medidemosavona@tiscali.it
• Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7,
17072 Albisola Mare (SV)
tel. 0194.86341; cell. 347.4596046
e-mail: maloschi@alice.it
• Eraldo Mattarocci - cell. 348.6039079
e-mail: ermatta@yahoo.it
• Avv. Rita Lasagna, Piazza della Vittoria
14/18 17100 Savona - cell. 335.6152757
• Valerio Gennaro, via Trento 28, 16145
Genova - cell. 340.3436554; e-mail:
valerio.gennaro52@gmail.com
• Marco Spezia - cell. 348.5863171;
e-mail: sp-mail@libero.it
• Luca Trentini, via Vecchia di Biassa
36, 19123 La Spezia - tel. 347.9475350
e-mail: lutren@libero.it

SARDEGNA

• Francesco Carta, via Toscanini
7, 09170 Oristano - e-mail:
medicinademocratica.sardegna@gmail.
com

Ho bisogno di stare mill'anni
prima di fare le cose
dopo aver pensato deciso
ho bisogno sempre che tutti i punti
dell'universo convergano

Fermiamoci a pensare
fermiamoci a pensare
per domandarsi dove andiamo
e che cosa facciamo
per chi lo facciamo
non più bestie da soma
ma donne, bambini e uomini
che vogliono cambiare il mondo
per vivere l'attimo della vita

Tutto arriva
non vi preoccupate
le leggi dell'universo
sono le più perfette del mondo
e il processo inarrestabile dell'uguaglianza
non si ferma con nessuna repressione
statene certi
noi andremo avanti

Gabriella Bertini

