

Medicina 249-250 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



**DOPO LA PANDEMIA E DENTRO LA SINDEMIA
QUALE SANITA' PER IL DIRITTO ALLA SALUTE?
DAL PNRR ALLA CRISI DEGLI OPERATORI
NO ALLA BREVETTAZIONE DEI
FARMACI SALVAVITA**

BIMESTRALE
N° 249-250 gennaio - aprile 2020
Autorizzazione del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

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

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.N.L.U.S.
Tel. 02-4984678
Fax 02-48014680
20100 Milano

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

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

IBAN:
IT31D0503401708000000018273
presso la Banca Popolare di Milano,
oppure con **bollettino postale sul c/c**
001016620211 intestato a "**Medicina**
Democratica - O.N.L.U.S.", Milano,
Via dei Carracci 2, 20149
indicando la causale.

Spedizione postale

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

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

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

Care Lettrici e cari Lettori, non nascondiamo il nostro disagio per doverci scusare con Voi per l'enorme ritardo con cui pubblichiamo questo fascicolo della Rivista. Stiamo lavorando per recuperare gradualmente i ritardi.

5 per 1000

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

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

Questo numero è andato in stampa il 07/10/2022

COMITATO DI REDAZIONE:

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

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

Il primato (smarrito) della partecipazione

di Enzo FERRARA

LA CRISI MONDIALE

Mentre si approvano nuovi vaccini in attesa delle varianti Covid del prossimo autunno (si veda in questo numero Gianluigi Garetti, *Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID 19 in 10 punti*) e mentre la pandemia ancora in corso tende a diventare endemica – dopo quasi 3 anni, 6,5 milioni di vittime nel mondo, 175mila in Italia – anche il conflitto scatenato in Ucraina dall'invasione russa lo scorso 24 febbraio rischia di diventare endemico e sempre più complesso. Gli interessi delle nazioni intervenute in questa guerra per procura o attraverso un sostegno militare indiretto allontanano la fine del conflitto. Oltre alle vittime – circa 20mila ucraini di cui 6mila civili e 40mila caduti russi, ma non ci sono dati ufficiali – questa guerra sta producendo effetti globali: ha sconvolto i mercati alimentari, energetici e finanziari, esacerbando le crisi della pandemia e del clima, portando ad aumenti dei prezzi di alimenti, petrolio e gas e mettendo in ginocchio le economie più deboli con aumenti di povertà e sfruttamento come esito globale. Inoltre, paesi storicamente non schierati come Svezia e Finlandia stanno entrando nella Nato, modificando la mappa geopolitica del mondo. Preferiremmo una soluzione del conflitto mediata, negoziati per la pace condotti da potenze neutrali, ma non sono in vista né gli uni né le altre. Comprendiamo che la resistenza ucraina venga celebrata come eroica, coraggiosa e democratica – come per molti versi è – ma osserviamo che l'autodeterminazione, la volontà di liberazione nazionale e la resistenza popolare altrove non solo non ricevono identica celebrazione, ma vengono etichettate come criminali o terroristiche. In Afghanistan, Siria, Iraq, Yemen, Gaza, Etiopia e Sudan i *resistenti* finiscono incarcerati o soppressi con azioni *preventive*; sulle popolazioni oppresse in queste nazioni e sugli stessi territori limitrofi al conflitto

russo-ucraino, abbiamo visto piovere non manifestazioni di solidarietà e beni primari ma manganelli, lacrimogeni, idranti, cani poliziotto e filo spinato.

Il 6 dicembre scorso il *Guardian* riportava: *“Frontex ha firmato (...) un contratto da 100 milioni di euro per i droni Heron e Hermes, prodotti da due aziende d'armi israeliane, entrambi utilizzati dall'esercito nella Striscia di Gaza. Capaci di volare per più di 30 ore e ad altezze di 10mila metri, trasmettono dati in tempo quasi reale al quartier generale di Frontex a Varsavia.*

Anche la Polonia spera di adottare un cannone sonoro montato su un veicolo che emette raffiche assordanti fino a 162 decibel per costringere le persone a tornare indietro” (K. Ahmed, L. Tondo, *Fortress Europe: the millions spent on military-grade tech to deter refugees*, The Guardian 6/12/2021). Il dubbio è che lo sbandierato – e benedetto – sentimento di giustizia espresso a favore degli ucraini, sia ostacolato da forme di pregiudizio sistemico nei confronti di altre popolazioni. Il timore è che gli slanci solidaristici e gli aiuti vengano incanalati verso l'Ucraina non come espressione di un sacrosanto spirito liberalista internazionale ma perché lì sono in gioco interessi nostri. Gli stessi spiriti sono frenati in contesti in cui i paesi occidentali rifiutano responsabilità per crimini di guerra commessi da loro o da loro alleati.

IN ITALIA

Nel nostro paese – oltre alla notizia di nuove elezioni il prossimo 25 settembre per la XIX legislatura, dopo un'improvvisa accelerazione dei contrasti nel governo e la caduta di Draghi lo scorso luglio, con il rischio di un'imminente deriva reazionaria – abbiamo appreso dall'INAIL che nel primo semestre di quest'anno gli infortuni mortali non-Covid sono passati dai 171 del 2021 ai 452 del 2022. Si tratta di un incremento drammatico per-

ché il numero di morti sul lavoro non legati alla pandemia cresce del 164%. Secondo l'Osservatorio Vega Engineering di Mestre, i numeri tornano a essere quelli di prima della pandemia, con una media di 75 morti sul lavoro ogni mese. In netto aumento anche le denunce di infortunio, che crescono del 43,3%. La fascia d'età più colpita è quella tra i 55 e i 64 anni. L'indice più alto di mortalità è rilevato tra i lavoratori più anziani, gli ultrasessantacinquenni che registrano 46,8 infortuni mortali ogni milione di occupati. L'incidenza di mortalità minima rimane nella fascia tra 25 e 34 anni, (pari a 8,2), mentre nella fascia dei più giovani, tra 15 e 24 anni, l'incidenza risale a 9,9.

Lalla Quinti, Gino Carpentiero e Alessandro Rombolà suggeriscono in queste pagine *Come combattere infortuni e malattie da lavoro* condividendo l'analisi e le proposte della sezione di Medicina Democratica dei familiari delle vittime di infortuni sul lavoro. Va però osservato che il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR) che prevede e dedica ampie risorse (19,7 miliardi) ai temi della Sanità (Missione n. 6) ed è argomento di gran parte di questo numero di Medicina Democratica, non affronta il tema della sicurezza sul lavoro in modo diretto. L'INAIL ha firmato protocolli d'intesa con singole aziende e grandi industrie, per esempio con il Gruppo FS, per iniziative di studio, formazione, sperimentazione e per l'uso di soluzioni tecnologiche innovative per il miglioramento degli standard di salute e sicurezza sul lavoro. Fra i documenti governativi del PNRR non si trovano però voci direttamente correlate alla prevenzione di infortuni e malattie professionali. Già questa contraddizione è indicativa della visione sviluppatista e tecnocratica del progetto di rilancio nazionale, qualunque sia la *missione* di riferimento. Toccherà a operatori, tecnici e movimenti rimettere insieme i pezzi di un Servizio Sanitario Nazionale capace di tutelare la salute in tutti i luoghi *di vita e di lavoro*, come recita la legge 833/1978 finalizzata alla *“prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro”*, alla *“promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro”*, oltre che al *“superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”* e direttamente *“alla 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 e i servizi necessari” – per citarne solo alcuni passaggi.

IL PNRR

Il PNRR è stato ideato durante la pandemia, quando i leader dell'UE hanno concordato un piano di ripresa per riparare i danni economici e sociali causati dall'emergenza sanitaria da Coronavirus e a gettare le basi per rendere le economie e le società dei paesi europei più sostenibili, resilienti e preparate alla transizione ecologica e digitale. Con l'avvio del periodo di programmazione 2021-2027, l'attenzione dell'UE è stata posta sulla nuova politica di coesione e sullo strumento finanziario *Next Generation EU*: un piano da 750 miliardi di euro per stimolare una *ripresa sostenibile, uniforme, inclusiva ed equa* e per garantire *la possibilità di fare fronte a esigenze impreviste*. È il più grande investimento mai finanziato dall'UE strutturato su tre obiettivi: il sostegno agli Stati membri per investimenti e riforme; il rilancio dell'economia UE incentivando l'investimento privato; trarre insegnamento dalla crisi. In questo contesto si inserisce il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, un progetto che traccia gli obiettivi, le riforme e gli investimenti che l'Italia intende realizzare con i fondi europei *Next Generation EU*. Il Piano si articola in 6 Missioni, che rappresentano le aree di intervento: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute.

Per offrire un'analisi a più voci sulle prospettive di impatto del PNRR su salute e sanità, in questo numero Antonio Muscolino riassume le vicende storiche dell'alterità della sanità in Lombardia, dove vige un *“Sistema Sanitario”* – non un *“Servizio”* – sperimentale a guida privata, come ribadisce in sostanza la Legge regionale Moratti/Fontana dello scorso dicembre 2021. Marco Caldiroli aggiunge il testo dell'audizione di Medicina Democratica presso la Commissione Regionale (Lombardia) di inchiesta *“Emergenza Covid-19”*. Per la Sezione di Roma, Edoardo Turi – oltre a un resoconto del percorso verso il 3° Congresso nazionale della salute – offre un'analisi critica politico sociale della *Sanità del Lazio ai tempi della crisi*. Maurizio Portaluri ed Enzo Ferrara raccontano la visione sanitaria del PNRR, rispettivamente, in Puglia e Piemonte. Maurizio Bardi interviene sulle

Cure primarie con un occhio al legame fra PNRR e i Medici di Medicina Generale. Laura Valsecchi aggiunge i temi della *Fragilità e cronicità*, incrociando la V e VI missione del PNRR.

Sulle conseguenze della pandemia, Elisabeth Cosandey si sofferma su *Cosa ha svelato la pandemia e cosa ci ha insegnato* in termini di Medicina di territorio e Casa della Salute e sullo stesso tema interviene la Campagna Dico 32! con il testo *Case per una salute di comunità*. Emanuela Bavazzano spiega le relazioni fra sindemia e salute psicologica in un testo su *Cura e società – oltre*, mentre Anna Tempia Bonda in *Salute e Conferenza sul futuro dell'Europa* allarga lo sguardo su come l'Europa prevede i propri sviluppi in salute, secondo le stime della *Conferenza diffusa* su piattaforme online il 9 maggio del 2021. Su Firenze e la Toscana, intervengono Paola Sabatini, *Ai diritti di anziani, disabili e lavoratrici Nardella preferisce il nuovo stadio*, assieme a Luisa Petrucci e Lara Panzani, che raccontano le inadempienze della Regione Toscana in *Aborto legge 194/78*.

Alberto Gaino presenta, infine, il proprio libro *Bocche inutili – Vecchi e fragili, persone, non corpi* (Sensibili alle foglie, Roma 2021) mentre Fulvio Aurora recensisce, di Eloi Laurent, *Et si la santé guidait le monde?* (LLL, Paris 2020) e Marco Caldiroli analizza e confronta *“Storia dello Stato sociale in Italia”* (Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, Il Mulino, Bologna 2021) *“La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica”* (Maria Elisa Sartor, Amazon 2021) e *“La sinistra e la sanità. Dalla Bindi a Speranza e in mezzo una pandemia”* (Ivan Cavicchi, Castelveccchi, Roma 2021).

LA COSCIENZA MULTINAZIONALE

Una notizia piuttosto unica di questi giorni aiuta a fare luce su quali siano le forze dominanti del sistema globale: l'11 agosto la *Johnson & Johnson*, la multinazionale farmaceutica più grande del mondo, con un fatturato annuo di 94 miliardi di dollari, produttrice della polvere di talco, *J&J's baby powder*, ha annunciato il ritiro su scala mondiale proprio di questo prodotto, destinato principalmente all'igiene dei bambini. Il talco verrà sostituito da un più innocuo amido di mais. Era già stato tolto dal mercato in USA e Canada nel 2020 per le perdite dovute alle cause vinte da vittime delle fibre di amianto disperse nel talco; la più nota è quella di Saint Louis, nel Missouri, conclusa nel 2018 con la

condanna a un risarcimento di 4.7 miliardi di dollari a 22 donne, 6 delle quali decedute, che avevano sviluppato tumori alle ovaie. Con il ritiro definitivo della polvere di talco, la *“coscienza globale”* della *J&J* sembra dare un sussulto, ma non è così. Già nell'ottobre 2021 la *J&J* ha tentato un *“colpo gobbo”* scaricando le responsabilità su una consociata in Texas, la *LTL*, che aveva prima assunto la gestione dei prodotti controversi separandoli dalla casa madre e dopo poche settimane ha dichiarato bancarotta bloccando i processi in attesa della mediazione fallimentare. Quest'ultima mossa, disonorevole per un'azienda valutata 400 miliardi di dollari, non è



piaciuta ai giudici federali – sono circa 30.000 le cause in corso negli USA contro la *J&J* per malattie amianto-correlate – che indagano fra le carte del fallimento, mentre continua il crollo delle vendite di talco anche per l'ampio spazio questi fatti trovano sui media nord americani. Inoltre, il ritiro del talco è *“moralmente e colpevolmente”* tardivo di 50 anni almeno, perché documenti riservati della multinazionale destinati ai quadri della *J&J* nell'aprile 1973 spiegavano che non ci si può *“affidare all'idea che esistano miniere di talco pulite, sarà sempre possibile trovare fibre di altri minerali”* e già concludevano che occorre: *“perseguire diverse alternative per proteggere meglio il nostro prodotto in polvere. Questi includono (...) l'amido di mais come un'altra ovvia risorsa: il prodotto è per sua natura privo di fibre, inoltre [in caso di ingestione, Ndr] è assimilato dall'organismo.”*

CONTROLLO TOTALE

La *J&J* ha negato per decenni la presenza di amianto nei suoi prodotti e gli enti di con-

trollo l'hanno aiutata. Le microscopie elettroniche a trasmissione (TEM) e a scansione (SEM) sono indubbiamente le *migliori tecniche disponibili* e le più sensibili per l'identificazione dell'amianto; eppure non sono quelle indicate dai metodi di riferimento ufficiali della Farmacopea – l'ente che si occupa della sicurezza di farmaci e cosmetici – per la ricerca dell'amianto nel talco. Anzi, la Farmacopea ha fatto l'impossibile per rimandare l'adozione. Già nel 1984 ricercatori italiani dell'ISS (L. Paoletti et al., *Evaluation by electron microscopy techniques of asbestos contamination in industrial, cosmetic, and pharmaceutical talcs*, Regul. Toxicol. Pharmacol, 1984, 4 (3), pp. 222-35) avevano suggerito nella IX edizione della Farmacopea italiana l'adozione delle microscopie elettroniche; suggerimento citato con preoccupazione nei documenti interni della J&J ma prontamente smarrito nelle successive versioni non più nazionali ma solo internazionali della Farmacopea.

Dopo altri 30 anni, solo nel 2010 il Comitato di “*Esperti sugli Eccipienti*” della Farmacopea statunitense (USP) costituì una “*Commissione di Esperti sul Talco*” formata da rappresentanti dell'industria, degli enti di controllo e regolazione, dell'accademia e dei produttori di strumentazioni analitiche.

Il loro incarico era “*aggiornare e modernizzare*” la metodologia per l'analisi dell'amianto adottata dalla “*Monografia sul Talco*” della USP. 12 anni, due Commissioni e tre articoli dopo, nel 2022, la Farmacopea sta ancora raccomandando di avviare una fase di revisione che dovrebbe “*valutare e selezionare i metodi di Microscopia Elettronica appropriati per un ulteriore miglioramento del test per l'analisi dell'amianto nel talco*”: in 12 anni la montagna ha partorito un topolino nonostante l'aumento esponenziale dei ricorsi in tribunale. La *lobby* dell'amianto non è l'unica assiduamente capace di distorcere e censurare evidenze scientifiche scomode grazie a “*consultenze*” pagate profumatamente e a una capacità di controllo propagandistico dell'informazione. L'impressione è che i funzionari pubblici nelle agenzie di sorveglianza, nei dipartimenti ministeriali del commercio e dello sviluppo così come nei principali enti che sovrintendono le politiche scientifiche e tecnologiche abbiano sostanzialmente due mandati: non “*ostacolare*” lo sviluppo e non mandare il “*segnale sbagliato*” al mercato. Restrizioni e regolamentazioni della produzione sono concessi, ma per tutelare non la salute della popolazione o l'ambiente ma gli

interessi corporativi delle multinazionali.

Si tratta delle stesse distorsioni già denunciate nelle società industriali dalla seconda metà del '900. Sembra che la storia stia restituendo a quelle denunce un'inquietante attualizzazione: vediamo a livello internazionale e nazionale un pessimo presente, una realtà “*incastrata*”, imprigionata da un immaginario di crescita economicamente e ecologicamente insostenibile, che per perpetuarsi non può che ricorrere a forme di violenza strutturale e culturale anacronistiche e che genera nuove contrarietà e nuove ribellioni.

Dura da tempo il paradigma repressivo ma nelle scorse settimane in Italia si è reso più visibile. A Torino il 25 luglio, apertura del *Climate social camp* di *Fridays for future*, durante lo svolgimento di una manifestazione nonviolenta per il clima, la questura di Torino ha emesso una trentina di denunce e 5 fogli di via contro attivisti di *Extinction Rebellion*. Due ragazze poco dopo l'alba si sono arrampicate e incatenate sul balcone della Regione in pieno centro città per sottolineare l'inadeguatezza della giunta che governa il Piemonte di fronte alla crisi climatica. Nel giro di poche ore, assieme agli altri attivisti presenti per dare volantini o fare video, sono stati tutti denunciati per *Invasione di terreni o edifici* e *Manifestazione non preavvisata*. Le Forze dell'ordine hanno notificato fogli di via fino a due anni a giovani che vivono e studiano a Torino, nella settimana in cui in centinaia si erano riuniti da tutta Europa per discutere e confrontarsi, ma anche per dimostrare il proprio dissenso di fronte al vuoto politico contro le emissioni climalteranti. Pochi giorni, il 29 luglio, dopo sulla base di migliaia di ore di intercettazioni, 22 attivisti del centro sociale *Askatasuna* di Torino sono stati rinviati a giudizio per reati contro le forze dell'ordine e le istituzioni; 6 sono anche accusati di associazione per delinquere: avrebbero costituito un improbabile gruppo criminale dedito a delitti contro il Tav Torino-Lione a scopo di lucro. Due settimane prima, l'11 luglio il GIP aveva chiesto alla Procura di Torino di riformulare le accuse contro gli attivisti, escludendo il reato di associazione sovversiva. Su tutti pendono provvedimenti cautelari in attesa del processo il 20 ottobre prossimo. Lontano dal capoluogo piemontese, il 19 luglio su mandato della procura di Piacenza la polizia ha messo agli arresti domiciliari e disposto misure cautelari – rimosse dopo pochi giorni – per 8 dirigenti nazionali e locali del SI Cobas e della USB operanti nella logistica. A questi si

aggiungevano decine di lavoratori e attivisti messi sotto accusa: 350 pagine di ordinanza hanno costruito un teorema giudiziario sulla scorta di *crimini* quali picchetti, scioperi, occupazioni dei magazzini, assemblee.

Le accuse sono simili a quelle contro *Askatasuna*, compresa l'associazione a delinquere – già disconosciuta per i sindacalisti ai primi di agosto dal Tribunale del riesame di Bologna. Restano le accuse di violenza privata, resistenza a pubblico ufficiale, sabotaggio e interruzione di pubblico servizio.

Paradossalmente, la stessa Procura afferma che le lotte condotte nei magazzini della logistica dal 2014 al 2021 sarebbero state attuate per *motivazioni pretestuose* e con *intenti estorsivi* al fine di ottenere per i lavoratori condizioni di miglior favore rispetto a quanto previsto dal contratto nazionale: come se da un'organizzazione sindacale ci si dovesse attendere qualcosa di diverso. Alle vicende di repressione e censura fanno da contraltare esclusioni sistematiche della cittadinanza non omologata da ogni possibile forma di partecipazione alla vita libera e democratica a Torino e in Piemonte. Dello scorso anno sono i provvedimenti che, dopo il cantiere della Maddalena di Chiomonte, hanno ridotto a “*Siti Strategici di Interesse Nazionale*” – soggetti pertanto all'autorità militare e inaccessibili perfino a giornalisti e parlamentari – i comuni di Bruzolo, Bussoleno, Giaglione, Salbertrand, San Didero, Susa e Torrazza Piemonte, dove dovrebbero sorgere i cantieri della nuova linea TAV Torino Lione.

LA PARTECIPAZIONE

Laddove valgono i principi delle libertà democratiche vige il *primato della partecipazione* garantito dall'articolo 3 della Costituzione, che non è la cattura di consenso da parte dei partiti ma va inteso come un modo di fare politica in cui il cittadino, acquisita una sua maturità, rifiutata la delega in bianco e a tempi lunghi, tende a rivitalizzare gli strumenti di democrazia esigendo una gestione sempre più diretta, cosciente e comunitaria dei problemi della società in cui vive ed opera. Libertà, democrazia e partecipazione formano una triade di diritti inseparabili: non si dà l'una senza le altre. Purtroppo, non è questo il punto di vista dominante; i teoremi giudiziari correnti, le scelte selettive di ostacolo alla partecipazione democratica sono tentativi di impedire che nei magazzini della logistica, come nei territori inquinati o soggetti a sfruttamento, si rafforzino esperienze di consapevolezza, sog-

gettività, coscienza di classe capaci di non cedere sui diritti dell'ambiente, della salute e del lavoro. Mentre è chiaro che solo le mobilitazioni dal basso, il sindacalismo di base, i movimenti, le combattive associazioni a tutela dei migranti sono riuscite a rivoltare il paradigma della legalità e a svelare quali orrori nascondano i suoi confini, si nega legittimità alla lotta sindacale e alle sue pratiche, così come non si consente il diritto alla difesa del proprio territorio e della propria salute a un'intera popolazione, o il diritto a rivendicare spazi di futuro per il proprio destino alle nuove generazioni, approfittando di ogni conflitto per un'ulteriore spinta repressiva, contro il diritto di sciopero come contro quello di manifestare o di prestare solidarietà e aiuto in modo autorganizzato a chi, migrante o malato o disoccupato, è in difficoltà.

Per una vera transizione, per il cambiamento di cui abbiamo bisogno, occorre non reprimere ma liberare energie più giovani che siano spontaneamente partecipative e impegnate nella trasformazione del presente in direzione creativa, ecologista e solidaristica. Dobbiamo rinunciare a ogni illusione di continuità con le “*magnifiche sorti e progressive*” del passato, il cui orizzonte è breve, ormai legato solo più a occasioni di opportunismo politico e economico, destinato inesorabilmente a tramontare. Questo è il grande rischio insito anche nei progetti del PNRR oggi in discussione, minacciati anch'essi da conflitti di interesse e da corporazioni e *lobby* di ogni sorta. Va ribadito che la difesa dei diritti, così come la tutela della salute e dell'ambiente sono questioni da non gestire mai solo sul piano tecnico e scientifico, senza una forte azione politica partecipativa e solidaristica, di contrasto agli interessi corporativi. Riprendendo le parole di Giulio Maccacaro, dobbiamo ancora considerare che “*alla partecipazione autentica non basti mai l'articolo di una legge ma occorra sempre l'impegno di una lotta: che si sviluppa continuamente nell'identificazione dei suoi obiettivi, che si accresce progressivamente nell'allargamento del suo campo, che non riconosce limiti a questo campo né ammette che esista l'ultimo di quegli obiettivi*” e che in questa lotta “*l'unico e sacrosanto estremismo è la salute collettiva*” (G.A. Maccacaro, relazione di apertura del convegno costitutivo di Medicina Democratica, Bologna 15-16 maggio 1976) e che a questa infine – e solo a questa “*salute collettiva*” – va riconosciuto il primato politico sopra ogni altro qualsivoglia interesse pubblico o privato.

Sommario

EDITORIALE di Enzo FERRARA	1	Fragilità, cronicità e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza di Laura VALSECCHI	62
DOSSIER Legge Moratti/Fontana: l'ennesima legge pro sanità privata di Antonio MUSCOLINO	7	Presentazione del Libro "Bocche inutili - Vecchi e fragili, persone, non Corpi" a cura di Alberto GAINO	69
La Sanità del Lazio: un'analisi critica politico sociale a cura della Sezione di Medicina Democratica di Roma	12	Vaccini, brevetti e politiche sanitarie nell'epoca del Covid-19 di Vittorio AGNOLETTI	71
Transizione sanitaria e territorio digitale: ruolo del PNRR a cura del Comitato Sanità Pubblica Versilia - Massa Carrara	23	Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID in dieci punti di Gianluigi GARETTI	77
PNRR in Puglia: molte opere pubbliche, ricadute sanitarie ipotetiche di Maurizio PORTALURI	27	Come combattere infortuni e malattie da lavoro. L'analisi e le proposte della Sezione di Medicina Democratica dei familiari di infortuni sul lavoro di Lalla QUINTI, Gino CARPENTIERO e Alessandro ROMBOLA'	82
PNRR e Sanità in Piemonte di Enzo FERRARA	29	Salute e Conferenza sul futuro dell'Europa di Anna TEMPIA BONDA	85
Alla Commissione d'Inchiesta "Emergenza Covid 19" di Marco CALDIROLI	34	E se la salute guidasse il mondo? (Et si la santé guidait le monde?) di Fulvio AURORA	91
Verso il 3° Congresso Nazionale della Salute: incontro dei Movimenti Roma 28 e 29 maggio 2022 di Edoardo TURI	41	Lecture per un nuovo inquadramento del rapporto tra servizio sanitario nazionale e salute collettiva di Marco CADIROLI	94
Medicina di territorio e Casa della Salute di Elisabeth COSANDEY	47	Aborto legge 194/78: Regione Toscana Inadempiente di Luisa PETRUCCI e Lara PANZANI	104
Case per una salute di comunità a cura della CAMPAGNA DICO 32!	51	Ai diritti di anziani, disabili e lavoratrici Nardella preferisce il nuovo stadio di Paola SABATINI	107
L'unità sanitaria per una salute di comunità di Giulio A. MACCACARO	55	"Un mondo di mondi. L'avventura umana dalla scoperta dell'agricoltura alle crisi globali contemporanee" di Massimiliano LEPRATTI e Giorgio RIOLO	111
Le cure primarie e il legame tra specialità e il MMG. Cosa prevede il PNRR? di Maurizio BARDI	57		
Sindemia e salute psicologica - cura e società - "oltre" di Emanuela BAVAZZANO	60		

Legge Moratti/Fontana: l'ennesima legge pro sanità privata

di Antonio MUSCOLINO*

Lo scorso 15 dicembre 2021 è stata pubblicata sul Bollettino ufficiale della regione Lombardia la legge regionale 22/2021 *“Modifiche al titolo I e VII della legge regionale 30/12/2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)”* basato su una proposta della giunta Fontana e dell'assessora al Welfare Moratti.

Questo intervento normativo non deriva da una valutazione degli enormi problemi resi evidenti da quanto si è verificato nella prima ondata della pandemia da covid-19 in termini di contagi e decessi. Nemmeno dalle differenze emerse fin da quei primi momenti in territori contigui ma differenti dal punto di vista organizzativo. La necessità di questa nuova legge nasce invece da una richiesta esplicita derivante da un documento di analisi prodotto da Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, organo tecnico del Servizio sanitario nazionale) conseguente alla scadenza dei termini previsti da un periodo di *“sperimentazione”*.

Nel 1995 la giunta Formigoni, grazie alla stabilità governativa derivata dalla nuova legge elettorale regionale e del premio di maggioranza che aveva rafforzato il potere esecutivo rispetto a quello del consiglio regionale, iniziava, direttamente attraverso semplici delibere della giunta regionale, ad implementare l'impostazione neoliberista del quasi-mercato in sanità ponendo le basi per una gestione che costituiva un *“unicum”* in tutto il Paese. La legge di riforma vera e propria poteva così seguire un iter più lento per poi essere approvata e, naturalmente, ratificare l'esistente. La quasi totale estromissione del consiglio regionale nelle scelte di politica sanitaria è poi divenuta quasi nor-

malità. Ancora recentemente ogni decisione, come le *“regole di sistema”* annuali, vengono definite attraverso delibere di giunta regionale.

Le maggiori novità erano rappresentate dalla separazione degli enti *“pagatori”* (ASL) dagli *“erogatori”* (Ospedali, ambulatori, cliniche); dalla parificazione fra strutture pubbliche e private e la concorrenza fra di esse; dalla separazione dell'ospedale dal territorio (da cui derivò l'*“ospedalocentrismo”* a discapito della medicina territoriale). Inoltre si è favorito il più ampio accreditamento delle strutture private e si è enfatizzata la *“libertà di scelta del cittadino”* trasformando quest'ultimo in un semplice *“consumatore”* indispensabile come meccanismo-vettore per definire l'allocazione delle risorse (rimborsi pubblici). Si è così frammentata l'offerta sanitaria destrutturando i servizi. Per favorire il quadro complessivo venivano utilizzati, estremizzandoli in modo *“border line”*, alcuni degli aspetti presenti nella legge di riforma nazionale del 1992 (d.lgs.502/92 *“De Lorenzo”*): aziendalizzazione delle strutture pubbliche e introduzione dei DRG e del pagamento a prestazione che favoriva una sanità prestazionale più attenta ai volumi di produzione e ai bilanci che alle reali ricadute di salute.

Il mercato in sanità però non è come tutti gli altri e le strutture private hanno sempre avuto meno vincoli ed hanno potuto fare *“cherry picking”* (scegliere le prestazioni maggiormente remunerative) lasciando il resto alle strutture pubbliche che ovviamente devono rispondere a tutti i bisogni della popolazione.

La prevenzione e la medicina territoriale sono state fortemente ridimensionate in

*Medicina Democratica, Como.

quanto poco coerenti nel disegno complessivo regionale.

Con l'introduzione dei *"tetti di spesa"*, inoltre, si è determinata la ciclica difficoltà di ottenere prestazioni negli ultimi mesi dell'anno (in particolare nelle strutture private accreditate) a causa del raggiungimento dei valori sottoscritti in sede di contrattualizzazione (poiché ogni sfioramento non sarebbe stato ripianato).

La narrazione dell'*"eccellenza"* della sanità lombarda è stata continuativa in tutti questi anni ed ha impedito una reale reazione complessiva da parte delle forze politiche di opposizione.

Solo con gli ultimi scandali del 2012, proprio in ambito sanitario, che hanno provocato le dimissioni di Formigoni, la nuova giunta regionale Maroni (sempre espressione del centro-destra) ha iniziato un percorso per definire una nuova riforma sanitaria.

Tale riforma era stata preceduta da un libro bianco, presentato nel 2014 e due allegati sul sistema ospedaliero e sull'assistenza territoriale nei quali, in minima parte, si ammettevano alcuni dei problemi derivati dalla precedente riforma Formigoni e che aveva destato in alcuni settori una certa attenzione.

In realtà, il programma di politica sanitaria della nuova riforma che ne derivò (l.r. 23/15) era definibile già dal titolo della norma: *"Evoluzione del sistema socio-sanitario regionale"*. Infatti, vengono riconfermati i cardini più importanti della riforma del 1997, in particolare ribadendo tutti gli aspetti che avevano una diretta ricaduta in interessi economici concreti; conferma della parificazione pubblico-privato, separazione enti "pagatori" da erogatori, libertà di scelta utile al *"sistema"*. Proprio la parola *"sistema"* definisce qualcosa di diverso rispetto a quello che è previsto dalle normative nazionali cioè un *"servizio sanitario"*. Quest'ultimo molto più comprensibile per le persone rispetto ad un *"sistema"*, definizione molto più vaga. Per diverse sue parti non allineate con la normativa nazionale, la legge è stata oggetto di un accordo con il ministero della salute definendola come *"sperimentale"* con obbligo di verifica dei risultati dopo 5 anni. Arriviamo così ai

nostri giorni.

La legge Fontana-Moratti si può certo definire una *"non-riforma"* poiché, in linea con quanto già visto con la legge *"Maroni"*. Non modifica nulla della impostazione delle politiche sanitarie degli ultimi 25 anni che hanno fortemente contribuito a determinare i risultati che abbiamo visto in Lombardia durante la prima e la seconda ondata della pandemia/sindemia dovuti, in particolare, alla continua desertificazione territoriale che prosegue da anni.

Non a caso, infatti, i documenti preparatori della proposta della giunta parlavano di *"linee di sviluppo della legge regionale 23/2015"*: la giunta lombarda deve negare in ogni modo i fallimenti di quel periodo poiché da ciò deriverebbe la conseguenza di ammissione di tutti gli errori precedenti.

Onde evitare qualsiasi incomprensione, sono da subito ribaditi in modo chiaro i pilastri della prima riforma Formigoni come elementi centrali anche di questa terza *"riforma"*. La libertà di scelta del cittadino e il rapporto di parità fra pubblico e privato (con integrazione, sussidiarietà e la nuova definizione di *"equivalenza"*) rimangono *"valori da salvaguardare e rafforzare"* come anche la separazione fra gestori ed erogatori nella classica impostazione di quasi-mercato.

In realtà con la *"libertà di scelta"* il cittadino, ad oggi, può concretamente solo scegliere se adeguarsi alle liste di attesa delle strutture pubbliche o pagare da privato e nel privato per avere una prestazione più veloce o particolare.

Non si lascia sfuggire, comunque, da parte della regione, l'occasione di ampliare la possibilità per le strutture private di ottenere nuovi spazi in un mercato per loro garantito e sicuro poiché basato su rimborsi pubblici con vincoli comunque meno stringenti rispetto alle strutture pubbliche.

Esempi di questa riproposizione ideologica li possiamo ritrovare in vari punti del Testo Unico delle leggi sanitarie come riformato dalla legge 22/2021. Focalizziamo l'attenzione, in particolare su due aspetti.

Fra i principi (art.2), il comma b) quinquies riporta: *"definizione del case mix da parte delle ATS e conseguente allocazione di bud-*

get a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati". E' estremamente curioso vedere appaiati la definizione del case mix (interventi e prestazioni sanitarie) e il relativo rimborso da parte della regione ai "prioritari obiettivi di salute" nel "rispetto della struttura d'offerta" e soprattutto "degli investimenti effettuati" in una legge che non prevede di fatto alcuna chiara programmazione pubblica degli interventi sanitari.

Al comma n sexies) si legge, sempre fra i principi, "promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale...". Si fa riferimento perciò anche a quanto previsto da diversi contratti collettivi di lavoro all'interno dei quali vengono proposte delle polizze di coperture sanitarie integrative (che nel tempo sono diventate in gran parte sostitutive delle prestazioni rese in regime di servizio sanitario nazionale -SSN-). Tale modalità, accelera l'arretramento del SSN ed il suo defianziamento, differenzia l'accesso ai servizi sanitari peggiorando le diseguaglianze, favorisce determinate categorie scaricando i costi su tutta la popolazione attraverso agevolazioni fiscali. Come poi si è reso noto anche in quest'ultimo periodo, le prestazioni previste da tali polizze possono essere unilateralmente riviste al ribasso, a seconda delle situazioni finanziarie delle assicurazioni stesse. Perciò, attraverso questa modalità (peraltro inefficace ed inefficiente, poiché aumenta i costi burocratici e induce un maggiore consumo di prestazioni) si colpisce il principio dell'universalismo e della solidarietà nel servizio sanitario. E' evidente che si può sviluppare un potenziale ampio mercato in ambito assicurativo e prestazionale privato per mantenere e sviluppare utili, piuttosto che la salute. Guarda caso, nell'accordo preliminare di autonomia regionale sottoscritto col governo nel 2018, all'art. 7 dell'allegato "Salute" si legge: "Nel rispetto dei vincoli di bilancio e dei livelli essenziali di assistenza, è attribuita alla regione una maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in

materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi". Anche per questa ragione, oltre al fatto che si differenzerebbero ancora di più i vari servizi sanitari, crediamo che debba essere ritirata la richiesta di autonomia regionale.

Altro esempio di spinta ulteriore alla privatizzazione è rappresentato dal comma 2bis dell' art.8 (Strutture private accreditate): *I soggetti erogatori di cui al comma 1, possono concorrere all'istituzione dei presidi di cui all'articolo 7, comma 13, lettere a) e b), fermo restando quanto previsto dall'articolo*



6 comma 3, lettera a).

La sua traduzione è la seguente: I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari (comma 1), possono concorrere all'istituzione degli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e delle case di comunità previste dal PNRR (art.7 c.13 lett. a) e b)).

Le Case di comunità dovrebbero rappresentare l'interfaccia più vicina alle persone per l'accesso, e l'ottenimento delle risposte ai bisogni socio-sanitari in modo coordinato e multidisciplinare. Questo dovrebbe contribuire a raggiungere una visione "One Health" (approccio di una salute complessiva per le persone, animali e ambiente), ritenuto come "parte integrante" dei principi della nuova legge, come anche ricordato dal documento regionale e previsto dal PNRR per ottenerne i fondi.

Queste strutture, derivanti dalle Case della Salute—mai previste in Lombardia—, dovrebbero anche riportare centralità alla prevenzione e alla partecipazione delle persone in

ambito sanitario e sociosanitario.

Il fatto che, però, la stessa Associazione italiana dell'ospedale privata (AIOP) durante la sua audizione richieda in modo diretto di *“prevedere la possibilità di affidamento di tali unità di erogazione anche ai privati, accreditati e non accreditati”* svela che tali strutture che dovrebbero essere importanti per la salute territoriale e il raccordo fra ospedale e territorio, potrebbero facilmente diventare esclusivamente un ulteriore luogo di *“erogazione”* di prestazioni e null'altro. L'implementazione di tali importanti strutture per la medicina territoriale, deve essere supervisionata dalla popolazione locale attraverso una partecipazione diretta ed un controllo per la richiesta delle risposte di natura sanitaria socio-sanitaria e sociale alle problematiche delle diverse aree ponendo l'accento su tutti i determinanti di salute. Questa finalità difficilmente potrà essere resa concreta da una struttura privata che persegue utili.

Allo stesso modo una casa della comunità non può risolversi in una aggregazione di poliambulatori.

Per ribadire ulteriormente la volontà di privatizzazione, la giunta ha pubblicato le prime linee di progetto per l'attuazione di Case e Ospedali di Comunità nella città di Milano con una Delibera di giunta regionale (5195 del 6 settembre 2021). Nella sezione intitolata *“Collaborazione pubblico-privato”* si legge: *“Le risorse che il PNRR mette a disposizione per ristrutturazione, nuova edificazione e dotazioni strumentali e tecnologiche di CDC e ODC configurano interventi rivolti quindi alle aziende sanitarie pubbliche, unici possibili destinatari dei fondi. Il presente documento, d'altra parte, individua una proposta di allocazione delle risorse di investimento, sia del PNRR che di Regione Lombardia, all'interno di un quadro programmatico più generale, che ha come obiettivo il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso un modello di erogazione dei servizi omogeneo. All'interno di un modello di SSR sussidiario, va quindi approfondita la possibilità di realizzare strutture che svolgano le medesime funzio-*

ni previste dalle CDC/ODC, ma gestite da erogatori privati accreditati e di attivare forme di collaborazione fra soggetti pubblici e privati nella conduzione di tali strutture”. Si prevedeva, perciò, fin da prima della approvazione della legge regionale che avrebbe dovuto istituzionalizzarle, la possibilità per i privati di utilizzare fondi *“misti”* (in quali proporzioni?) per la realizzazione e gestione di Case della Comunità ed Ospedali di Comunità.

E prosegue: *“È possibile d'altra parte prospettare fin d'ora diverse forme di collaborazione: - sperimentazioni gestionali, ai sensi dell'art 19 delle LR 23/2015, attraverso le quali è possibile affidare attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi. [...] - progetti Partenariato Pubblico Privato (PPP) ai sensi del Dlgs 50/2016, nel quale un soggetto privato assume un'iniziativa per la realizzazione e gestione di opere e servizi di interesse pubblico. In questi casi gli investimenti, il rischio imprenditoriale e la gestione delle strutture sono affidati al gestore privato, che nel caso delle CDC dovrà mettere a disposizione delle istituzioni pubbliche spazi per le attività che non possono essere direttamente erogate dal proponente. È infine possibile prospettare, specularmente, forme di collaborazione pubblico privato attraverso le quali all'interno di una struttura a conduzione pubblica, parte dei servizi amministrativi e sanitari possono essere affidati, tramite procedure ad evidenza pubblica, a soggetti privati pur mantenendo l'ente pubblico la responsabilità di gestione”*.

Di fatto, si preconizza la riduzione del servizio sanitario nazionale pubblico a semplice simulacro.

Certo è incredibile che Agenas scriva alla giunta, ben prima della discussione e dell'approvazione della legge, nel mese di luglio, una nota in cui evidenzia che con la bozza trasmessa in quel periodo si è data risposta ai loro rilievi.

Come purtroppo si prevedeva, le osservazioni sulla legge regionale 22/15 da parte dei ministeri dell'economia e delle finanze, della giustizia e, infine, della salute paiono

non rilevare tali derive e il fatto che non si sia avuta la forza di impugnare la legge regionale come previsto dalla Costituzione ha di fatto permesso di dichiarare da parte di Moratti e Fontana che il ministero aveva di fatto approvato la linea di politica sanitaria lombarda.

In effetti anche l'iter di tutta questa procedura istituzionale è stato abbastanza contorto: la Costituzione indica la possibilità da parte del governo di impugnare le normative regionali *“quando ritenga che una legge regionale ecceda la competenza della Regione”* e *“può promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione”*. Il Governo ha invece raggiunto una serie di punti di accordo ai quali la regione stessa ha risposto con pochissime modifiche peraltro molto marginali di alcuni aspetti che sono riportati nella proposta di legge di *“revisione normativa ordinamentale 2022”* approvata con delibera di giunta n. 6125 del 21 marzo 2022 che dovrà essere poi approvata dal consiglio regionale.

E' comunque curioso notare che gli argomenti più interessanti siano stati sollevati dal ministero dell'economia e delle finanze dicendo esplicitamente in alcuni punti che vi è il *“preminente ruolo dell'ente pubblico”* per la definizione del fabbisogno sanitario e che pertanto la normativa deve essere coerente con questa previsione per la quale le realtà del privato accreditato possono erogare solo nell'ambito di quanto deciso a livello regionale.

Avendo, invece, di fatto confermato questa impostazione della legge regionale lombarda tali derive privatistiche potrebbero facilmente essere prese a modello da altre realtà regionali allontanando sempre di più il servizio sanitario da quanto previsto dalla riforma del 1978 e mettendo fortemente in discussione il diritto alla salute e la sua universalità e gratuità nel momento dell'erogazione, basata sulla fiscalità generale progressiva.

Per rilanciare, invece, un servizio sanitario

non legato alla sola erogazione di volumi di prestazioni spesso non utili a finalità di salute ma certo utili ai bilanci delle aziende e sapendo che la salute dipende da vari fattori, ambientali, sociali, reddituali, di istruzione, lavorativi, l'occasione di una nuova riforma dovrebbe valorizzare l'intreccio fra questi ultimi e l'attenzione riposta dalle politiche pubbliche a tutto ciò che favorisce o meno anche l'accessibilità ai servizi sanitari e il livello di salute generale. La salute non è uguale per tutte le persone ed è peggiore nelle fasce sociali più deboli, come si è manifestato chiaramente anche in questi ultimi mesi.

Nemmeno questa sindemia pare avere scalfito i dogmi neoliberisti che l'hanno determinata. In sanità pare che la via intrapresa negli anni passati per colmare il definanziamento pubblico attraverso coperture sanitarie private (previste, purtroppo, anche a livello di contratti di lavoro) possa paradossalmente ritrovare slancio in questo momento peggiorando le disuguaglianze.

In quest'ottica, deve essere rifondato un servizio sanitario pubblico (sia regionale che nazionale) che riconfermi invece i propri pilastri fondamentali: che sia preventivo, sociale, universale, partecipato, uguale su tutto il territorio nazionale e basato sulla fiscalità generale progressiva che permetta un servizio *“free at the point of use”*, come dichiarato nel momento di nascita del National Health Service inglese da cui il nostro Servizio Sanitario ha preso spunto per la riforma sanitaria nazionale del 1978. E' indispensabile che tutte le persone e le realtà che ritengano fondamentale contrapporsi ad uno scivolamento verso la privatizzazione e le disuguaglianze in salute e in sanità si contrappongano ora a chi, seppur legittimamente, ma per loro esclusivi interessi economici, spingono per poter accedere ancora più pesantemente a nuovi e vecchi settori sanitari in modo tale da mantenere come obiettivo finale i bisogni di salute della popolazione considerati in modo complessivo.

La Sanità del Lazio: un'analisi critica politico sociale

a cura della Sezione di Medicina Democratica di Roma

INTRODUZIONE

Per capire la sanità a livello nazionale, nella Regione Lazio, e in qualunque altra Regione, è fondamentale connettere le vicende regionali a quelle nazionali inquadrando in un contesto economico, sociale e politico (E. Turi, Aprile, luglio/agosto, settembre 2007; *Per una critica dell'economia politica in sanità*, Quaderni di inchiesta sociale, 2016).

E' necessario diffidare di ricostruzioni storiche o analisi politico-sociali che svincolano gli avvenimenti recenti dal passato e dall'uso della critica dell'economia politica e della critica sociale.

Spesso queste ricostruzioni sono più utili all'utilizzo politico contemporaneo che alla comprensione degli eventi e del presente.

Le organizzazioni e i movimenti che si ispirano oggi al patrimonio del movimento operaio e democratico non possono prescindere da questo approccio metodologico, pena l'analfabetismo di ritorno degli attivisti più anziani e relativo dei più giovani, soprattutto in una fase in cui sono sempre minori le sedi, anche fisiche con la pandemia, di scambio culturale e generazionale.

Internet può essere fonte di informazioni e scambi straordinaria, sapendola usare, ma anche luogo della passività e dell'ignoranza ove non di prassi riprovevoli.

Per comprendere il Lazio dal punto di vista sanitario non è possibile non fare accenno al fatto che Roma con i suoi 1.285 Km² è una città di grandi dimensioni, con un esteso tessuto agricolo, che al suo interno ne contiene molte (Milano ha 181,8 Km².) anche da un punto di vista sociale (S.

Monni, *Le mappe della disuguaglianza*, 2019; *Le sette Rome*, 2021).

L'espansione urbanistica ed edilizia, ormai del tutto privata, non è stata seguita da quella dei servizi, soprattutto nelle grandi periferie urbane che ormai superano il Grande Raccordo Anulare (GRA) saldandosi alla cintura dei comuni dell'Area metropolitana, in assenza di una rete di trasporti adeguata.

La costruzione degli ospedali, soprattutto dopo la Seconda Guerra Mondiale, ha seguito la proprietà dei terreni, a destinazione agricola, di grandi famiglie proprietarie terriere, spesso dell' "aristocrazia nera" romana legata al Vaticano, che regalando permetteva le opere di urbanizzazione, valorizzando gli spazi urbanistici contigui che così acquistavano valore appena il Comune li trasformava in edificabili (A. Cederna, *I vandali a Roma*, 1956; *Capitale corrotta, nazione infetta*, L'espresso, anno I, n.11/12/1956).

Così l'Ospedale Oftalmico, il San Filippo Neri e il Policlinico Gemelli, sono stati il frutto di speculazioni urbane, concentrando, con molte altre strutture, gli ospedali romani nella zona nord della città (la ASL ROMA1, che corrisponde a questo quadrante urbano, sei Municipi dal Centro storico più grande del mondo, a tutta Roma nord, ha la più grossa spesa per il privato accreditato), ma dove, fortunatamente, l'espansione edilizia è limitata dalla presenza di terreni coltivati ed aziende agricole prossime al mare e di altri comuni costieri e quindi una porzione relativamente piccola di popolazione ha una grande offerta sanitaria mentre l'area sud-est della città ne è priva, anche in rapporto alla densità di

popolazione, salvo la recente costruzione dell'ospedale Pertini, del S. Andrea e del Policlinico di Tor Vergata, al di fuori del GRA, entrambi Policlinici universitari.

Perché questo è l'altro grande problema: la presenza di ormai tre facoltà di medicina e di quattro Policlinici universitari, di cui uno dell'Università cattolica, che condizionano notevolmente le politiche sanitarie urbane e regionali, costituendo un enorme concentrato di potere politico ed economico.

La sinistra, sia moderata che radicale, nella sua evoluzione: PCI-PDS-DS-PD-Rifondazione comunista (PRC) – Sinistra Ecologia Libertà (SEL), Italia dei Valori (IdV), sino al 1975 è stata estranea al potere locale.

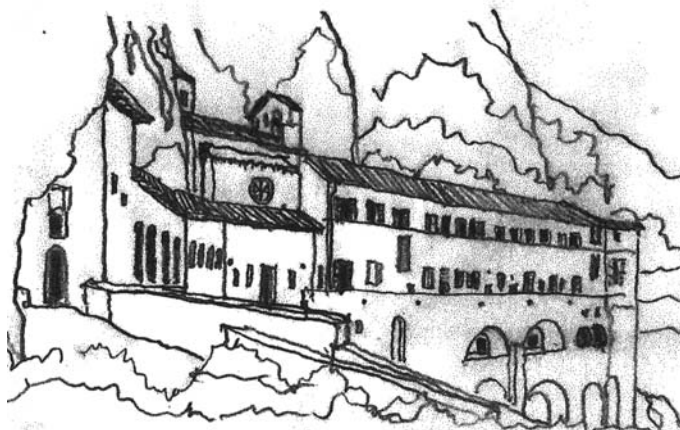
Nel 1975 con il grande balzo elettorale legato al biennio di lotte '60-'70 del lungo Sessantotto italiano e al voto ai diciottenni, ha conquistato Roma (G. C. Argan, L. Petroselli, U. Vetere) e la Regione Lazio (R. Palleschi, M. Ferrara, G. Santarelli) con giunte Partito Comunista Italiano (PCI) e Partito Socialista Italiano (PSI).

In Regione la sinistra storica governa dal 1975 al 1980, quindi la Riforma sanitaria adottata con L. n. 833/1978, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), non verrà attuata dalla sinistra al governo regionale ma dal Centro sinistra cosiddetto "organico" (per non confonderlo con quello attuale): Democrazia Cristiana (DC), PSI, Partito Social Democratico Italiano (PSDI), Partito Repubblicano Italiano (PRI) e dal cosiddetto pentapartito DC, PSI, PSDI, PRI e Partito Liberale Italiano (PLI), che governa dal 1980 al 1994-1995.

Ma la seconda metà degli anni '70 sono anche gli anni del "Compromesso storico": esso, a torto o ragione, era stato pensato da E. Berlinguer dopo il golpe in Cile del 1973 come un incontro-alleanza tra cattolici e comunisti, avendo come sponda nella DC A. Moro, ma verrà attuato molto meno ambiziosamente dalla destra del PCI come "pace sociale" (la CGIL di L. Lama), "larghe intese" (il Governo di "unità nazionale" di G. Andreotti nel 1978, con l'astensione del PCI, dopo il rapimento e l'uccisione di A. Moro), le "giunte anomale" nelle

città. Sugli effetti del "compromesso storico" sulla situazione politico-sociale italiana e sul ruolo che ebbe nella genesi del terrorismo di sinistra e del craxismo-berlinguerismo si rimanda all'analisi che ne hanno fatto P. Ingrao e R. Rossanda (*Appuntamenti di fine secolo*, 1995); ma la sinistra non sembra voler riflettere sull'influenza che quella politica ha ancora sui suoi gruppi dirigenti e molti militanti, sia relativamente al rapporto con i "ceti medi" che con il centro dello schieramento politico.

A nulla valse in quel clima, ad esempio,



Subiaco Monastero di San Benedetto

l'appello di Giovanni Berlinguer, medico, professore universitario e parlamentare del PCI, ma nei primi anni '80 segretario regionale del PCI nel Lazio, ad uscire dai Comitati di Gestione delle Unità sanitarie Locali, in quanto luogo di malaffare (La Civiltà Cattolica, anno 141, 1990, volume secondo, quaderni 3355-3360, pag. 87).

Gli anni '90 sono quelli della prima controriforma con il D.Lgs. n. 502/1992 (De Lorenzo, ministro del Partito Liberale Italiano (PLI), unico partito che aveva votato contro la L. n. 833/1978 e poi arrestato per Tangentopoli), con l'aziendalizzazione, la competizione pubblico-privato in sanità, l'obbligo di pareggio di bilancio nelle Aziende sanitarie (AS) e la figura monocratica e priva di contrappesi democratici del Direttore Generale (DG), in una tendenza di verticalizzazione autoritaria, con il potenziamento del ruolo delle Regioni e la diminuzione di quello di Comuni e

Municipi urbani.

Il PCI-PDS in un primo momento si oppose, ma la Ministra M. Garavaglia (DC, oggi PD) con il D.Lgs. n. 517/1993 attuò una mediazione con le Regioni “rosse” (Emilia-Romagna, Toscana, Umbria) che governavano la sanità dal dopoguerra, ammorbidendo il D.Lgs.n. 502/1992.

La sinistra torna al Governo in Regione Lazio dal 1995 al 2000 con P. Badaloni e l'alleanza elettorale dell'Ulivo: PDS, Partito Popolare Italiano (PPI), PdD, Federazione dei Verdi (PdV), PRC.

Quindi si troverà a gestire l'applicazione del D. Lgs. n. 502/1992 nel Lazio: aziendalizzazione, DG e pareggio di bilancio, superamento del ruolo dei Comuni, forte regionalizzazione.

Di fronte alle insufficienze tecniche dell'Assessorato regionale anziché riformarlo, potenziandone i ruoli tecnici, venne costituita l'Agenzia di Sanità Pubblica (ASP) su iniziativa dell'epidemiologo C. Perucci proveniente dall'Università Cattolica ma del PCI.

Il precedente Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) viene così trasformato in un mostruoso “*alter-ego*” dell'Assessorato, fuori controlli sul piano dei costi e degli sprechi, che si è distinto negli anni per uno spregiudicato e zelante utilizzo dei dati sanitari a fini politici (tagli ingigantiti per il pubblico e sempre ridotti e compensati per la sanità privata, specialmente quella legata al Vaticano).

A livello nazionale inizia il berlusconismo (1994) che verrà sconfitto da R. Prodi, con l'alleanza dell'Ulivo due volte (1996, 2006), ma il quadro nazionale è ormai dominato dai tagli alla spesa pubblica, il blocco delle assunzioni nella Pubblica Amministrazione (PA), l'ampio spazio al privato con le grandi privatizzazioni dell'industria pubblica (R. Prodi, M. Draghi). Alla sconfitta di P. Badaloni segue in Regione Lazio la vittoria elettorale del centrodestra della Casa delle Libertà: Alleanza Nazionale (AN), Forza Italia (FI), Centro CCD (CCD), CDU, con F. Storace dal 2000 al 2005.

Poi nuovamente il centrosinistra con l'Unione: PD, PRC, FdV, PdCI, UDEUR,

IdV e P. Marrazzo dal 2005 al 2009 che cadrà sotto i colpi mediatici di un oscuro scandalo privato.

Dopo la caduta di P. Marrazzo e la breve reggenza di E. Montino (PD), dal 2009 al 2010, il centrosinistra e le deboli opposizioni a livello regionale pensarono al voto anticipato con formule e programmi ancora tutti da costruire dopo la (rimossa) vicenda della Giunta P. Marrazzo cui fece seguito la sconfitta della radicale E. Bonino.

Tornava al governo della Regione Lazio il centrodestra con il Polo della Libertà: PdL, UdC, LD del 2010 al 2013.

Mentre Berlusconi cadeva sotto i colpi dello “*spread*” e della sua immagine internazionale, R. Polverini, che ne era creatura, traballava per i colpi del malcostume politico regionale e la mancanza di copertura nazionale essendo da sola nulla più che una creazione televisiva del giornalista G. Floris (RAI, la7).

Poi inizia l'era N. Zingaretti dal 2013 ad oggi.

Ma dagli anni '90 la sinistra, moderata e radicale, non potrà più dire che non era al Governo, nazionale e regionale, anche se alle sconfitte elettorali ma non hanno mai fatto seguito momenti di riflessione critica sul proprio operato, almeno in sanità (I. Cavicchi, *La sinistra e la sanità. Da Bindi a Speranza in mezzo a una pandemia*. 2021).

Comunque è evidente che la situazione della sanità nel Lazio è strettamente collegata alla vicenda politica nazionale e regionale anche in relazione alle politiche economiche e della salute.

Non voler ricollegare questi due aspetti, anche con riferimento agli anni passati, vuol dire non solo omettere un elemento importante di analisi ma non contribuire alla chiarezza politica, allo studio degli errori e alla mancanza di discontinuità e quindi precludersi la possibilità reale di una ripresa di iniziativa politica al governo locale e all'opposizione e dei movimenti in questo settore. Fino ad assistere ad un vero e proprio analfabetismo, l'attardarsi su parole d'ordine inattuali, il non cogliere le modifiche strutturali che il capitale ha

determinato nella sanità

LE POLITICHE SANITARIE E QUELLE ECONOMICHE SONO FORTEMENTE CONNESSE

Questo dato non è emerso solo con il 2° Governo Prodi ma inizia con i D. Lgs n.502/92 e n.517/93. Non è un riaprire la riflessione sull'aziendalizzazione, i DRG, il rapporto pubblico-privato (né sarebbe questa la sede) oppure sul risanamento del bilancio pubblico, quanto constatare che la sinistra tutta, moderata e radicale, sembra aver rinunciato, rispetto a questi temi, ad una propria autonoma riflessione che sappia uscire dal solco dell'economia classica riprendendo in mano gli strumenti della critica dell'economia politica e della filosofia critica, saldandoli alle vecchie e nuove elaborazioni sulla salute e lo stato sociale, la critica della globalizzazione, la finanziarizzazione dell'economia, l'ambientalismo, la critica di genere.

In sostanza: ridurre i costi e la spesa in sanità non è lo stesso. Ridurre i costi ha a che fare con l'efficienza e, in alcuni casi, con la legalità (al Sud ma il caso di Don Verzè a Milano, dell'IDI a Roma o dei rifiuti in Campania o dell'ILVA di Taranto sembra dirci lo stesso).

Ridurre la spesa invece ha a che vedere con politiche restrittive sui servizi sociali e sanitari.

La spesa sanitaria in Italia è aumentata solo negli ultimi anni in modo da averci posto vicino alla media UE (7,5% del PIL nel 2020) ma prevista in diminuzione dal NADEF 2021 (6,1% del PIL nel 2024) (Altraeconomia 240, settembre 2021).

Il problema è, casomai, come e per cosa è utilizzata questa spesa. Quindi un problema di allocazione di risorse del SSN.

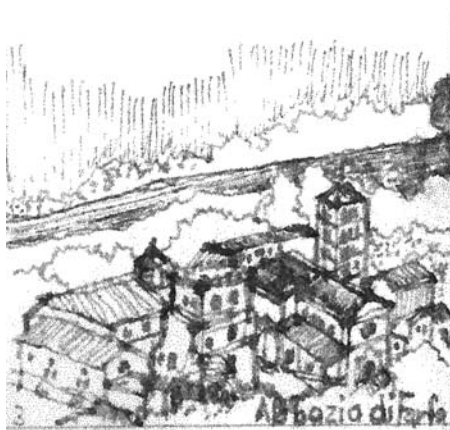
Di qualità e quantità dei consumi sanitari, problematica sin qui affrontata in modo paternalistico/autoritario quando i movimenti ecologisti e altermondialisti hanno individuato strumenti di critica che spostano la prospettiva (come, cosa, per chi produrre e consumare).

È possibile una riflessione simile in campo sanitario? Per esempio una “*riconversione*

ecologica e pacifista” della sanità (edilizia sanitaria, tecnologie, farmaci, prevenzione, rifiuti, alimentazione, tempi di vita e di lavoro, riduzione spese militari, ecc.).

Mentre a poco serve il mantra dell’ “*appropriatezza*”: utile per una corretta allocazione in uno spirito di prioritizzazione ma non necessariamente portatrice di risparmi.

Le vaccinazioni, gli screening o la terapia per l'epatite C hanno portato ad un aumento dei costi e della spesa contemporanea, non potendosi contabilizzare i minori costi della prevenzione i cui effetti



sono futuri e la riduzione di pratiche “*inappropriate*” non produce necessariamente risparmi, perché il costo delle stesse è soprattutto negli operatori che possono essere ricollocati su pratiche appropriate ma non certo licenziati. A meno che non si esternalizzino tutti i servizi ai privati rendendo sempre più precario, sfruttato e mal pagato il lavoro nei servizi di cura, come nei fatti è avvenuto.

Le Leggi finanziarie/di bilancio nazionali, ad iniziare dal 2005 con quella promulgata dal 2° governo Berlusconi, contenevano i fondamenti del Piano di rientro per le Regioni in disavanzo, e sono state poi fatte proprie dal 2° governo Prodi.

Hanno sempre affrontato questo argomento esclusivamente in termini di bilancio con tagli lineari e mai in termini qualitativi.

E così, drammaticamente, la “*spending review*” e il Piano di rientro della Regione

Lazio hanno condizionato pesantemente il centrosinistra regionale oscurando e condizionando totalmente la discussione sulle politiche di salute a livello regionale e i Governi di centrosinistra hanno portato avanti gli impegni presi a suo tempo con il Governo Monti ben rappresentato in ragione dal sub commissario nominato dal Ministro della sanità Balduzzi ad affiancare quello di nomina di Berlusconi.

La questione inoltre non si pone neanche come contrapposizione tra pubblico e privato in senso stretto, perché, se è vero che la sanità è il 70% dei bilanci regionali, il 50-60% è per il personale (con punte dell'80% in ospedale), spesa incomprimibile, anche per il privato, pena licenziamenti (che sono da questo usati come ricatto dagli imprenditori anche tramite i sindacati) o il blocco del turn-over nel pubblico, che è l'unica misura insieme all'imposizione diretta (ticket, tasse) o ai tagli orizzontali, che ha un immediato effetto di cassa.

La spesa per il personale è stata in continuo aumento fino al Piano di rientro per le dinamiche contrattuali e le poche assunzioni e concorsi apicali e il Piano di rientro del Lazio non risolve questo problema, come vedremo nel dettaglio.

Il Piano di rientro propone una riorganizzazione cartacea del Servizio Sanitario Regionale che avrebbe avuto effetti dopo 10 anni. Serviva solo a garantirsi, con un governo "amico" di quello regionale che ne certificasse l'efficacia, il non commissariamento del Lazio e lo svincolo dei finanziamenti statali. Strategia fallita sia in epoca 2° Governo Prodi, sia con il Governo Berlusconi che successivamente con il Governo Monti.

La caduta anticipata del 2° Governo Prodi bloccò questo approccio della R. Lazio, a cui peraltro il Ministero dell'Economia di Prodi si apponeva, determinando un'accelerazione della situazione finanziaria nel Lazio e il suo commissariamento, che si è venuta aggravando con Berlusconi prima e Monti dopo.

A ciò si aggiunga la finanziarizzazione spinta dell'economia in sanità, attraverso la cartolarizzazione dei debiti, processo già

iniziato con la Giunta regionale P. Badaloni, con L. Cosentino assessore alla sanità, di cui se ne sa pochissimo come ben rappresentato dalla trasmissione Report (Rai Play, 2009, 2015), articoli (M. Gabbanelli, *Il debito capitolino e i conti di Roma che sono segreti*; Corriere della sera, 12/3/2016; L. Piana, L'Espresso e La voragine, 2017), nelle riflessioni di M. Degni (*Il Lato oscuro del Piano di rientro*), Direttore di Sviluppo Lazio, Agenzia regionale creata ad hoc, che collaborava con l'assessore al bilancio di P. Marrazzo L. Nieri, allora PRC poi SEL, intrappolato nelle vicende di Mafia Capitale (M. Carminati, E. Buzzi).

Il debito del Lazio nei confronti dei creditori viene coperto da società finanziarie, spesso costituite ad hoc con poche migliaia di Euro, che saldano il debito in misura parzialmente ridotta ai creditori che incassano il dovuto e "vendono" il proprio credito con la Regione a queste società (che non si sa come prendono i soldi dalle banche in prestito per pagare i creditori) e guadagnano sugli interessi passivi che la Regione fa maturare e che a sua volta è costretta ad accendere mutui con le banche per pagare tali società di recupero crediti che agiscono inoltre per le vie legali ottenendo, come è avvenuto, il pignoramento dei fondi regionali.

A ciò si aggiungano i titoli tossici in cui la Regione ha investito (R. Lazio, CEIS Università di Roma Tor Vergata, Atlantide Finance S.r.l. Cartolarizzazione dei crediti sanitari vantati verso la R. Lazio, G. Magrini, Dirigente al Bilancio R. Lazio, 2005; Osservatorio sul debito della R. Lazio. Bollettino Marzo 2026-Numero 3; Nota informativa derivati R. Lazio, L.6/8/2008 n.133).

Il 6,5% del debito della R. Lazio era coperto da derivati con diverse banche (BNL, Citigroup, Deutsche Bank, DexiaCrediop, Unicredit).

Per le previsioni 2015 nel triennio 2016-2018 sono stati previsti 53.953,752 milioni di Euro in derivati.

A queste operazioni si aggiungono le cartolarizzazioni delle proprietà edilizie ospedaliere attraverso la Sa.Nim. (società 100%

della R.Lazio) ma con una operazione di vendita e riaffitto di 56 complessi ospedalieri e cartolarizzazione tramite una società veicolo (Cartesio S.p.a) a cui sono stati ceduti i crediti per 978 milioni di Euro.

In sostanza si è coperto questo meccanismo. Ma chi lo ha detto che il ripianamento del bilancio regionale dovesse avvenire solo o soprattutto sul capitolo della sanità e che la riduzione/razionalizzazione dei costi dovesse coincidere con una riduzione della spesa e non con una sua riconversione: quali settori sviluppare, come superare l'accreditamento con il privato e le esternalizzazioni, rilanciando la produzione diretta di servizi e reinternazionalizzando attività e lavoratori, come riconvertire i consumi farmaceutici e diagnostici?

Dimenticando che la sanità e la salute sono uno straordinario volano per l'indotto che hanno, assai più sano ed etico di altri settori (edilizia speculativa, banche, militare, ecc.).

Le Leggi di bilancio regionali approvate nel Lazio, il Piano di rientro e altri provvedimenti sono il frutto di questa impostazione culturalmente subalterna ai dettami dell'economia politica classica.

Infine il reddito da lavoro dipendente, spesso sottopagato, precario o mascherato come P.IVA: il reddito in sanità va considerato al netto dei profitti del settore privato come *"variabile indipendente"*: i risparmi, quindi, vanno pensati sulla parte di spesa eccedente la somma dei redditi che la sanità stessa produce direttamente o nell'indotto.

Utopia? No: necessità se non vogliamo che una massa di precari e disoccupati, sottopagata e priva di diritti, o una *"classe media"* impoverita, diventi nuovamente un esercito salariale di riserva a minaccia dei cosiddetti *"garantiti"* e del loro reddito dietro l'inganno del conflitto generazionale o quello garantiti-non garantiti – spesso mantenuti dagli stessi *"garantiti"* (detto da ottuagenari ed ultra garantiti ricchissimi che forse vogliono vendicarsi con i coetanei o i giovani di allora di quanto patirono nel decennio a cavallo del '68), oppure

prossimo strumento di manovra reazionaria come negli anni '20 e come dimostra il voto a Lega e Fratelli d'Italia, soprattutto nelle periferie romane, o l'astensionismo (a Roma il 50% elezioni Comune 2021).

E questa potrebbe essere la chiave di lettura democratica ed egualitaria di tutta la vicenda della crisi: difendere il reddito per difendere la democrazia. Il reddito di cittadinanza ed il salario anche per sottrarre al ricatto i lavoratori ed i disoccupati (M.Fana, *Basta salari da fame*; 2019; *Non è lavoro è sfruttamento*, 2019), sottrarli alla loro *"fedeltà"* politica all'azienda o ai partiti.



DOVE SONO LE RADICI DI QUESTE SCELTE REGIONALI NEL LAZIO?

Le radici di quanto detto stanno nelle politiche regionali consociative che nella sanità sono sempre state potentissime e in cui si intrecciano interessi di vari settori spesso in conflitto tra loro ma costretti ad accordarsi: banche, sanità privata, Vaticano, università, edilizia, farmaceutica, industria elettromedicale, professionisti, sindacati, cooperative.

Questo già con la Giunta regionale P.Badaloni-L.Cosentino. Settori ben rappresentati trasversalmente in tutte le forze politiche.

Che la DC e i suoi partiti satelliti, il vecchio PCI e i DS poi abbiano avuto interessi nella sanità privata è noto e che questa potesse supportare in parte il vecchio PCI romano (nel Lazio le Cooperative rosse non avevano lo stesso successo economico e la rilevanza politica di Emilia Romagna e

Toscana) è stato a volte riportato da organi di informazione; analogamente le forze facenti capo al vecchio PSI e alla DC, oggi in tutti gli schieramenti anche con personaggi di punta, hanno rappresentato banche, Vaticano, industria, ecc.

AN arriva ultima con Storace, ma voracissima, a chiedere la sua fetta della torta: Lady ASL (*Lady ASL. La casta della sanità: fatti e misfatti*. A. D'Amato, D. Petti, 2008) e F. Fiorito (La Repubblica, 21/9/2012).

L'assessorato alla sanità del Lazio è diventato via via una sede di mediazione tra gruppi di interesse nella ripartizione delle risorse.

Infatti i DS, PRC e i Verdi non vollero mai discutere al loro interno o pubblicamente della sconfitta di P. Badaloni nel 2001 e l'opposizione a F. Storace sui temi della sanità fu assai debole, preferendo una linea di tutela degli interessi collaterali (accreditamento e relativa Legge regionale, mantenimento e consolidamento delle posizioni di Centro Unico regionale Prenotazioni/RECUP - che inizia proprio con F. Storace -, Cooperativa Capodarco, ecc.).

Con la vittoria nel 2006 la scelta di A. Battaglia come assessore fu di sostanziale continuità con tale linea.

La conflittuale scelta di C. Clini (fratello del contemporaneo Ministro), già medico con ruolo di natura ispettiva con il Procuratore G. Caselli a Palermo e Direttore Generale dell'ASP contro C. Perucci (sempre "*consigliere del principe*" del PCI-PDS-DS) fu orientata dalla Margherita e dallo stesso P. Marrazzo che non si fidavano dell'assessore, come i fatti hanno poi dimostrato.

La gestione dell'Assessorato è stata sempre conflittuale sino alla nomina di S. Natoli, già Direttore dell'Assessorato alla sanità della R. Lazio, come Direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità, un "*promoveatur ut amoveatur*", e l'arrivo di A. Correani, la scelta dei consulenti dell'assessore tra ex Direttori generali ASL.

Ma ciò non faccia trarre in inganno rispetto ad eventuali "*buoni e cattivi*": si tratta solo di rappresentanti di interessi e cordate diversi.

Inoltre la sanità è ancora largamente "*eco-*

nomia reale": posti di lavoro, attrezzature, materiali, edilizia, manutenzione, ecc. con centinaia di ditte coinvolte e come con il centrosinistra così con il centrodestra non ha vinto la linea delle assicurazioni di malattia (si è visto con Monti che sembrava più legato al mondo finanziario, vedi la riforma delle pensioni della Fornero, che spinse verso le pensioni integrativa una ulteriore fetta di ceto medio), poiché la sanità "*reale*" produce consenso immediato (voti o denaro): un'assunzione anche precaria, una consulenza, un "*primariato*", un appalto, l'apertura di un ospedale, ecc. intrecciando pratiche virtuose e pratiche illegittime o illegali.

Ed infatti l'illegalità "*alta*" e "*bassa*" percorre sempre le vicende della sanità a sud come al nord, seppure in forme e quantità diverse: perché la sanità è l'ultima grande azienda pubblica italiana dopo le privatizzazioni, muovendo molto più denaro di altri settori.

E questa illegalità diffusa si combina con il bene che la sanità produce ogni giorno, in un intreccio di interessi politici, sociali, individuali e collettivi.

Come ha scritto il giudice di Mani Pulite G. Colombo: Mani pulite si fermò quando ci si rese conto che l'illegalità era un fenomeno talmente diffuso e con tante coperture che era impossibile scoperciare le grandi senza colpire le piccole conniventi illegalità (G. Colombo. Sulle regole, 2008; *Anche per giocare servono le regole*, 2020).

In fondo il capitalismo nasce dall'illegalità e dalla sua successiva legalizzazione una volta che con le leggi i ricchi al potere la ripuliscono, impedendo l'accesso ad altri. In fondo l'illegalità coincide con i meccanismi originari dell'accumulazione e produce PIL e, secondariamente, seppur parzialmente, anche gettito fiscale o, comunque, speculazione finanziaria.

PERCHÉ A. BATTAGLIA?

Perché avrebbe rappresentato più fedelmente, al di là delle proprie capacità individuali o la coerenza del suo percorso, la sintesi e la mediazione tra gli interessi sudetti.

Diciamo che non è stato capace di mediare

efficacemente tra la linea della sussidiarietà orizzontale di derivazione cattolica sancita dalla Ministra R. Bindi con il D.Lgs. n.229/1999 (il pubblico e privato, soprattutto sociale, collaborano), il Vaticano (che ha rappresentato con coerenza: Gemelli, Bambino Gesù, Campus Biomedico), la sanità privata (A. Angelucci, G. Ciarrapico padre, tra la DC e il MSI, poi AN-PdL, il figlio Tullio ex fascista oggi non lontano dall'area PD, già Preside del Policlinico Casilino - AIOP, Federlazio in cui transita R. Garofalo, imprenditore della sanità legato al PCI) il privato sociale (Capodarco, cooperative spesso promosse dai sindacati, Compagnia delle opere legata a liberazione), il sindacato, l'Università, l'edilizia privata. Comunione

Infatti avrebbe dovuto portare a casa l'operazione della realizzazione di ospedali nelle grandi aree periferiche urbane di Bufalotta e Cinecittà a Roma che, oltre a valorizzarle urbanisticamente, rispondendo in ciò ad interessi precisi (cfr. Report), con le "joint venture" pubblico privato, in cui si socializzano le perdite e si privatizzano gli utili, si introduce nell'impresa A. Angelucci (poi senatore di AN), blandendo il gruppo editoriale la Repubblica-L'Espresso che nell'area di Cinecittà avrebbe voluto trasferire tutte le sue strutture editoriali.

A. Angelucci, non dimentichiamo, già editore di Libero e de Il Riformista.

La cosa non riuscì ad andare in porto, scontenta i molti esclusi, ma soprattutto non fa i conti con il Piano di rientro che prevede la chiusura di due ospedali (S. Giacomo, Nuovo Regina Margherita, entrambi al centro di Roma) e la realizzazione di due nuovi in aree già servite (S. Andrea, Tor Vergata), urbanisticamente intasate e da riqualificare, per pochi posti letto (200 ciascuno, con al pubblico l'emergenza e al privato la riabilitazione ben retribuita e meno impegnativa) mentre a Roma si tratta di ridurli o spostarli in grandi periferie o in Provincia o riconvertirli: processi che in altre regioni comportano anni di concertazioni locali, programmazione, progettazione, ecc.

Ma soprattutto non l'estensione a privati

che già nel Lazio contano moltissimo.

LE PREMESSE DI QUESTO EPILOGO

Non c'è dubbio che le scelte operate sin dall'inizio andavano in questo senso: non riformare in nessun modo l'Assessorato alla sanità e l'ASP. Tutti funzionari della vecchia amministrazione rimangono al loro posto, una funzionaria ripresa come consulente e poi arrestata (alcuni non conformi al Regolamento regionale varato da Storace vengono sanati in deroga, forse proprio per la continuità consociativa che rappresentavano), nessuna modifica strut-



ture degli uffici (nessun funzionario tecnico dall'esterno nella tecnostruttura della Direzione, in ossequio al suddetto regolamento e alle pressioni dei dirigenti "perequati", cioè in graduatoria per titoli e meccanismi di idoneità interni, sino all'ultimo prepensionamento con buonuscita e non sostituzione in due aree strategiche: programmazione e sicurezza del lavoro), la separazione tra bilancio e programmazione con P. Artico e A. Correani prima, S. Calabretta poi (Direzione che le vecchie amministrazioni avevano tenuto fermamente accentrata nelle mani di E. Melaragno, che è stata premiata con l'INRCA).

Vanno in pensione solo di nome i Direttori Generali di ASL e Dirigenti di Aree regionali che vengono ripresi dall'Assessore come consulenti.

Ma queste politiche interne all'Assessorato sono complementari alla scelta di

P.Marrazzo di lasciare i Dipartimenti regionali, sovraordinati alle Direzioni regionali degli assessorati, creati da Storace per controllare gli assessorati, di cambiare nome a Laziomatica (coinvolta nello scandalo Storace di spionaggio politico) che diventa LAIT (oggi LazioCrea) modificando gli assetti di direzione della società ma tutta dentro una idea di business dell'informatica e di controllo centralizzato ingegneristico ma privo di contenuti, la continuazione di Lazioservice che viene diretta da un DS-PD ma che rappresenta la politica di clientelismo e precariato nelle assunzioni del centrodestra ma trasversali e senza concorso sino al RECUP che è costato a S. Natoli un avviso di garanzia per il bando di gara costruito a misura per Capodarco cooperativa.

Ed infine l'ASP la cui legge regionale istitutiva opera di Cosentino-Natoli-Perucci nel 1999 è un capolavoro di contraddizioni tecnico-politica: consiglio di amministrazione (CdA) di nomina politica che non prevede alcun contrappeso (con ben due parlamentari eletti al proprio interno e il Presidente incompatibile, ma certo anche la presenza di D.Gramazio era istituzionalmente moralmente discutibile e i consiglieri in quota DS e Verdi che non hanno mai detto nulla).

Poca trasparenza nell'accessibilità e divulgazione dei dati sanitari, dirigenti tutti assunti con incarico "fiduciario" (comandati o in aspettativa dalle AS) o borsisti, improvvidamente promossi sul campo per presunte capacità tecniche, senza pianta organica (la prima fu approvata dal CdA ASP nel 2006), senza procedure comparative o concorsuali, con contratti individuali, centinaia di collaboratori a progetto precari e ricattabili, pochissimi dipendenti comandati o in aspettativa prevalentemente da AS, Regione, con CCNL Enti Locali, dal Ministero della salute o da AGENAS (prima SSR), contratti individuali, alcuni superpagati, centinaia di collaboratori a progetto precarissimi e ricattabili, contratto regionale e non SSN, collaboratori e consulenti anche eredità della passata amministrazione, collaboratori e consulenti di amministrazioni precedenti lasciati al loro

posto o promossi,

Ma, soprattutto una gestione "autoritaria" e incompetente dopo che per anni si era combattuto l'autoritarismo e l'ignoranza di F. Storace-D. Gramazio, la mancanza di trasparenza, mascherata come "autonomia" dei tecnici. Questo in armonia con un "decisionismo", spesso disattento a Deliberazioni Giunta Regionali (DGR), leggi, accordi Conferenza Stato-Regioni, ecc. e molto incline creare propri "gruppi di lavoro" in Assessorato fuori dalla struttura.

Mai l'ASP ha raggiunto livelli così bassi, con più di 200 dipendenti ma pretendendo di svolgere un ruolo "politico" che scalca l'assessorato contrattando direttamente con gli erogatori. E in aperto conflitto con lo stesso Assessore A. Battaglia.

Ma l'autoritarismo sembra la cifra che ha caratterizzato la gestione delle AS anche di Direttori generali di centrosinistra, bocconiani o (ex) "compagni". L'amministrazione P. Marrazzo-A. Battaglia non ha certo favorito la partecipazione (vedi gli Atti aziendali).

Un autoritarismo che non sembra avere avuto neanche la giustificazione di un riformismo "radicale".

C. Clini propone anche una leggina di "riforma" dell'ASP, in sordina e fuori tempo massimo e cerca di salvare se stesso, essendosi ridotte le Regioni in cui espatriare con ruoli di prestigio o al riparo.

In era R. Polverini-M. Monti l'ASP è stata costretta ad una severa cura dimagrante, ma i difetti di fondo rimasero e il problema dei precari non trovò soluzione.

L'EPILOGO

Marrazzo revocò le deleghe ad A. Battaglia perchè contrattò con Berlusconi (e Sacconi -Tremonti, tutti ex PSI) ed G. Alemanno (P. Marrazzo ha bisogno dei fondi del governo arretrati che servono anche ad Alemanno per i debiti che la Regione Lazio ha con il Comune di Roma; ma il 2° Governo Prodi, la Ministra L. Turco e l'assessore A. Battaglia non potevano pensarci prima?), che la Regione Lazio non venne commissariata, o meglio venne commissariata con lo stesso P. Marrazzo.

Chi ne avrebbe interesse d'altronde? Non il Vaticano, che aveva ottenuto ciò che voleva, non le Banche e le società di recupero crediti, che lucravano su questo meccanismo. Non Berlusconi che avrebbe dovuto farsi carico con un funzionario governativo (questo prevedeva la Legge finanziaria di bilancio 2008) del disavanzo del Lazio e di eventuali misure impopolari.

Ma il patto è un fine legislatura in coincidenza con le europee del 2009 a cui P. Marrazzo verrà candidato anche per non fare la fine di P. Badaloni in RAI, dando per scontato che nel Lazio si perderà. Ma soprattutto accentrando in mani fidate di un "tecnico" (ex Direttore generale ASL) la mediazione tra i portatori di interesse.

E forse un diverso equilibrio tra gli stessi dopo le elezioni nazionali e il quadro di opposizione "ombra" che sembra apparire. Diversamente il governo Berlusconi e Alemanno (che nominerà a breve i propri rappresentanti nelle AS romane) avrebbero accerchiato P. Marrazzo sino alla sua sconfitta elettorale.

Marrazzo si è insediato in assessorato, tiene le deleghe, forte dell'accordo con il Governo, e mette i suoi "tecnici" a presidiare l'Assessorato.

LA SINISTRA

Quel che resta della sinistra istituzionale (PRC, Verdi, SD, PdCI) sembra non rendersi conto di questo scenario. Le dichiarazioni di PRC, che ha i suoi Direttori Generali e Sanitari, dopo la vicenda sono morbide, schiacciata tra la scelta di P. Marrazzo che non può che essere criticata e l'oggettiva difesa di A. Battaglia, che ciò comporta, che è invece indifendibile.

La oggettiva corresponsabilizzazione con le scelte di A. Battaglia (il Piano di rientro, gli atti aziendali, le finanziarie regionali), la presenza in CdA ASP (Verdi), la scarsa spinta partecipativa non certo sollecitata in questi anni ne minano ogni capacità di critica e opposizione sociale.

Ma per far questo sarebbe stata necessaria elaborazione culturale ed iniziativa, discussione critica, ma soprattutto un'analisi rigorosa della situazione.

Il rischio per gli altri è rimanere sotto le

macerie delle successive elezioni come già a livello nazionale, tra voto "utile" ed astensionismo.

LA SCONFITTA

P. Marrazzo si dimette e non si ricandida sulla scia di oscure vicende a sfondo sessuale ma nessuno, se non la radicale E. Bonino, ha il coraggio di ricandidarsi con lo scenario sopra descritto. I DS-PD, a questo punto, subiscono tale candidatura e faranno una campagna elettorale poco convinta, ma, soprattutto, dopo la sconfitta nuovamente non si aprirà alcun dibattito



vero sulle responsabilità politiche e gli errori del centrosinistra. Né da parte dei DS-PD né da parte di PRC-PdCI-Verdi-SD/SEL-IDV.

LA POLVERINI

Con l'insediamento di R. Polverini la situazione peggiorò: numerosi i Decreti dei Commissari ad Acta (DCA), spesso adozioni di atti scritti presso l'ASP, in gran parte inattuati o inattuabili, non gestiti politicamente o tecnicamente dall'Assessorato che non ha una sua testa né politica né tecnica ed i Direttori generali, sanitari ed amministrativi, essendo (e come potrebbe essere altrimenti ?) il frutto del manuale Cencelli, sono operativi solo nella parte dove operano riduzioni di budget e tagli lineari.

L'ERA ZINGARETTI

Così con le nuove elezioni nel 2013 inizia l'era di N. Zingaretti, con la coalizione Italia

Bene Comune: PD, SEL, CD, PSI.

Nel 2018 vincerà nuovamente con una coalizione PD, LeU, + Europa ma Sinistra Italiana, molto critica con la gestione della sanità di N. Zingaretti, in grande maggioranza, non voleva appoggiare la coalizione e P. Grasso, allora “*leader*” di LEU lo impone con Art.1-MdP.

La R. Lazio è in disavanzo e commissariata dal Governo e il Presidente N. Zingaretti è il Commissario e sub Commissario R. Botti, proveniente dalla sanità lombarda di R. Formigoni dove è Direttore generale dell'Assessorato e viene lambito dalle inchieste giudiziarie sul Presidente della Regione Lombardia, poi Presidente del gruppo merceologico sanità di Assolom-

barda, nominato Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute dalla Ministra B. Lorenzin (allora FI ora PD).

A lui succederà G. Bissoni (ex PCI-PDS-DS) già Assessore alla sanità in Emilia Romagna negli anni '90 che entrò in conflitto con D'Amato (PCI, PRC, PdCI, PD) coordinatore della “*cabina di regia*” dell'Assessorato durante il Commissariamento.

D'Amato tolto il commissariamento nel 2020, benché la R. Lazio fosse ancora in disavanzo, è stato nominato Assessore alla salute.

(prima parte, la seconda parte verrà pubblicata sul prossimo numero)



Civita Castellana: La Rocca

Transizione sanitaria e territorio digitale: ruolo del PNRR

a cura del Comitato Sanità Pubblica Versilia - Massa Carrara*

Durante la pandemia da 'Covid-19' abbiamo assistito a una forte crisi del modello sanitario nazionale che ha mostrato le maggiori criticità nella gestione della sanità territoriale; l'assenza di "filtri" ha creato un carico eccessivo all'interno dei pronto soccorso, gli ospedali al collasso e ha evidenziato il divario dei vari sistemi sanitari regionali (nord-sud ma anche città-provincia).

Un SSN già in crisi a causa di decenni di tagli e sotto finanziamenti, investimenti in edilizia ospedaliera fermi da moltissimi anni (abbiamo ospedali costruiti prima o dopo la 2^a guerra mondiale, oggi non più funzionali), organici cronicamente carenti, tra il 2009 e il 2019 sono stati tagliati 46mila posti degli operatori sanitari tra cui 6.000 medici, corsie in ospedali sempre più simili a reparti di una fabbrica, economie di gestione basate sul risparmio e non sulla qualità dei servizi. Oggi 14 milioni di cittadini non possono curarsi.

La gestione della pandemia con tutti gli effetti devastanti più volte denunciati, non ha prodotto un'inversione di tendenza ma un'accelerata del processo di digitalizzazione della sanità, sotto il propagandistico slogan "Occorre ripensare l'organizzazione del SSN affinché rimetta al centro i bisogni dei cittadini".

L'occasione si è presentata con il Recovery Plan (europeo) che di conseguenza ha "imposto" all'Italia il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (l'Europa dà i soldi, ma vuole preventivamente sapere come verranno spesi), che è in pratica una riforma a tutti gli effetti del SSN, in chiave tecnologica, e che articolandosi su 6 missioni traccia il nuovo scenario con il quale

dovremmo fare i conti come cittadini, pazienti e lavoratori.

Basti dire che solo una minima parte dei soldi stanziati saranno impiegati per la salute e il rinnovamento dell'assistenza territoriale anche in termini di prevenzione.

"Grazie alla pandemia da Covid 19", come il Corriere della Sera ha scritto, "capace di imprimere un'accelerata formidabile alla medicina a distanza", il processo-progetto di trasformazione del SSN, trovate le risorse necessarie e le convergenze tra i vari attori, è partito su larga scala, avviando così la definitiva modifica del concetto di prevenzione, cura e salute.

Pensiamo a come viene veicolato il messaggio sulle nuove potenzialità di diagnosi e cura: oggi un gesso a un braccio viene fatto con le tecnologie 3D in realtà anche italiane, pensiamo alla robotica applicata alle prestazioni chirurgiche: a novembre del 2019 al San Raffaele di Milano è avvenuta la prima operazione da remoto alla faringe.

Tornando al "Piano Draghi", è suddiviso in "missioni", alla sesta, denominata "Missione Salute", è destinato un finanziamento di 15,63 mld che arrivano a 20 mld in 5 anni, con altri finanziamenti (lo strumento finanziario React EU - Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe previsto per la crisi pandemica da COVID-19 +1,71 mld - e il Fondo complementare per la sicurezza ecologica e sismica (+2,89 mld).

Comunque, ancora lontano dal recuperare i 37 mld di tagli che il Sistema ha subito negli ultimi 10 anni.

La sesta missione è composta da 2 macro aree:

*comitatosanita-publi@virgilio.it

- la 1° dedicata alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale con un finanziamento di 7,0 mld; - la 2° dedicata all'innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN con un finanziamento di 8,63 mld.

Sulla sanità territoriale, Draghi ha detto che *“la casa dei pazienti”* deve diventare il *“principale luogo di cura”*. Come? Con l'utilizzo della telemedicina e dell'assistenza domiciliare integrata (anche su questo il Covid-19 è stato utilizzato strumentalmente per spiegare che avremmo potuto evitare un numero alto di morti tra i medici di base con l'utilizzo della telemedicina e non per la mancanza dei Dpi). Da qui, il rafforzamento delle cure domiciliari, che in Italia interessano 14 milioni di cittadini e il progetto non prevederebbe assunzioni di personale, ma la realizzazione di Centrali di Coordinamento, Case della Comunità e Ospedali di Comunità.

L'era della digitalizzazione sanitaria non avrà bisogno di più operatori sanitari, ma di una nuova generazione con un senso maggiore di *“imprenditorialità”*, per questo sul versante dei lavoratori si punterà all'acquisizione di ulteriori competenze e a una ridefinizione del modello assistenziale. I successi nella *“sanità elettronica”* sono vincolati soprattutto al coinvolgimento, in prima persona, dei protagonisti del sistema sanitario attraverso il consenso o l'adesione passiva sino all'esercizio di un'egemonia per contrastare la resistenza principalmente manifestata, contro un'eccessiva attenzione per gli aspetti manageriali a discapito di quelli clinici e assistenziali.

Per le Centrali di Coordinamento è previsto uno stanziamento di 1 mld per istituirne 602 entro il 2026. Queste centrali dovranno appunto coordinare le varie forme di offerta sul territorio perché partono dall'assunto, come dal Piano, che *“il territorio produrrebbe servizi migliori, più efficienti e meno costosi, piuttosto che la concentrazione di cure ospedaliere”*; infatti la telemedicina e l'intelligenza artificiale possono mantenere l'utente a casa senza fargli occupare un posto letto e oggi un tablet costa 80 € contro gli 800, costo di un

giorno all'interno di una struttura ospedaliera.

Puntare dunque a una medicina vicina ai cittadini sul territorio, anche con l'istituzione delle Case di Comunità, con un finanziamento di 4 mld. Ne sono previste 1.288 di nuova costruzione (una ogni 33.800 abitanti), entro il 2026, e anche qui sorge un problema: sono istituite in termini di numero di abitanti e non in termini di densità abitativa, così in una regione come la Basilicata avremo 2 case della comunità distanti 470 km una dall'altra!

Quindi, se l'obiettivo è quello di avere le cure più vicino possibile alla casa dei cittadini, in questo modo non viene ottenuto. Queste case dovrebbero riunire in un'unica struttura medici di medicina generale (ai quali il progetto non piace perché temono di dover passare dalla libera professione alla dipendenza), specialisti, infermieri e assistenti sociali, per la realizzazione della cosiddetta *“medicina associata”*, in cui il medico di medicina generale non lavorerà più da solo, ma con una équipe che possa garantire un minimo di diagnostica con risposte di primo livello, nell'ottica di filtro, con lo scopo di non mandare i pazienti a intasare i pronto soccorso e gli ospedali e per abbattere le liste d'attesa.

Dovrebbero essere aperte tutto il giorno, vi si potranno effettuare vari esami come ecografie, elettrocardiogramma, vi sarà il centro prelievi e un primo supporto per le situazioni associate a rischi sociali come la violenza domestica e la depressione; sarebbero perciò assimilabili a quelle che dovevano essere le Case della Salute (pensate per dare risposte dopo aver chiuso diversi ospedali, accorpandoli), dimostratesi un flop (unica eccezione l'Emilia Romagna assunta a modello dagli estensori del PNRR).

Se di Case della Salute si tratta, perché chiamarle Case di Comunità? La differenza sta nella diversa gestione. Infatti, il Welfare di comunità è un insieme di progetti che spingono verso la creazione di una comunità che collabora; questo può significare l'apertura del servizio pubblico a soggetti esterni (cittadini, enti, imprese e organizzazioni del terzo settore). E qui si fa strada

quello che non è un sospetto, che la definizione delle Case di Comunità sia strumentale a un disegno che pensa di appaltare parte dei servizi pubblici territoriali al terzo settore.

Terzo e ultimo obiettivo, la realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità con uno stanziamento di 1 mld. Saranno strutture sanitarie a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata; potranno ricoverare quei pazienti che usciti dagli ospedali per acuti per un breve periodo non sanno dove andare. Saranno dotati di 20 posti letto (fino a un massimo di 40) e a gestione prevalentemente infermieristica, in un'ottica di riduzione dei costi.

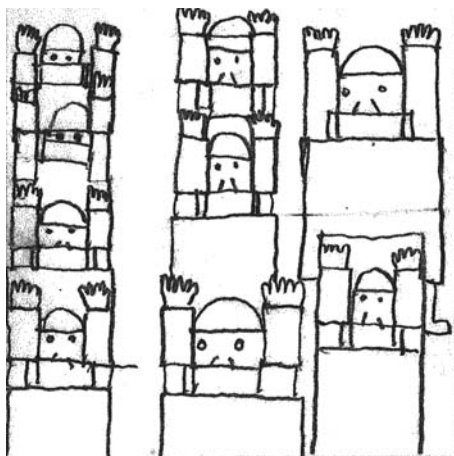
Un capitolo a parte è la missione 5 dedicata a infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, dove trovano spazio le riforme riguardanti gli anziani non autosufficienti e le persone con disabilità. Qui le parole d'ordine sono domiciliarità e deistituzionalizzazione.

È prevista la riconversione delle RSA e delle Case di Riposo per gli anziani in appartamenti autonomi dove gruppi di anziani possano coabitare, sorvegliati, gestiti e supportati dalla domotica (rendere intelligenti apparecchiature, impianti e sistemi), dalla telemedicina e dal monitoraggio a distanza. Sono previsti percorsi di autonomia per persone con disabilità, incontri gestiti/realizzati dai Comuni (ma sappiamo bene i problemi economici che molti hanno), da associazioni (cioè dal terzo settore), da singoli (cioè privati) e la volontà di appaltare al terzo settore e a privati è scritta a chiare lettere.

In Toscana gli interventi previsti nell'ambito del PNRR relativamente alla Missione 6, componente 1 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”*, prevedono (con l'aggiunta di interventi realizzati con il fondo complementare) 78 case di comunità, 37 centrali operative territoriali e 24 ospedali di comunità. In totale in Toscana arriveranno 104,2 milioni di euro per le case di comunità, 56,8 milioni di euro per gli ospedali e 12,6 milioni di euro per le centrali territo-

riali per un totale di 173,6 milioni di euro ai quali andranno aggiunti 20 miliardi di euro deliberati dal fondo regionale, oltre i fondi dell'art.20, attraverso i quali saranno finanziate alcune strutture che rientrano in questo progetto.

Cifre interessanti perché danno la misura che questa valanga di soldi, circa 200 milioni, da investire *“in un programma straordinario per le strutture territoriali”* come sottolinea Giani (Presidente della Regione Toscana dal 2020), non invertono *“l'ordinario”* e continuativo depauperamento dell'ospedale Versilia, che farà la



fine di altri ospedali toscani, come San Marcello pistoiese, Elba, Serristori di Figline Val d'Arno, chiusi o ridotti a poca cosa. Non sono utilizzati per l'assunzione di personale, e poco importa se avremo case e ospedali, sia pure antisismici o corredati dalle migliori tecnologie se non ci saranno medici e infermieri per farli funzionare. Oggi mancano in Toscana 5.000 infermieri, 800 medici specialisti e 250 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e nei prossimi anni andranno in pensione 4.000 medici attualmente in servizio. Non vengono investiti in prevenzione in una regione che ha territori come la Versilia e Massa Carrara con il triste primato di tumori e mortalità, anzi con l'introduzione della digitalizzazione su larga scala, (per la digitalizzazione sono stati stanziati 82,40 milioni di euro), si aggiungerà l'inquinamento da emissioni elettromagnetiche che, con il 5G, raggiungerà livelli di estrema pericolosità. Basti dire

che già nell'ottobre del 2021 la Regione Toscana aveva approvato le linee di indirizzo per la sperimentazione di esperienze-pilota di Case di Comunità per testare sul campo le novità del Pnrr che, facendo della *"prossimità il concetto chiave"*, punteranno a valorizzare la presenza diffusa e capillare di servizi sul territorio, attraverso il contributo che arriverà dalle nuove tecnologie. Una sperimentazione quindi, che al di là delle frasi roboanti, sarà incentrata sulla telemedicina e i suoi strumenti come le televisite e il tele-consulto e sulla sanità digitale.

Si avrà così una estremizzazione di un processo in corso da anni, dove l'analisi clinica è soppiantata o largamente sostenuta dalla tecnologia attraverso apparecchi che marciano, tracciano e iscrivono i risultati delle analisi diagnostiche, un approccio che riflette la concezione borghese della medicina che si oppone da sempre ad una visione collettiva della salute, poiché induce chi soffre allo stato di consumatore pas-

sivo.

In conclusione: *"riforma"* del sistema sanitario per abbattere i costi per salvaguardare l'assistenza ai pazienti. I costi si abbattano operando tagli al personale, soprattutto quello amministrativo (giudicato eccessivo) perché i procedimenti che questi lavoratori svolgono sono i primi e i più facili da automatizzare (ad es. le cartelle cliniche e il fascicolo sanitario elettronico, già presenti in molti ospedali), o le prenotazioni e i pagamenti che, se scaricati sulle spalle degli utenti, ridurrebbero enormemente il carico lavorativo e quindi anche il personale (in Toscana sono anni che hanno esternalizzato i CUP, quando la digitalizzazione entrerà a pieno regime, saranno lavoratori/trici più facilmente licenziabili).

Infine, assistendo i pazienti *"da remoto"* con l'implicazione di un massiccio impiego di tecnologie (5G, 6G), saranno inevitabili le ripercussioni su popolazione e ambiente in termini di inquinamento e salute.



PNRR in Puglia: molte opere pubbliche, ricadute sanitarie ipotetiche

di Maurizio PORTALURI*

Nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni è stata ufficializzata l'individuazione della Puglia e della Lombardia come Regioni apripista dello sviluppo delle piattaforme verticali nazionali di Telemedicina.

La nomina è stata valorizzata dal punto di vista politica dal presidente Emiliano che ha anche ricordato come essa venga dopo il riconoscimento della Puglia nel gruppo di lavoro tecnico per il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 insieme a Emilia-Romagna, Lombardia e Friuli Venezia Giulia. Una regione all'avanguardia sembrerebbe, da queste notizie.

Con il PNRR arriveranno in Puglia 650 milioni che saranno spesi, a detta dell'assessore Palese, in due direzioni: la prima: rafforzare la medicina personalizzata e predittiva con strutture ospedaliere ad hoc e rafforzare il sistema di emergenza e urgenza con posti letto di osservazione breve intensiva nei Pronto Soccorso degli ospedali di grande e media dimensione, che dovranno essere ampliati inglobando nuovi spazi. La seconda *"da un nuovo modello di organizzazione della medicina territoriale"*. In concreto con i 650 milioni di fondi PNRR a disposizione attraverso la Misura 6 i nuovi ospedali di comunità da costruire saranno 36, 121 le Case di Comunità e 40 Centrali operative territoriali (COT).

La proposta che la regione farà al Ministero prevede la ripartizione dei 650 milioni in 262 milioni per realizzare nelle varie Asl case di comunità e centrali operative territoriali; oltre 372 milioni per garantire la digitalizzazione dei Dea nei medi e grandi ospedali, l'adeguamento antisismico delle

strutture e l'acquisto di grandi apparecchiature di diagnostica - 94 i milioni stanziati nell'ambito del pacchetto da 372 - così da sostituire quelle obsolete, cioè più vecchie di cinque anni.

Gli ospedali di comunità per i pazienti cronici avranno da 20 a 40 posti letto. Nelle case di comunità si svolgeranno per 12 ore/giorno, questo è l'auspicio, prestazioni specialistiche multidisciplinari. Le centrali operative territoriali saranno in tutto 40 e funzioneranno come il 118 per le urgenze: ogni utente che chiamerà sarà indirizzato allo specialista disponibile nel più vicino ospedale.

Né Case di Comunità (esistono già i Presidi Territoriali di Assistenza, per lo più ex piccoli ospedali trasformati) né ospedali di comunità sono una novità in Puglia. Gli ospedali di comunità sono chiamati a fornire un'assistenza di base gestita dai medici di famiglia - soprattutto agli anziani appena dimessi dall'ospedale o non ricoverabili per inappropriata - a somministrare farmaci e fornire un supporto riabilitativo. In Puglia, secondo i dati riportati da un'indagine della Bocconi, ci sono 11 ospedali di comunità. Quale bilancio si può fare? Quanti sono effettivamente operativi? Che ricadute hanno avuto sulla qualità dell'assistenza?

La missione delle case di comunità (CdC), che in Puglia sono stati chiamati presidi territoriali di assistenza (Pta), è quella di erogare prestazioni diagnostiche, esami di laboratorio, visite specialiste. Esistono già e sono ben 33, almeno sulla carta. *"Il loro funzionamento è a corrente alternata, con orari e servizi ridotti"* - scrive Antonio Maniglio, già assessore DS del governo

*Medicina
Democratica
Brindisi - Salute
Pubblica
<http://www.salutepubblica.net/>

Vendola -. *E la prova della loro scarsa efficienza sta proprio nel continuo dilatarsi delle liste d'attesa. Anche per le Cdc/Pta il giudizio non è positivo. Ma sono le indicazioni del piano Italia domani, si dirà. Ed è vero. Ma quello che nel linguaggio tecnocratico appare perfetto va sempre verificato nell'esperienza concreta. Ecco perché si rischia di allestire delle scatole vuote. Ci si limita a intervenire sugli edifici per metterli in sicurezza, ristrutturarli, attrezzarli senza sapere come attivarli perché ad esempio - manca il personale*". La Puglia non è mai riuscita a comprimere, la migrazione sanitaria verso le strutture del centro nord: 60 mila cittadini all'anno per una perdita di circa 250 milioni. Inoltre dal 2011 la Puglia è in *Piano di rientro*, un istituto messo in piedi dal Ministero delle Finanze sin dal governo Monti per cui le regioni con i conti in rosso vengono private di una quota di assegnazioni finché non pareggiano il bilancio. Si dà cioè di meno a chi ha già di meno e gli si chiede di tagliare per ottenere quanto gli spetta! In contesti arretrati come le regioni del sud questo ha solo potuto ampliare i divari. I tagli condotti dal 2011 all'inizio della pandemia Covid19, sono stati a carico soprattutto del personale e degli ammodernamenti tecnologici. Ma ci sono ancora altri capitoli di spesa da contenere, secondo il governo, come quelli per l'acquisto dei farmaci da parte della Asl e degli ospedali pugliesi: nei primi dieci mesi del 2021 in Puglia sono stati spesi oltre 679 milioni per l'acquisto diretto dei farmaci. A conti fatti 174 milioni in più rispetto al tetto di 505 milioni fissato dal ministero della Salute. Trend che rischia di consolidarsi anche nel 2022. L'obiettivo è puntare a un risparmio annuo pari a circa 60 milioni di euro per il 2022 che si otterranno, secondo la regione, prevedendo sanzioni a carico dei direttori generali e dei medici in caso di sforamento.

Molti dei progressi compiuti sul piano tecnologico (fino al 2000 in Puglia c'erano solo due acceleratori lineari pubblici per radioterapia a fronte di 20 previsti dagli standard e nessuna PET-TAC) sono stati possibili grazie a fondi europei, quelli che si è riusciti a utilizzare stante la debolezza dell'apparato tecnico-amministrativo, debolezza con cui dovrà fare i conti anche il PNRR. La pandemia, poi, sebbene abbia visto in Puglia numeri contenuti rispetto al Centro-Nord, ha messo in crisi la sua debole struttura ospedaliera, falcidiata in questi anni di posti letto, lasciati immutati o persino incrementati nel privato sotto la spinta del ricatto occupazionale lì praticato. La carenza di posti di rianimazione è stata fronteggiata con la costruzione di prefabbricati nei vari ospedali o nella predisposizione di spazi nella Fiera del Levante a Bari.

La Puglia sta andando incontro ad un declino demografico che nel 2050 prevede 2,5 milioni di residenti rispetto agli attuali 4, nel contempo ad un invecchiamento della popolazione. A fronte di una produzione di reddito minore si assisterà ad un aumento del bisogno sanitario e forse ad un incremento delle assegnazioni finanziarie per la sanità, centrate, come si sa, sull'età della popolazione.

A parte le ricadute lavorative per le opere edilizie connesse al PNRR, l'utilità delle nuove strutture territoriali sarà fortemente legata al contratto di lavoro della medicina territoriale. Gli ospedali di comunità saranno gestiti dai MMG che lo vorranno (l'adesione è volontaria) e le case di comunità saranno affidate agli specialisti ambulatoriali il cui contratto non prevede l'esclusività. Mentre dagli ospedali, dove il personale, soprattutto medico, è carente per la improvvida programmazione nazionale, i medici che possono farlo, tendono ad abbandonare il servizio sanitario pubblico.



PNRR e Sanità in Piemonte

di Enzo FERRARA*

UN NUOVO PIANO MARSHALL

“Un grande piano Marshall”, così il governatore Cirio ha definito l’impatto che il PNRR dovrebbe avere in Piemonte. In campo sanitario la Regione investirà 430 milioni di euro per rafforzare il sistema territoriale: 214 milioni per 91 Case di comunità, 29 Ospedali di comunità e 43 Centrali operative territoriali; 78 milioni per l’ammodernamento del parco tecnologico sanitario; 138 milioni per l’adeguamento antisismico di diversi ospedali. La pandemia ha dimostrato la grave mancanza di un sistema ramificato in grado di curare i cittadini a casa propria o attraverso servizi di prossimità e secondo Cirio: “con questo enorme investimento lo potremo finalmente fare. In alcuni casi le risorse serviranno per potenziare strutture già esistenti e in altri casi per riaprirle o realizzarle ex novo. È un momento storico, perché dal 2014 i posti letto del servizio sanitario in Piemonte hanno sempre subito tagli e riduzioni, mentre oggi per la prima volta torniamo a incrementarli attivandone 1.000 in più”.

Ora, il principale problema politico di credibilità sia del governo regionale piemontese sia del comune di Torino è che secondo la percezione generale i nuovi investimenti in Sanità non si accompagnano con la valorizzazione del ruolo pubblico di tutela della salute e della sua gestione, comunque riconosciuta dalla cittadinanza – malgrado altre intenzioni politiche locali – e indotta durante la fase più drammatica della pandemia.

Rispetto ai tempi in cui la stella polare della sanità era il pareggio di bilancio, oggi c’è una maggiore coscienza condivisa nel-

l’affermare che la sanità pubblica dev’essere messa in condizione di funzionare con le risorse necessarie e non con artifici di contabilità che oltretutto non tengono conto dei bisogni reali. La consapevolezza esterna è cambiata, lo testimoniano le tante iniziative e le associazioni a tutela della sanità pubblica nate in periodo di pandemia.

LO SPAZIO (RIDOTTO) DELLE POLITICHE SANITARIE

Mariangela Rosolen, autorevole voce dell’assemblea locale della Società della Cura, attivista per l’acqua pubblica e animatrice del nodo torinese di Attac, sostiene che *“purtroppo la pandemia non ha invertito le priorità politiche sanitarie. Il piano Next Generation Piemonte, dal valore complessivo di 27 miliardi di euro, destinerà solo una piccola parte all’assistenza sanitaria e, ancora una volta, cercando soprattutto di avvantaggiare i privati”*. Rosolen anima un comitato cittadino per la riapertura del Maria Adelaide, un ex ospedale periferico specializzato in ortopedia. Il comitato è nato nell’estate 2020 per iniziativa di Attac, si sono poi uniti cittadini, il Laboratorio Manituana che ha base nel quartiere, ed ex dipendenti dell’ospedale, costruito a fine Ottocento e chiuso nel 2016. *“In un’area di 90mila abitanti, tra i quartieri torinesi di Aurora, Rossini e Vanchiglietta – spiega Rosolen – c’erano quattro ospedali, due pubblici e due privati. I primi due sono stati chiusi senza alcuna sostituzione dei presidi sanitari pubblici. Il nostro progetto di riapertura del Maria Adelaide lo immagina come una Casa della salute e presidio territoriale con*

**Medicina Democratica, Torino.*

ambulatori e locali per la riabilitazione, in cui si realizzi la reale presa in carico socio-sanitaria del paziente. Potrebbe rappresentare una sperimentazione, tra le prime in Piemonte, di reale collaborazione tra medicina ospedaliera e territoriale”.

Il progetto potrebbe essere finanziato con la quota torinese dei 2 miliardi di euro complessivi destinati dal PNRR per le Case della Comunità e con il miliardo di euro per gli Ospedali di Comunità. Se n'è anche discusso in Comune, a seguito dell'interpellanza della consigliera d'opposizione Eleonora Artesio, ma l'accesso al dossier di candidatura per le Universiadi 2025 risalente al novembre 2020 ha raggelato i cittadini perché, al netto di una spesa enorme (31 milioni e 700mila euro) il piano del Comune prevede di riconvertire l'ex ospedale in un villaggio olimpico, per soli quindici giorni: la durata delle Universiadi. Il dossier specifica che su 15mila metri quadri solo 482 sarebbero destinati a un policlinico-infermeria. Poco, anche considerando che alla mensa-bar lo stesso progetto destina più di mille metri quadri. Inoltre, a Universiadi finite, il Maria Adelaide diventerebbe uno studentato, manterrebbe quei 482 metri quadri di infermeria, ma solo per gli studenti e le studentesse residenti, esclusi da qualsiasi contatto con la città che non sia lo svago dei localini.

IL PESANTE LASCITO DELLE SCELTE SBAGLIATE

Oltre ai problemi di credibilità politica, dal punto di vista dell'organizzazione con cui il sistema sanitario deve far fronte alla situazione, ancora si pagano gli errori della stagione dei pareggi di bilancio, a cominciare dal fortissimo ridimensionamento delle risorse umane: mancanza di turnover, riduzione dei parametri delle dotazioni organiche, mancata sostituzione dei pensionamenti. Secondo Eleonora Artesio *“stiamo pagando adesso lo scotto del ridimensionamento di alcuni anni fa in cui le risorse umane erano una voce variabile nel bilancio e non l'ossatura del funzionamento della sanità”.* Soprattutto non è stata percorsa l'immissione di figure professionali che un tempo venivano giudicate

necessarie per i protocolli terapeutici, ma che non sono mai state stabilizzate nel sistema e anche per questo sono invece sottovalutate: educatori e psicologi per esempio. C'è sicuramente un problema di sottovalutazione, per esempio per quanto riguarda la psichiatria, nella considerazione delle emergenze e delle necessità prevalenti.

“Stiamo attraversando una fase nella quale il tema del disagio mentale sta emergendo ma è molto derubricato dal punto di vista delle priorità sanitarie anche se oggi, con quello che leggiamo come impatto della pandemia e specialmente nel contesto della neuropsichiatria infantile e dei problemi di disagio emergenti nelle fasce minorili, sembra costruirsi una nuova sensibilità – spiega Eleonora Artesio – ma come sempre in un'ottica di allarme a posteriori, mai in un'ottica di prevenzione”. C'è anche un problema di rappresentanza che coinvolge i professionisti sanitari della prevenzione, che evidentemente hanno dei loro luoghi di intervento (la Direzione di Dipartimento, i Collegi aziendali, le Direzioni sanitarie) ma non riescono a rendere visibile da un lato i loro temi, dall'altro i bisogni dei cittadini che in materia di tutela della salute si estendono oltre l'ambito sanitario.

LO SPAZIO PER LA PREVENZIONE

Lunedì 21 febbraio 2022 si è tenuto un Consiglio Regionale aperto sul tema della crisi climatica ed ecologica, ottenuto da *Extinction Rebellion* a seguito dello sciopero della fame perseguito dall'attivista Ruggero Reina, in collaborazione con *Fridays For Future* e altre realtà ambientaliste torinesi, e non solo, del Piemonte. Anche il Comitato Acqua Pubblica Torino ha aderito all'iniziativa, riconoscendo l'urgenza di intervenire sulla gestione dell'acqua per rispondere all'emergenza climatica che, come dimostra l'attuale periodo di siccità, si traduce anche in crisi idrica e sanitaria. Evidentemente il legame tra cambiamenti climatici, siccità e salute è chiaro a tanti, ma non alla Presidenza del Consiglio regionale che ha escluso il Comitato Acqua Pubblica dall'audizione perché opererebbe solo a livello locale e

soprattutto perché il tema acqua sarebbe estraneo all'ordine del giorno. Come se lo spreco idrico del 50 per cento dell'acqua prelevata dalle fonti del territorio piemontese, il prosciugamento delle sorgenti, la desertificazione dei pascoli e dei boschi, non provochino alterazioni del ciclo idrico con conseguenze climatiche e sanitarie devastanti anche a livello locale. *“Non ci si capacita che questa situazione non sia recepita dalle strutture regionali ed è difficile non pensare che si tenda ad ignorarla per convenienze e interessi altri da quelli riguardanti l'alterazione del clima – aggiunge Mariangela Rosolen. – È preoccupante che non si percepisca come il legame tra acqua e clima sia imprescindibile per garantire il futuro del territorio e di chi lo abita”.*

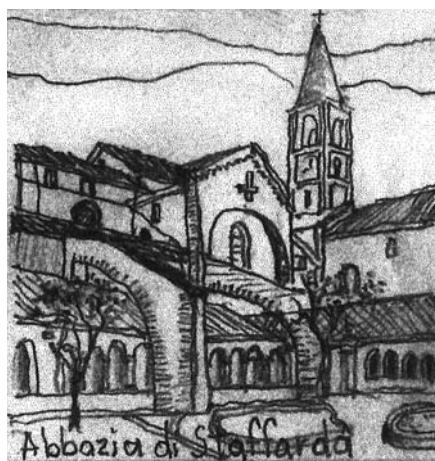
Mariangela Rosolen ricorda anche che lunedì 29 novembre 2021 è stata a Torino Christine Lagarde, presidente della Banca Centrale Europea (BCE), succeduta nell'incarico all'attuale presidente del Consiglio Mario Draghi. *“Due facce della stessa medaglia – sostiene Rosolen – entrambi interpreti di quelle politiche neoliberiste che tanto male hanno prodotto per gli equilibri ambientale e la salute delle popolazioni dell'intero pianeta”.*

“È necessaria una radicale strategia di riforme, che comprendano la piena liberalizzazione dei servizi pubblici locali, attraverso privatizzazioni su larga scala”. Così scriveva Mario Draghi al governo italiano, insieme al presidente uscente della BCE Jean-Claude Trichet, prima di assumere egli stesso l'incarico, nell'agosto del 2011. Quelle imposizioni sono state prontamente applicate dai governi europei e le ritroviamo all'interno della manovra economica del governo Draghi, dalla piena conferma alla riforma Fornero al *“DDL concorrenza”* che imporrà ai Comuni la privatizzazione dei servizi pubblici locali. Quelle risorse che fino a ieri si dicevano inesistenti sono ora *“miracolosamente”* apparse con il PNRR, ma serviranno per foraggiare ancora le imprese a fondo perduto e senza condizioni, mentre rimarranno solo briciole per la salute, il lavoro, l'istruzione, la lotta contro la povertà e le diseguaglian-

ze.

SOLUZIONI PARTECIPATE ANCHE PER IL PNRR

Il Comitato Acqua Pubblica Torino aderisce alla Piattaforma del Forum *Per un PNRR dei diritti, a difesa dell'acqua e dei beni comuni. No alla privatizzazione del Sud Italia! “Riteniamo la piattaforma applicabile anche al Piemonte – spiega Mariangela Rosolen – e non ci lusinga che il PNRR ci valuti meno peggio del Meridione, perché il peggio esiste e abbon-*



da anche da noi. Basti pensare ai modi tortuosi e risoluti della Multiservizi IREN per accaparrarsi le fonti, i servizi idrici a gestione diretta ancora numerosi nelle valli, nel Biellese (Comuni Riuniti), Alessandrino, oltre al succulento boccone di Atena di Vercelli, e di quel che si prefigura per l'agenzia dei servizi pubblici (ASP) di Asti.” In Piemonte sono ricorrenti i tentativi e le proposte di *“Gestore Unico Regionale”*, al quale il PNRR offre ora una grossa sponda. L'espedito del Commissariamento delle Autorità d'Ambito meridionali per realizzare il gestore unico, sarebbe estensibile anche in Piemonte dove – tolta l'Autorità d'Ambito Torinese TO3 e in parte Cuneo – nessuna delle altre ATO si è mai spesa per realizzare il gestore unico, condizione primaria per accedere ai fondi PNRR.

Nell'evenienza del gestore unico, c'è da scommettere che si tratterebbe di un'azienda mista pubblico-privata, esplicitamente consentita e addirittura incoraggiata dal

PNRR in nome delle presunte capacità imprenditoriali del privato. Verrebbe sepolto l'esito referendario sull'acqua pubblica e sparirebbe ogni possibilità dei piccoli Comuni, sia singoli sia consorziati, di continuare a gestire direttamente il loro acquedotto: IREN avrebbe campo libero per mangiarseli.

All'apparenza possono sembrare molto scarse se non inesistenti le possibilità che un tale disegno sia realizzabile per i tempi stretti di realizzazione imposti dal PNRR: entro il 2026, e perché nulla di tutto ciò è previsto nel piano d'uso del PNRR per 34 miliardi di euro, inviato dalla Regione Piemonte al Governo nel maggio 2021. Inoltre, perché il PNRR Regionale prevede una miseria di investimenti per il Sistema Idrico Integrato e poco più di un miliardo per il riassetto idro-geologico del territorio, ma forse, proprio per queste ragioni, il Commissariamento potrebbe far entrare in gioco direttamente IREN *“il gestore industriale” che porta ordine, razionalità ed efficienza in un settore così frammentato*”.

PNRR E MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Per quanto riguarda il capitolo dei malati cronici e non autosufficienti Andrea Ciattaglia, presidente della *Agenzia Promozione Sociale*, ha raccolto i dati sui posti letto disponibili per la residenzialità sanitaria in Piemonte, forniti dalla Regione Piemonte (Tabella 1).

Secondo Ciattaglia in seguito al Covid la Regione Piemonte ha mappato come mai aveva fatto prima tutte le strutture residenziali: le RSA con l'accreditamento sanitario ma anche RA (Residenze Alberghiere) ed RAA (Residenze Alberghiere Assistite) e adesso sa quante, quali e dove sono e quan-

ti posti hanno e questo è importante perché consente un loro controllo. Inoltre, anche grazie alla *Cabina di regia* delle RSA convocata dopo la prima ondata del Covid dalla Città Metropolitana di Torino e che si aggiorna ogni due settimane sono ora possibili azioni significative in termini di partecipazione alle politiche sanitarie per le persone non autosufficienti, che dovrebbero estendersi anche nei prossimi anni quando si svilupperanno le risorse del PNRR. *“I servizi della legge 833 e dei livelli essenziali sono spesa corrente dello Stato – precisa Ciattaglia – non c'entrano con il PNRR che offre risorse straordinarie. Se queste saranno utilizzate per l'ordinario, allora saranno spese male. Devono servire invece per impostare percorsi nuovi, che partano come progetti e poi si stabilizzino”*.

“I fondi del PNRR nel loro ammontare complessivo per la Sanità sono molto pochi rispetto alla dotazione del fondo nazionale che è il vero sostegno del SSN – aggiunge ancora Andrea Ciattaglia. – All'interno dei progetti del PNRR segnalo quello della missione sei: le Case di comunità, che non sono case della salute ma centri di servizi dedicati anche alla degenza. Il modello proposto dal PNRR prevede una struttura a conduzione infermieristica e con degenza temporanea, pensata sul modello di regioni come il Veneto che assiste il post-ospedaliero in queste sedi. L'impostazione è comprensibile: le RSA dovrebbero rientrare in questa categoria e arricchirsi di valenza sanitaria puntando alle risorse dell'UE. Va però chiarito che non esiste la responsabilità prevalentemente infermieristica in nessuna struttura sanitaria, perché altrimenti si ricade nella presa in carico RSA attuale, sottodimen-

Tabella 1 : posti letto per residenzialità delle persone non autosufficienti in Piemonte (fonte: Regione)

R.A. (Residenza Assistenziale)	R.A.A. (Residenza Assistenziale e Alberghiera)	R.A.B. (Residenza Assistenziale e di Base)	R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale)	R.S.A.. (Residenza Sanitaria Assistenziale) NON ACCREDITATI	N.A./N.A.T. (Nucleo Alzheimer)	C.F.A.A. (Comunità Familiare per Anziani Autosufficienti)	PICCOLA RESIDENZA ANZIANI AUTO	ISTITUTO/C DR REGI- STRAZIONE (Anziani Autosufficienti)	NUCLEO DISABILI
8.491	3.282	391	29.873	2.265	467	91	360	762	534

sionata rispetto alle esigenze. Ci vogliono i medici, ci vuole un'equipe che sovrintende e magari anche una parte ambulatoriale. Questa è un'idea di utilizzo dei fondi PNRR funzionale per questa sezione del SSN se si vuole migliorare la presa in carico territoriale delle persone non autosufficienti ammettendo che purtroppo oggi strutture come le RSA sono luoghi che non hanno risposto ai bisogni delle persone che vi sono ricoverate”.

Le resistenze delle associazioni e dei comuni renitenti a ogni forma di privatizzazione dei servizi sanitari e no, saranno sicuramente forti ma, si teme, non insuperabili senza una consistente mobilitazione popolare. Occorre dunque analizzare attentamente e pubblicamente i piani del PNRR e bisogna chiedere che i fondi europei non diventino una potente arma di pressione per arrivare a nuove privatizzazioni ma vengano invece utilizzati per una conversione dell'intera politica sanitaria territoriale – comprese le azioni di prevenzione delle malattie e dei disagi socio-sanitari – e per le opere di salvaguardia delle risorse idriche e del territorio, opere di cui

tutto il paese ha bisogno. Come sostengono tutte le persone citate in questo articolo, i soldi servono ma per l'acqua, il territorio e servizi sanitari pubblici di qualità e non per alimentare la speculazione.

Bibliografia

Si vedano sulla Sanità a Torino gli articoli del giornalista Freelance Fabrizio Maffioletti, in particolare *Sanità piemontese: un approfondimento con Eleonora Artesio, ex Assessora alla sanità della Regione Piemonte*, Pressenza, International Press Agency, 23 febbraio 2022 <https://www.pressenza.com>

Comitato Acqua Bene Comune Torino, <https://www.acquabenecomunetorino.org/>

Interventi di Andrea Ciattaglia, presidente della *Fondazione promozione sociale* onlus, organizzazione di promozione e difesa dei diritti dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti, sono disponibili sul sito di Volere la Luna <https://volerelaluna.it/autori/ciattaglia-andrea/>



Alla Commissione d'Inchiesta “Emergenza Covid 19”

di Marco CALDIROLI*

Di seguito riportiamo (sono state recentemente rese pubbliche le relazioni di maggioranza e minoranza) il testo della audizione di Medicina Democratica svolta il 21.06.2021 presso la Commissione regionale (Lombardia) di inchiesta “Emergenza Covid-19”.

Le note che seguono sintetizzano e integrano l'intervento svolto in data 21.06.2021 presso la sede della Commissione d'Inchiesta.

Come indicato in audizione Medicina Democratica Onlus ha costituito l'Osservatorio Coronavirus nelle prime settimane della crisi pandemica affidando la conduzione dello stesso al Dr. Vittorio Agnoletto che vi ha fornito dei dettagli di quella esperienza nella sua udienza, quanto rilevato dall'Osservatorio è confluito del libro “Senza Respiro” e in un numero della nostra rivista di cui lascerò copia e che tratta diversi aspetti di interesse della Commissione.

Intendo portare quale personale contributo alle vostre attività, principalmente, l'esperienza di Tecnico della Prevenzione operante presso la ATS Milano Città Metropolitana, UOS Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (Milano ovest).

Una prima indicazione dirigenziale in merito alle attività di PSAL nel contesto pandemico mi sono state indicate dal mio superiore diretto con una nota del 12.03.2020 (prot. ATS 40087).

In tale nota si dava conto delle limitazioni imposte dai provvedimenti pandemici ma contestualmente si ricordava che molte attività produttive e cantieri rimanevano aperte, quindi necessitava mantenere una capa-

cià di intervento immediato “a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori”. Con tale approccio venivano indicati dei “contingenti minimi” in presenza tali da garantire, turnando tra gli operatori; “in via eccezionale e su base volontaria” la possibilità di smart working. Quindi una modifica nella presenza presso le sedi per ridurre le occasioni di contatto mantenendo l'attività in essere in particolare di vigilanza nei luoghi di lavoro.

Questa indicazione veniva radicalmente modificata con una mail del 24.03.2020, non firmata ma palesemente emessa dalla Direzione ATS nella quale, con riferimento alle più recenti ordinanze regionali, si individuavano per il Dipartimento di Prevenzione Igienico Sanitaria le “attività indifferibili” (infortuni gravi, richieste dalla Autorità Giudiziaria, “segnalazioni o riscontro di situazioni di pericolo in ambiente di lavoro”). Si stabiliva inoltre che “la presenza del personale nelle sedi deve essere limitata il più possibile” e che “le attività indifferibili possono essere garantite anche dagli operatori in sw”. In altri termini, ad eccezione degli “operatori addetti all'emergenza coronavirus (call center, teams inchieste/sorveglianza/raccolta dati AREU)” tutti gli altri operatori, inclusi i tecnici della prevenzione di PSAL venivano posti in smart working divenendo la presenza in sede una eccezione da autorizzare.

Per memoria, la mail suddetta (già prodotta in sede di audizione) richiamava la Ordinanza regionale n. 514 del 21.03.2020 con riferimento in particolare al seguente passaggio “Sospensione presso le rispettive sedi e uffici decentrati dell'attività delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 2 del d.lgs 165/2001 nonché dei soggetti pri-

*Medicina
Democratica,
sezione della
Provincia di
Varese.

vati preposti all'esercizio di attività amministrative di cui all'art.1 della legge 241/1990, fatta salva l'erogazione dei servizi essenziali e di pubblica utilità, nell'ambito di quelli previsti dalla legge 146/1990, secondo le modalità ed i limiti indicati con specifico provvedimento del Presidente della Giunta regionale, sentito il Prefetto territorialmente competente”.

La nota interna di ATS pertanto interpretava in senso estensivo ai tecnici della prevenzione di PSAL tali indicazioni regionali (e nazionali) sullo smart working per la pubblica amministrazione.

In occasione della nota aziendale del 24.03.2020 il sottoscritto inviava una risposta indirizzata al Direttore Generale segnalando che appariva eticamente non corretto che mentre i lavoratori erano costretti a prestare la loro attività nelle sedi produttive non potessero disporre di coloro i quali vigilano sulla loro sicurezza. Senza ottenere alcuna risposta.

Quanto sopra va considerato anche tenendo conto che in data 14.03.2020 era stato sottoscritto il primo protocollo (di carattere generale) tra le parti sociali per la gestione della sicurezza nelle attività produttive ai fini del contrasto alla diffusione del Covid 19.

In quel momento il protocollo aveva lo status di “raccomandazione” (v. DPCM 11.03.2020 e DL 25.03.2020 n. 19) ovvero non aveva una sua collocazione normativa nell'ambito delle tutele per i lavoratori. Successivamente il protocollo (nuovo protocollo del 24.04.2020 e DPCM 26.04.2020) assurgeva a punto di riferimento per l'avvio della “fase II” ovvero la riapertura generalizzata ma condizionata delle attività dal 4.05.2020.

Il protocollo del 14.03.2020 era però condizionante sia per la continuazione delle attività “essenziali” (DPCM 22.03.2020) come pure per la “riapertura” di quelle attività che, pur non ricadendo nei codici ATECO essenziali, potevano richiedere (con autocertificazione al Prefetto competente) una deroga al blocco generale (DPCM 10.04.2020).

I provvedimenti emergenziali avevano, da subito, individuato il Prefetto quale organo di controllo dell'insieme dei provvedimenti emergenziali e di coordinamento esplicitan-

do la sua diretta competenza sulle forze dell'ordine “statali” come pure delle forze armate esplicitamente richiamate.

Il Prefetto di Milano (si veda il sito web) aveva costituito già dal 23.02.2020 un “Centro di Monitoraggio Permanente” determinando un primo tavolo di coordinamento al quale partecipava anche ATS Milano oltre alle forze dell'ordine.

Con il DPCM 26.04.2020 (fase II dal 4.05.2020) il Prefetto, per l'esecuzione e il monitoraggio delle misure, protocolli tra le parti sociali incluse, “*si avvale delle forze di polizia, con il possibile concorso del corpo nazionale dei vigili del fuoco e, per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, dell'Ispettorato del lavoro e del comando carabinieri per la tutela del lavoro*”. Non sono indicati gli operatori delle ATS in quanto dipendenti dalla Regione e non dai ministeri come gli altri organismi citati ma è palese che l'attuazione dei protocolli nei luoghi di lavoro, quale misura prevenzionale/protettiva dei lavoratori, era di diretta e originaria competenza delle ATS – PSAL e non vi era bisogno, se non per fini di coordinamento, di sollecitazioni da parte del Prefetto affinché tali attività di vigilanza fossero programmate e attuate.

Comunque sia, la ATS di Milano, fino al 4.05.2020 non ha messo in campo i tecnici della prevenzione (in smart working per gran parte dell'orario lavorativo) per lo svolgimento di sopralluoghi nei luoghi di lavoro ai fini, in primis, della verifica della presenza di idonee condizioni di sicurezza e igiene nonché per la corretta attuazione dei contenuti dei protocolli tra le parti sociali, condizione per il proseguimento/deroga per le attività nella fase I.

Tale scelta conferma ed estende quanto afferma Vittorio Agnoletto nel libro “*Senza Respiro*” con riferimento ai mancati interventi nell'ambito delle RSA da parte dello PSAL pur in presenza di numerose segnalazioni da parte dei lavoratori e delle lavoratrici sociosanitari, con ogni probabilità per l'effetto di uno spostamento di competenza nella ricezione e trattamento degli esposti (verso il servizio malattie infettive prima e accreditamento delle strutture sanitarie, poi) come documentato nel libro ed in una trasmissione televisiva (29.01.2021

Rainews24).

A conferma posso indicare documenti che – a posteriori – indicano l’approccio della dirigenza ATS in quel periodo.

Un primo documento (consegnato in fase di audizione) è la nota del 10.04.2020 a firma di Battista Magna (allora direttore UOC PSAL di Milano Città – PSAL ATS CMM) ove riassume le attività svolte fino a quel momento dal servizio.

Da un lato si evidenzia (e si contabilizzano) l’arrivo di “*numerosi esposti prevenuti da RLS e da organizzazioni sindacali che segnalano criticità nell’applicazione delle imprese e aziende di tutte le misure cautelative necessarie per evitare il contagio da coronavirus. In questi casi viene trasmessa una comunicazione e richiesta di approfondimenti all’azienda perché relazioni su quali misure sta mettendo in atto*”.

Dall’altro si riferisce circa lo svolgimento di una indagine mediante la somministrazione di una “*scheda da rivolgere alle aziende e ai RLS/RLST come punto di partenza per la definizione delle azioni di prevenzione*”, inviata via pec ad aziende (la lettera di accompagnamento della indagine del 1.04.2020 e la relativa scheda, che trasforma in check list le previsioni del protocollo tra le parti sociali, sono state consegnate nella audizione). La nota rileva che sono state ricevute 2.000 risposte e che “*nell’attività sono stati coinvolti numerosi operatori soprattutto nella ricerca delle pec*” (sic!).

Nel Piano Territoriale redatto ai sensi della DGR XI/3525 del 5.08.2020 (consegnato un estratto in sede di audizione e qui allegato integralmente) nel quale si rendicontano l’andamento della pandemia nel territorio metropolitano e le iniziative di ATS, lo spazio dedicato alla diffusione della pandemia nei luoghi di lavoro e le azioni PSAL di controllo sono riassunte in mezza pagina (p. 12) nella quale si conferma quanto sin qui detto “*Gli interventi messi in atto per la prevenzione del contagio da Covid 19 negli ambienti di lavoro si sono concentrati soprattutto nella verifica dell’applicazione di misure preventive previste dalla normativa e dai protocolli sottoscritti dalle parti sociali. Nel mese di marzo, durante la fase 1 della pandemia, è stata condotta una inda-*

gine in collaborazione con le organizzazioni sindacali, rivolta alle aziende, che per il settore di appartenenza non avevano obbligo di chiusura. Scopo dell’indagine era quello di diffondere e far conoscere le indicazioni contenute nei protocolli e allo stesso tempo mappare le modalità di applicazione degli stessi. La raccolta di oltre duemila questionari ha evidenziato una buona adesione da parte delle aziende ai suddetti protocolli.”

Con nota 3.02.2021 la “Direzione Strategica” di ATS ha informato tutti i dipendenti di aver proceduto a querelare per diffamazione il Dr. Vittorio Agnoletto per quanto riportato nel libro “*Senza Respiro*” (già presentato in questa sede) e ripreso in una trasmissione di Rai News 24 del 29.01.2021 relativamente alla segnalazione (documentata) di una serie di mail interne nelle quali si “*sportavano*” le segnalazioni provenienti dalle RSA dallo PSAL ad altri servizi (malattie infettive-accreditamento PAAPS) rinviando di fatto accessi ispettivi mirati.

In questa nota si conferma la scelta di non effettuare sopralluoghi nei luoghi di lavoro in quel periodo: “*le verifiche di natura più propriamente ispettiva sono state avviate in una fase immediatamente successiva, quando anche la natura delle azioni di prevenzione è stata oggetto di interventi normativi specifici e verificabili*”. La motivazione addotta è che tali segnalazioni “*potevano, al più, essere constatate senza alcuna possibilità di rimediare in tempi brevi viste le enormi difficoltà a reperire materiale e risorse umane in quel periodo*”.

A seguito di questa nota un gruppo di operatori (tecnici della prevenzione e medici del lavoro) hanno rivolto il 4.03.2021 una nota alla Direzione Strategica (copia consegnata in fase di audizione) nella quale segnalavano il loro disaccordo a tali scelte, in particolare si ricordava che << *Quello che è ben conosciuto da noi operatori è che nella prima fase pandemica e di applicazione delle norme emergenziali, incluse quelle relative al rispetto di norme anticontagio nei luoghi di lavoro, i servizi PSAL sono stati esentati da effettuare sopralluoghi come peraltro confermate nella Vs nota: “altre segnalazioni contenevano esposti sin-*

dacali riferiti a presunte inosservanze delle norme di sicurezza (per assenza dei DPI o del personale di assistenza) che potevano, al più, essere constatate senza alcuna possibilità di rimediare in tempi brevi viste le enormi difficoltà a reperire materiale e risorse umane in quel periodo”.

Forse Vi sfugge che è parte del nostro lavoro quotidiano “constatare” criticità nei luoghi di lavoro e trovare il modo per superarle anche in presenza di difficoltà operative interne che risalgono a ben prima dell'emergenza CoViD-19.

Invece avete volutamente costretto tutti gli operatori di PSAL in smart working, come se le attività di vigilanza istituzionali potessero essere svolte indifferentemente “in presenza” o con tale modalità.

Nelle indicazioni che erano pervenute con la nota della Direzione aziendale del 22.03.2020 si riconosceva che le attività dipartimentali erano essenziali ma, nello stesso tempo, che dovevano essere svolte esclusivamente in smart working ad eccezione di interventi per infortuni gravi; attività di urgenza richieste dalla autorità giudiziaria, segnalazioni di pericolo in ambiente di lavoro.

Queste indicazioni sono state interpretate uniformemente dai responsabili di UOC e UOS come una generalizzata messa in smart working degli operatori con pochissime richieste di sopralluoghi nelle strutture sanitarie e quasi nessuna nei luoghi di lavoro a fini di verifica delle condizioni lavorative.>>>

Segnalo che è certamente irrituale che tecnici, dipendenti di ATS, si rivolgono direttamente alla Direzione aziendale saltando la mediazione sindacale, ma ciò è dovuto alle condizioni operative ritenute sempre più insopportabili e offensive della propria professionalità e funzione istituzionale, almeno da una parte dei tecnici.

Questi documenti confermano l'approccio adottato nella prima fase : smart working per i tecnici della prevenzione fino alla ripresa (4.05.2020) generalizzata delle attività industriali, attività di invio di questionari e verifica della loro compilazione (con relativa “autocertificazione” delle condizioni di sicurezza da parte dei datori di lavoro), nessuna attività di controllo a sostegno della

attività del Prefetto sulle attività essenziali e/o in deroga durante la fase 1.

Condizioni, come detto, che si aggiungono e confermano quanto scritto da Vittorio Agnoletto in “Senza Respiro” (pp. 135-138) sulla “deviazione” delle competenze alla ricezione e trattazione degli esposti che arrivavano dai lavoratori delle RSA.

A completamento di queste note vorrei integrare le risposte parziali date a due domande formulate in audizione.

1. Lo stato numerico dei tecnici della prevenzione per la sicurezza sul lavoro (PSAL)



nelle ATS lombarde

La Consulta Interassociativa della Prevenzione ha recentemente rinnovato la denuncia in merito alla diminuzione dei tecnici della prevenzione in ambito di sicurezza sul lavoro dai 5.060 del 2008 ai 3.246 del 2018 a livello nazionale.

L'Assessore Letizia Moratti in occasione di uno dei recenti infortuni mortali avvenuti in Lombardia ha dichiarato (La Repubblica del 19.05.2021) che “La stessa Regione ha ammesso la carenza: «Si è passati da 794 operatori del 2014 ai 683 del 2020», ha fatto i conti Moratti. Per le nuove assunzioni si attingerà ai 30 milioni di euro ricavati dalle sanzioni alle imprese. Verrà completata l'acquisizione prevista di 45 tecnici della prevenzione e di esperti con contratti di collaborazione (chimici, biologi, ingegneri)”. Questi valori vanno raffrontati con quello di 1.100 operatori quale numero adeguato secondo i modelli ricorrenti date le caratte-

ristiche produttive lombarde.

Analoghe considerazioni valgono per l'insieme degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione nel passaggio dalle diverse articolazioni del SSR: *“Il risultato è stato che il Dipartimento di Prevenzione delle ASL prima, e il Dipartimento di Prevenzione dell'ATS poi, si sono dovuti occupare di territori sempre più vasti, con risorse dedicate che andavano via via scemando, a fronte di rischi crescenti. (...) Inoltre, la frammentazione delle attività in parte trasferite alle ASST (ndr, con la legge 23/2015), ha determinato la riduzione del personale dedicato alla prevenzione, oltre che una inefficienza del sistema. Fatti, questi, accompagnati dal non ripristino del turn over degli addetti, non almeno nella stessa misura, pur sempre limitata, in cui avveniva per il personale di altri settori di intervento. Il dato è che in Lombardia, dal 1995 al 2017 il numero degli operatori a disposizione dei Dipartimenti di Prevenzione è calato del 41 % nonostante l'aumento della popolazione lombarda. Questi i valori assoluti di fonte regionale riferiti al totale degli operatori della prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione in Lombardia: nel 1995 erano 3.809 e 2.250 nel 2017”* (dichiarazioni di Susanna Cantoni, ex direttrice del Dipartimento di Prevenzione della ex Asl di Milano, riportato in Maria Elisa Sartor *“La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica”*, stampato da Amazon Italia Logistics, 2021, p. 126).

Come Associazione riteniamo che tale andamento sia il risultato delle modifiche nelle funzioni e nelle strutture del Servizio (dal 2015 *“Sistema”*) Sanitario Regionale, che hanno introdotto un approccio ospedalocentrico a scapito della *“medicina territoriale”* di cui il Dipartimento di Prevenzione (e lo PSAL nel suo ambito) costituiscono una delle forme di intervento per l'attuazione dei principi costituzionali al diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro, come pure delle norme in materia (dlgs 81/2008) derivate tanto dalla Riforma Sanitaria (L. 833/1978) come dalle direttive europee.

Si precisa che il riferimento richiamato nella nota dell'assessore per le assunzioni è il piano straordinario definito dalla Regione

Lombardia dopo gli infortuni mortali occorsi presso la ditta Lamina di Milano. Con DGR 29 maggio 2018 - n. XI/164 è stato approvato il *«Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro»* - modalità di utilizzo dei fondi derivanti dalle sanzioni ex d.lgs 758/1994 di cui all'art.13, comma 6 del d.lgs 81/2008”. Piano appunto a *“costo zero”* oramai scaduto e che ha portato alla effettiva assunzione di tecnici nella misura non superiore a 1/3 di quella prevista.

Condizione estremamente critica e di lunga durata come sollevato anche dalla Consulta Interassociativa della Prevenzione e, anche in caso di un soprassalto reattivo da parte degli enti preposti, non potranno darsi effettivi miglioramenti misurabili nell'immediato perché occorre tenere conto che per la formazione di un neolaureato alla professione di tecnico della prevenzione necessitano almeno tre anni di affiancamento con operatori senior.

Quanto sopra senza considerare l'approccio dei piani di prevenzione finalizzati prima che alla vigilanza, compito istituzionale delle ATS e degli PSAL, su un *“innovativo”* approccio di *“enforcement”* delle aziende a partire dalla ***“scheda di autovalutazione, che consente alle imprese coinvolte nel percorso, di verificare la propria capacità di adozione della misura. La scheda ha quale scopo principale quello di essere da stimolo alle imprese per l'avvio di un processo di riflessione sui propri sistemi di sicurezza, quale occasione di miglioramento”*** (allegato 1 alla DGR 164/2018) quelle *“schede di autovalutazione”* che abbiamo visto applicate anche negli interventi di prima fase per il (non) controllo delle misure di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro nella pandemia. Per non dire che negli ultimi mesi e anche in questo momento vi sono numerosi tecnici della prevenzione utilizzati per il tracciamento generale della diffusione del Sars-Cov2, peraltro senza una specifica finalità relativa alla individuazione di focolai nei luoghi di lavoro. Oltre alla questione quantitativa vi è anche quella del loro corretto utilizzo istituzionale a meno di considerare le funzioni dei tecnici della prevenzione come secondarie e *“sacrificabili”* agevolmente in caso di pandemia.

2. Il ruolo delle strutture private nella prima fase della pandemia

Il 15.04.2020 è apparso sui maggiori quotidiani un inserto nel quale la Regione Lombardia e le associazioni riferibili alla sanità privata dichiaravano la piena concordanza e collaborazione nell'ambito della risposta sanitaria alla pandemia in particolare per quanto riguarda la messa a disposizione di posti letto.

Questo comunicato è stato allora fortemente criticato da associazioni e dai sindacati (ad esempio il comunicato FPCGIL del 15.04.2020).

Il 25.06.2020 in un convegno pubblico l'Assessore Gallera ha elogiato gli ospedali privati *"che hanno aperto le loro stanze lussuose a pazienti ordinari che venivano trasferiti dal pubblico"* (p. 34 di *"Senza Respiro"*). Espressione poco felice ma indicativa dell'approccio, che ha rinfocolato le polemiche.

In realtà quello che è successo, nella prima fase, è stato il trasferimento delle prestazioni *"no covid"* dalle strutture pubbliche a quelle private per permettere alle prime di trovare spazi e operatori per affrontare alle pandemie e alle seconde, di fatto, incrementare i profitti prima di venir coinvolte nel sostenere le strutture pubbliche.

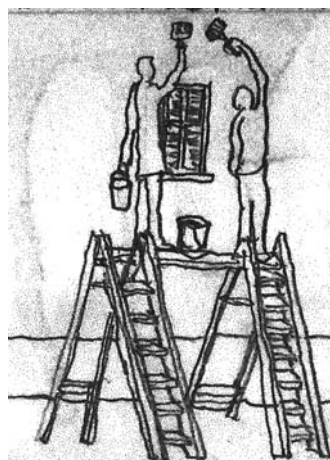
Per quanto ci risulta i passaggi salienti ricostruibili dalla documentazione pubblica sono i seguenti.

DGR XI/2903 del 2.03.2020 *"Prime determinazioni in ordine alla emergenza epidemio-logica da Covid-19"* che assegna contributi alle ASST e agli IRCCS per l'assunzione straordinaria di personale.

DGR XI/2905 del 4.03.2020 nella quale viene approvato un protocollo di intesa tra associazioni di categoria (AIOP; ANISAP, ARIS Confindustria Lombardia) per *"l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza Covid-19"*. In sostanza la volontaria messa a disposizione, per 60 giorni rinnovabili, di personale di strutture private presso strutture pubbliche, questo protocollo, limitato alla questione del personale non risulta che abbia interessato un numero significativo di personale effettivamente adibito presso strutture pubbliche.

DGR XI/2906 del 8.03.2020 nel quale viene rimodulato il sistema di erogazione delle prestazioni ospedaliere nelle strutture pubbliche per *"liberare rapidamente i posti letto degli ospedali per acuti (terapie intensive, sub intensive, malattie infettive, pneumologia, degenza ordinaria)"* con la definizione degli ospedali Hub cui riferirsi per le attività non procrastinabili di ricovero non Covid.

Il Decreto del Direttore Generale n. 3351 del 15.03.2020 va nella medesima direzione ridefinendo l'organizzazione della rete ospedaliera per alcune patologie (rete oncologica e rete ortopedica in particolare) attri-



buendo il ruolo di hub per tali attività anche a strutture private.

Dalla rassegna stampa del periodo è possibile venire a sapere che (La Repubblica 1.03.2020) *"Il piano è stato messo a punto ieri a Palazzo Lombardia, durante un incontro tra i vertici regionali e i rappresentanti di Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), Aris (Associazione religiosa istituti socio-sanitari) e Assolombarda. Già da oggi, una cinquantina di letti nei reparti di Rianimazione degli ospedali privati dovrebbe essere messa a disposizione del sistema regionale, aggiungendosi ai 140 già ricavati nei pubblici (e quasi del tutto occupati)."*

Il giorno successivo (2.03.2020), sempre La Repubblica fornisce indicazioni ben più ridotte nei numeri *"la Poliambulanza di Brescia «ha messo a disposizione sette-otto postazioni di terapia intensiva», dice Gallera. Il San Raffaele ha riservato quattro letti di terapia intensiva per pazienti positi-*

vi al Codiv-19 (oggi tutti occupati) e ha realizzato un reparto da 14 letti, di cui 12 già occupati. «Abbiamo messo a disposizione postazioni di terapia intensiva per pazienti positivi e intubati provenienti da altri ospedali, che vengono curati e assistiti con percorsi sicuri e aree dedicate, prima di essere trasferiti se necessario nei centri regionali dotati di reparti di infettivologia», aggiungono dall'Humanitas. **Non si ha a disposizione il suddetto Piano che non ci risulta incluso in atti resi pubblici.**

La risposta alla domanda formulata è nei contenuti di tale “piano” e nelle sue concrete modalità attuative. L'unico atto disponibile nel quale è possibile individuare il contenuto di collaborazione tra pubblico e privato è quello relativo al bando del personale della richiamata DGR 2905 del 4.03.2020.

Nella successiva DGR 2986 del 23.03.2020 “*ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da covid-19 – area territoriale*” si richiamano gli atti precedenti ma non emergono ulteriori provvedimenti pubblici oltre a quelli già richiamati sopra.

La crisi nella disponibilità sia di posti letto covid che di terapie intensive è evidente dal 6.03.2020 quando si pensa di trasferire malati nelle regioni vicine, esigenza che verrà utilizzata da metà del mese.

Il tutto nell'ambito delle forme di “*contrattualizzazione*” che le modifiche normative e attuative della sanità lombarda ci hanno “*abituato*” negli ultimi 25 anni. In una parola un netto sbilancio, in una ottica di “*quasi-mercato*” della sanità, verso quella privata con diversi sistemi (autorizzazioni alla realizzazione di strutture, autorizzazioni all'esercizio, accreditamenti istituzionali, abilitazioni contrattuali) anche in contrasto con la normativa nazionale (in particolare il Dlgs 229/1999). Al pubblico rimangono gli obblighi e i doveri, al privato le occasioni che via via si aprono o ritiene di cogliere/promuovere.

In tale contesto riteniamo opportuno ricordare che, se è vero che il piano pandemico

regionale risaliva al 2009 e quindi non era aggiornato né specifico in relazione alla nuova minaccia virale, è altrettanto vero che l'attuazione di quel piano avrebbe comunque rappresentato una pur parziale “*preparedness*” di una pandemia e quindi avrebbe avuto un effetto positivo di contrasto/contenimento, in ogni caso quel piano non prevedeva alcun obbligo specifico e/o coinvolgimento esplicito per le strutture private. Medicina Democratica Onlus e le numerose associazioni riunite nel Coordinamento regionale per il diritto alla salute contano che l'evidenza delle criticità anche nella articolazione delle strutture sanitarie regionali, pubbliche e private, nell'affrontare l'evento pandemico venga utilizzata per un profondo cambio di passo, anche normativo, cui questa Commissione può contribuire in modo significativo.

Ringrazio per l'attenzione e per l'occasione fornita per esporvi quanto sopra.

Marco Caldiroli – Presidente protempore di Medicina Democratica Onlus

Allegati consegnati in fase di audizione e qui ripresentati e integrati:

1. Mail interne varie, fino a quella del 24.03.2020; Nota interna G. Magna del 10.04.2020; Mail della Direzione Strategica del 3.02.2021; Nota di operatori alla Direzione Strategica del 4.03.2021
2. Questionario “*survey monkey*” e lettera di accompagnamento del 1.04.2020
3. Piano territoriale ATS Milano Città Metropolitana del settembre 2020 (integrale)
4. Comunicato FP CGIL 15.04.2020
5. File contenente il testo integrale del libro di Vittorio Agnoletto “*Senza respiro*” (è stata richiesta l'autorizzazione all'editore per la diffusione che rimane permesso nell'ambito dei lavori e delle necessità della Commissione)
6. File contenente il testo integrale della rivista di Medicina Democratica, n. 244-246

Verso il 3° Congresso Nazionale della Salute: incontro dei Movimenti a Roma il 28 e 29 maggio 2022

di Edoardo TURI*

Nati da una prima iniziativa dell'Assemblea per la salute del territorio di Bologna in piena pandemia nel 2020 non si pensava che i Congressi nazionali per la salute potessero arrivare alla terza edizione nel 2022.

Ma chi segue l'attività dell'Assemblea per la salute del territorio bolognese, anche attraverso la ricca pagina Facebook, poteva immaginarlo.

Operatori sociali e sanitari, attivisti e cittadini è ormai da qualche anno che portano avanti iniziative, momenti di riflessione e vertenze sul tema della salute e della sanità. Questo in una regione come l'Emilia-Romagna dove, peraltro, la sanità è migliore rispetto a molte altre regioni italiane per la rendita di posizione storica dovuta a forti investimenti nel servizio socio-sanitario pubblico nel passato e buona amministrazione pubblica, almeno rispetto ad altre regioni.

Tuttavia anche in quel contesto si sono visti i primi effetti dei tagli alla spesa sanitaria: la chiusura o il ridimensionamento di alcuni servizi, il ricorso al privato convenzionato/accreditato e le esternalizzazioni come risultato della riduzione delle assunzioni di personale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'arretramento del discorso culturale sulla salute in particolare sulla prevenzione e nel territorio e la deriva tecnocratica e di verticalizzazione autoritaria delle Aziende sanitarie.

Il primo Congresso nel marzo 2021 dal titolo #Sindemia 0202 si è tenuto on line è "ha costruito un ampio momento di incontro, scambio, confronto e costruzione di sapere a partire da una costellazione ampia ed eterogenea di esperte ed esperti, reti sociali, esperienze di lotta territoriale, sindacati e

centri di ricerca. Il convegno ha rappresentato il primo tentativo di creazione corale di una bussola collettiva per orientarsi nel nuovo spazio/tempo imposto dalla pandemia Covid-19, cercando di analizzarla in senso multi-forme. Sin dai primi passi della costruzione del convegno, l'ottica è sempre stata quella di immaginare e definire non un singolo evento, ma di strutturare un processo e un percorso di lungo periodo che a partire da una ri-significazione del tema della salute potesse tessere ad ampio spettro nuove conoscenze, nuove relazioni e possibili percorsi di mobilitazione".

Così il 6 e 7 novembre 2021 l'Assemblea ha chiamato in presenza a Bologna le numerose realtà che in Italia e sui territori che sono impegnate su salute e sanità a livello nazionale come *Medicina Democratica*, il *Forum per il diritto alla salute* e il *Movimento Nazionale Persone con Disabilità* o locale come le *Fem.In. Cosentine in lotta*, il *Coordinamento cittadino sanità di Roma* e il *Coordinamento regionale sanità del Lazio*, la rete *Non sta andando tutto bene* di Brescia, il Comitato "Riapriamo Villa Tiburtina" di Roma, la *Campagna Dico32*, il *Movimento per la difesa della Sanità Pubblica* veneziano, il *Collettivo Amalia* (Bologna), *Crash* (Bologna), *Obiezione Respinta* (Pisa), *Ambulatorio Città Aperta* (Genova), *L'Arco* (Bologna), *Flamincos* (Cosenza), *Siamo tutti Ippocrate* (Brescia), *Laboratorio Salute Popolare* e *Labascolta* (Bologna), *Laboratorio Popolare Borgovecchio* e *Centro Sociale Anomalia* (Palermo) e molti singoli attivisti.

Questo nuovo congresso si è intitolato «Come si esce dalla sindemia?», avendo l'ambizione di "tracciare in modo collettivo

*Medicina Democratica - Roma.

*vo possibili rotte di conflitto, di costruzione di alternativa e di creazione di una nuova conoscenza per un'uscita dalla sindemia che non sia nelle mani di chi l'ha finora governata/comandata, per lo più ripropo-
nendo vecchie e fallimentari ricette".*

Il convegno, trasmesso anche in streaming (è visibile sulla pagina Facebook dell'Assemblea per la salute del territorio di Bologna), ha cercato di mantenere il metodo e l'attitudine del primo evento, impostando la discussione a partire da tre macro-assi tematici: sistema sanitario, teorie e pratiche sulla salute e questione pandemica.

Sul primo asse si è costruito un confronto in grado di intrecciare chi lavora nel settore sanitario e forme di "utenza", discutendo dell'attuale strutturazione del SSN e delle riforme in atto a livello regionale e nazionale, confrontando il punto di vista di esperienze di sindacalizzazione con ragionamenti teorici o progettuali sulla sanità. Nel secondo asse si è discusso di come costruire un nuovo concetto e una nuova pratica di salute come tema politico e sociale, mettendo a confronto spunti teorici con esperienze concrete nei territori. Nel terzo asse si è cercato di fare il punto sulla situazione pandemica a livello italiano e internazionale con una valutazione retrospettiva sulla pandemia Covid-19, e guardando al futuro, come si potranno ripresentare situazioni analoghe.

Le soggettività partecipanti si sono divise in quattro tavoli di lavoro, ognuno corrispondente ai tre macro assi tematici più un tavolo sulle forme di mobilitazione. I risultati dei quattro tavoli sono stati riportati in assemblea plenaria da Luca Negrognolo (Sistema sanitario), Caterina Falanga (Che cos'è la salute?), Simona Ferlini (Pandemia: a che punto è la notte?), Davide Dibitonto (Mobilitazione: che fare?) e i report si trovano sulla pagina Facebook dell'Assemblea per la salute del territorio di Bologna.

Il 5 febbraio 2022, presso l'occupazione abitativa e Museo Metropoli, è iniziato il percorso verso il 3° Congresso sulla salute al tempo della sindemia: LA SALUTE NON È MERCE! Per una sanità pubblica, gratuita e universale.

Il congresso si svolgerà il 28 e 29 maggio

2022 presso lo spazio sociale, culturale e abitativo Metropoli a Roma via Prenestina, 913 ed è stato promosso, in questa prima fase, da Coordinamento Regionale Sanità del Lazio, Coordinamento delle assemblee delle donne e libere soggettività dei consultori del Lazio, Forum per il Diritto alla Salute, Medicina Democratica e Movimenti per il diritto all'abitare di Roma.

Durante la conferenza stampa i numerosi interventi che si sono succeduti hanno manifestato grande interesse per l'iniziativa confermando il proprio impegno per una mobilitazione quanto più estesa possibile sui temi della salute e della sanità pubblica. Gli organizzatori metteranno a disposizione ogni informazione utile per l'adesione e partecipazione al Congresso e a tutte quelle iniziative che si terranno da qui all'apertura del Congresso.

Nell'organizzare il terzo appuntamento gli organizzatori si sono posti il problema di come procedere nella discussione con maggiore incisività, soprattutto per ciò che riguarda i percorsi di mobilitazione, tenendo presente che se nei precedenti appuntamenti il tema della Pandemia risultava, volenti o nolenti, argomento imprescindibile di ogni dibattito, per il prossimo appuntamento si dovrà mostrare di aver compreso come si uscirà dalla Pandemia, quali conseguenze per la salute delle persone e quali possibili iniziative potranno essere messe in campo: se le lotte non saranno in grado di arrestare i processi di disuguaglianza sociale e devastazione ambientale propri del capitalismo non supereremo la crisi sanitaria in atto e continueremo a vivere nella sindemia.

Sulla base di queste considerazioni il dibattito sarà organizzato in due tavoli: Salute e lavoro e Salute e territorio. La discussione dei tavoli si svilupperà nel primo giorno, mentre nel secondo si svolgerà in assemblea plenaria.

Come si legge nel Documento di presentazione dei tavoli:

"SALUTE E TERRITORIO.

Il concetto di territorio può assumere diversi significati, a seconda dell'ottica con cui lo si osserva. Fra i punti di vista prevalenti,

quello naturalistico definisce il territorio in base alle caratteristiche geografiche, morfologiche, biologiche, etc, mentre se il punto di vista è orientato da una finalità, allora le caratteristiche salienti del territorio diventano la destinazione e l'uso (agricolo, industriale, paesaggistico, etc). Entrambi i punti di vista hanno una strettissima correlazione con ciò che comunemente viene definito "ambiente", ma è senza dubbio il secondo, ovvero l'uso del territorio, che negli ultimi decenni ha assunto particolare rilevanza per le alterazioni indotte negli ecosistemi dai processi di antropizzazione che, a loro volta, incidono sulla salute e sul benessere delle persone, anche attraverso situazioni di fatto che originano, non da fattori legati ad attività antropiche, ma dall'ambiente socio-culturale in cui queste persone vivono.

Scopo di questo tavolo è quello di sviluppare riflessioni e proposte di iniziativa in relazione agli effetti che l'uso del territorio in senso esteso, ha sulla salute delle persone. Secondo stime dell'OMS, una persona su quattro muore, nel mondo, per cause legate a fattori ambientali ma, al di là dell'impressionante valore di questa stima, è difficile trovare in letteratura (studi, ricerche, indagini) informazioni più dettagliate sul nesso che lega i decessi (e ancor più le malattie) alle caratteristiche specifiche di questi ambienti o territori e quali siano i maggiori fattori di rischio. Oggi è facile, per modo di dire, attribuire una nocività diffusa, socialmente rilevabile, ad attività industriali notoriamente rischiose, ma ci sono voluti anni ed anni per stabilire che gli abitanti di Minamata (Giappone) morivano di intossicazione da mercurio perchè si nutrivano dei pesci pescati nei dintorni di un impianto industriale che scaricava in mare residui contenenti questo metallo; così come ci sono voluti innumerevoli processi per sentenziare che morivano di mesotelioma e asbestosi anche le mogli o le madri degli operai che lavoravano all'Eternit di Casale Monferrato, perchè ne pulivano gli abiti da lavoro intrisi di fibre di amianto. E' più difficile invece mettere sul banco degli imputati altre attività che si sviluppano sul territorio come quelle legate al ciclo dei rifiuti (discariche e inceneritori), ritenute assoluta-

mente necessarie, o certe produzioni agricole come quelle del Prosecco e quella delle nocchie (vere e proprie agroindustrie) per l'uso considerevole di pesticidi, per non parlare del consumo di suolo irreversibile (vie di comunicazione, edifici, etc) che sottrae vegetazione utile all'assorbimento dell'anidride carbonica, per finire all'insieme nefasto dell'ambiente metropolitano, regno indiscusso delle concause (inquinamento, alimentazione scadente, stress, abitazioni malsane) che portano alle cosiddette malat-



tie non trasmissibili.

Da questo punto di vista ci sembra utile riproporre, sinteticamente, l'approccio sviluppato in Gran Bretagna alcuni anni fa, conosciuto come Rapporto Marmot, secondo cui esiste un gradiente sociale nella salute: "Coloro che vivono nelle aree più disagiate muoiono prima e trascorrono più tempo in cattiva salute rispetto a quelli che vivono nelle aree meno svantaggiate. Tali disuguaglianze sanitarie sono determinate dalle disuguaglianze sociali, comprese le disuguaglianze ambientali e siccome c'è un gradiente anche nella distribuzione degli svantaggi ambientali, chi vive nelle aree più disagiate è più esposto a condizioni ambientali che incidono negativamente sulla salute."

Gli elementi identificati dal rapporto come aventi un impatto significativo sulla salute sono:

- Inquinamento. Le comunità più povere o quelle che vivono in prossimità di determinati impianti industriali, subiscono media-

mente concentrazioni più elevate di inquinamento e quindi presentano una maggiore incidenza di malattie cardio-respiratorie e altre malattie. Si stima che il 66% delle sostanze chimiche cancerogene emesse nell'aria viene rilasciato nel 10% delle zone più indigenti. L'inquinamento atmosferico si correla spesso con l'inquinamento acustico, soprattutto nelle aree in cui l'inquinamento atmosferico è causato dal traffico automobilistico o aereo. L'inquinamento acustico, pertanto, si aggiunge al carico ambientale gravante sulle fasce più povere della società con effetti negativi sulla salute mentale.

- **Cibo.** Il mix di negozi nelle aree svantaggiate tende a essere orientato verso catene di fast food e altre opzioni alimentari malsane, rendendo più difficile l'accesso a cibi sani, in particolare prodotti freschi. Secondo uno studio i punti vendita McDonald's sono quattro volte superiori nelle aree più svantaggiate rispetto a quelle meno svantaggiate. Le comunità a basso reddito hanno maggiori probabilità di consumare cibi grassi e scadenti e ciò influisce sui livelli di obesità della popolazione.

- **Alloggio.** Esiste una correlazione tra status economico-sociale delle persone e insalubrità delle abitazioni. A parte gli insediamenti storici, su cui peraltro grava il fenomeno della "gentrificazione", i prezzi delle abitazioni salgono in base alle caratteristiche di benessere esistenti sul territorio (buone scuole locali, servizi sanitari, opportunità di lavoro, buone abitazioni e senso di comunità) impedendo quindi ai meno abbienti di accedervi. Per molte persone, la carenza di alloggi a prezzi accessibili rappresenta la più grande minaccia per la salute. Molti sono o senz'altro o costretti ad aspettare nuove case in condizioni non idonee, per mancanza di alloggi. Correlata a questi aspetti c'è la cosiddetta "povertà energetica" che spinge i meno abbienti ad accettare di vivere in case senza riscaldamento, o a farne a meno, con evidenti ripercussioni sulla salute.

- **Spazi verdi.** L'accesso a spazi verdi di buona qualità (la qualità è molto importante in quanto l'accesso a spazi "verdi" di scarsa qualità non mostra gli stessi benefici) ha un chiaro effetto sulla salute fisica e

mentale e sul benessere. Molti studi mostrano l'effetto positivo di uno spazio verde di buona qualità: aiuta a ridurre la pressione sanguigna e il colesterolo, migliora la salute mentale e la capacità di affrontare i problemi e riduce i livelli di stress. Lo spazio verde incoraggia anche il contatto sociale e l'integrazione, offre spazio per l'attività fisica e il gioco, migliora la qualità dell'aria.

- **Partecipazione alla comunità e isolamento sociale.** Le persone socialmente isolate hanno una probabilità da due a cinque volte maggiore di morire prematuramente rispetto a quelle con forti legami sociali. L'isolamento sociale può causare stress e depressione, in particolare per le persone con bambini piccoli e per gli anziani che spesso per paura del traffico sono impediti nel raggiungere i servizi e i gruppi della comunità.

In Italia la questione degli anziani a basso reddito è quanto mai critica dal punto di vista della salute perché, nonostante ci si vanti di aver aumentato le aspettative di vita grazie alla farmacopea, questa qualità di vita è decisamente scadente e l'avvento della pandemia lo ha drammaticamente messo in luce, decimando gli anziani presenti nelle RSA.

Da quanto detto emerge in tutta la sua rilevanza il tema della medicina territoriale, di cui molto si parla, ma senza tradursi in quell'effettivo "cambio di paradigma" nel rapporto tra cittadini/e e struttura sanitaria che sarebbe necessario per ciò che riguarda, sia la cura del malato e la sua presa in carico, sia la prevenzione delle malattie che, come si è visto, originano anche dal territorio, funzione – questa – che rischia letteralmente di scomparire. E' un tema quello della medicina territoriale su cui il congresso avrà certamente modo di esprimersi, anche alla luce delle allarmanti prospettive che si annunciano nel PNRR.

C'è infine da porre in evidenza un altro elemento di criticità nella relazione tra salute e territorio in Italia che dipende dalle distorsioni introdotte nel funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con il passaggio di sempre maggiori competenze alle regioni. A causa di ciò si sono sviluppati 21 servizi sanitari diversi che vedono

penalizzate le regioni meridionali rispetto al resto della penisola, con la volontà da parte di alcune regioni del Nord, di aggravare questo fattore di disuguaglianza con l'introduzione della cosiddetta autonomia differenziata.

E' un elemento che attraversa l'insieme delle problematiche esposte, sia per quanto riguarda il rispetto dei principi di legge che regolano il SSN (eguaglianza nella tutela della salute), sia per l'impatto negativo che ha sulle prestazioni sanitarie e sui finanziamenti alle regioni svantaggiate.

SALUTE E LAVORO

La crisi sanitaria deflagrata con la pandemia da Sars-Cov2 ha investito l'intera società ma il suo impatto è stato particolarmente forte nel mondo del lavoro.

1) Nel mondo del lavoro sanitario la pandemia/sindemia ha smascherato anni di blocco delle assunzioni nel settore pubblico con la conseguente stratificazione delle condizioni lavorative. In una sorta di girone dantesco abbiamo, gli strutturati pubblici, gli assunti a tempo indeterminato con CCNL privato, gli interinali, le cooperative, le false partite IVA, a cui si sono aggiunti i contrattualizzati a tempo per il Covid e via continuando nella frammentazione di lavoratrici e lavoratori. Senza dimenticare che ulteriori disuguaglianze sono determinate dalla Riforma del titolo V della Costituzione che regionalizzando il SSN ha finito con il costituire 21 differenti servizi sanitari differenziati per censo, una realtà che troverà un'ulteriore sviluppo con la cosiddetta "autonomia regionale differenziata". Sono così emerse carenze, sfruttamento e impoverimento dei servizi offerti alla popolazione. Ma proprio la frammentazione di lavoratrici e lavoratori, la retorica dell'eroe (per definizione solitario e senza vincoli collettivi), la durezza delle condizioni di lavoro hanno fino ad oggi costituito ostacoli quasi insormontabili per la costruzione di un movimento di conquista di un servizio sanitario pubblico, gratuito e universale che ponendo al centro la persona anziché il profitto valorizzi i lavoratori della sanità superando divisioni e corporativismi.

Siamo tutti ben consapevoli che senza un'attivazione diffusa delle lavoratrici e dei

lavoratori sanitari non sarà mai possibile arginare i processi di privatizzazione e smantellamento del SSN. Ecco quindi che questo gruppo di dibattito vuole provare almeno a costruire un avvio di confronto fra le diverse realtà contrattuali che possa contribuire a superare la frammentazione e il corporativismo per giungere a dotarsi di strumenti vertenziali e di lotta.

2) Nel resto del mondo del lavoro l'impatto è stato a più facce, la ferocia padronale nel voler comunque comandare in fabbrica gli operai anche nei momenti più drammatici



Particolare deposizione del Beato Angelico

lasciando così che morte e malattia falciassero le nostre comunità. Il cinismo nell'uso degli ammortizzatori sociali per scaricare i costi su chi lavora lasciando inalterati quando non accrescendo i profitti; tanti di noi e dei nostri compagni e compagne sono stati costretti a lavorare mentre formalmente risultavano in altre modalità. La ferocia nell'imporre strumenti di comando e discriminazione come il green pass per andare al lavoro e il controllo a distanza attraverso gli strumenti digitali. Anche qui come per gli operatori sanitari queste politiche sono state rese possibili da decenni di smantellamento delle conquiste delle lotte degli anni '60 e '70, dalla frammentazione contrattuale e la parcellizzazione operativa del lavoro, dalle tendenze corporative e settoriali largamente diffuse nelle categorie. A tutto ciò si aggiunge una crescita esponenziale di malattie e infortuni sul lavoro prodotto dalle politiche di liberalizzazione delle attività economiche e di taglio delle spese per salute e sicurezza figlie della "centralità dell'impresa e dell'in-

traprendere” imperante su tutta la società dai modelli formativi nelle scuole (che a volte arrivano perfino a uccidere gli studenti in alternanza), ai messaggi culturali e pseudo culturali di media e social. Senza tacere del continuo smantellamento dei servizi ispettivi di ASL, Ispettorato del lavoro e INAIL, il definanziamento dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL (che hanno anche il compito di vigilare sugli ambienti di lavoro) e della stessa INAIL tutti fattori che nel determinare un “ambiente favorevole all’impresa” hanno come logica conseguenza un ambiente nocivo per lavoratrici e lavoratori.

Come si vede sono ampi e profondi i terreni dove è possibile aprire un confronto intercategoriale - pur valorizzando le specificità settoriali - che attivi processi di lotta contro le nocività, l’usura del lavoro, la finanziariz-

zazione della sanità (vedi assicurazioni private sanitarie nei CCNL). Processi che restituiscano la centralità della salute nell’azione dei movimenti delle lavoratrici e dei lavoratori che rendano la conquista di un SSN pubblico, gratuito e universale un terreno unificante di lotta per le sue ripercussioni positive su tutto il mondo del lavoro.

Per il recupero del salario indiretto che ne deriva, per la valorizzazione di tutte le figure sanitarie, per l’attivazione di servizi di prevenzione che intervengano nei luoghi di lavoro arginando sfruttamento, incidenti e malattie.

Ecco questo è lo spazio di dibattito che mettiamo a disposizione di chi si voglia confrontare, aperto a suggerimenti e proposte che diano forza e concretezza ai desideri di emancipazione e liberazione dal lavoro salariato”.



Medicina di territorio e Casa della Salute

di Elisabeth COSANDEY*

1 COSA HA SVELATO LA PANDEMIA E COSA CI HA INSEGNATO

La pandemia da Covid-19 ha colto la popolazione mondiale totalmente impreparata, partendo dalle strutture governative a quelle sanitarie e ha stravolto tutto il nostro sistema di vita. Sono cambiate le abitudini, la gestione del quotidiano, le relazioni di vicinanza e i momenti sociali. Ci si è ritrovati senza difesa di fronte al contagio e alle sue drammatiche conseguenze. E' ancora bruciante nelle nostre coscienze il peso di troppe morti, di brusche separazioni senza il sollievo spesso dell'ultimo saluto.

L'impatto della pandemia ha messo in evidenza l'inadeguatezza delle politiche sanitarie, l'assenza di prevenzione e di un sistema di sorveglianza sanitaria. La medicina rivolta quasi esclusivamente al singolo individuo, la disattenzione all'ambiente non consentono di affrontare efficacemente le peculiarità e la diffusione delle epidemie. Il nostro sistema sanitario messo a dura prova ha risposto rivoluzionando gli ospedali; raddoppiando in tempo record il numero delle terapie intensive; richiedendo al personale sanitario una dedizione e uno sforzo eccezionale, che non si potrà più richiedere; facendo appello a del personale sostitutivo e nelle zone più colpite trasformando l'intero ospedale in ospedale covid. Questi provvedimenti hanno comunque avuto l'effetto di bloccare la normale attività di visite e interventi programmati nel tempo. Questo per parlare degli ospedali. In prima linea si sono anche trovati i MMG i quali senza adeguate informazioni e dispositivi di protezione hanno pagato un duro prezzo perché molti sono deceduti e molti altri si sono ammalati. E' sulla scorta di queste considerazioni

che viene invocata l'assoluta necessità di rivedere tutto il modello e gli strumenti con i quali si affronta una pandemia a partire dalle cure territoriali. E' stata sottolineata l'inerzia con la quale le ASL o le ATS hanno reagito, la mancanza di linee guida, la mancanza di tamponi e reagenti, la mancanza di relazione con la popolazione che richiedeva provvedimenti. Prendiamo allora sul serio questa lezione per dare nuovo impulso alla medicina di territorio da pensare come cultura prima ancora che come organizzazione della stessa.

LA CONOSCENZA DEL TERRITORIO

Ognuno di noi, se fa mente locale, riesce a descrivere dove abita e quello che ha intorno. Riesce a vedere che non è indifferente se la sua abitazione è in una città piccola o grande, se si tratta di una periferia o di un centro storico, se intorno ci sono villette o case popolari ecc., se il contesto fornisce molti o pochi servizi, se basta muoversi a piedi o se servono mezzi. Sa anche se la sua rete di relazioni (familiari, amicali) è nutrita o al contrario misera. Sa se può facilmente fare parte di un'associazione, seguire eventi culturali, andare in biblioteca. Sa anche chi incontra di più per strada: anziani, bambini, immigrati. Sa di cosa si occupano prevalentemente i giornali locali: di urbanistica? Di beghe condominiali, di furti e rapina? Di insicurezza o di relativa quiete e benessere. Lo stesso tipo di attenzioni lo devono avere gli operatori dei servizi territoriali. In modo più preciso devono aver il quadro delle strutture e delle istituzioni presenti: le scuole, i servizi comunali, le iniziative sportive e di tempo libero, i luoghi di ritrovo dei giovani o degli anziani. Queste conoscenze sono poi alla base di una progettualità che

**Medicina
Democratica -
Milano.*

viene pensata per gruppi di popolazione, o per fasce di età, o per un singolo quartiere. Per entrare più nel concreto farò tre esempi: Paolo è un bambino conosciuto e seguito dal servizio di neuro-psichiatria infantile con una terapia logopedica; anche i suoi genitori hanno colloqui periodici e con loro si deve decidere dell'ingresso alla scuola elementare a settembre. Una difficoltà in più risiede nel fatto che Paolo è molto irrequieto: a volte con comportamenti distruttivi e/o aggressivi. Il servizio ha da anni ottimi collaborazioni con il plesso scolastico e la dirigente perché offre alle insegnanti che lo desiderano dei momenti di confronto e di presenza a scuola. Con la dirigente scolastica sarà possibile preparare l'ingresso di Paolo in prima. Scelta della classe con insegnanti di ruolo, esperte e disponibili anche perché in particolare la logopedista stabilirà un calendario di incontri a scuola. Durante l'anno la mamma di Paolo, per problemi di lavoro non può accompagnare il figlio in terapia. Chi può offrire un aiuto? Il servizio contatta la piccola comunità di suore laiche e una di loro si rende disponibile.

Daria frequenta il centro psico-sociale da molti anni. In una riunione di equipe uno psichiatra tirocinante relaziona di un colloquio recente durante il quale Daria le fa vedere un quaderno di fogli pieni, pieni con una scrittura quasi illeggibile. Il giovane con lei si sbilancia a parlare di un corso di scrittura con il computer e la vede entusiasta. L'equipe decide di prendere contatto con la scuola popolare del quartiere che offre corsi di varia natura. Anche con qualche difficoltà Daria frequenta il corso, stabilisce nuove conoscenze, migliora la sua auto-stima.

Centro sociale "Scoop". Roberta e un gruppo di adolescenti dopo alcune serate parecchio promiscue si scambiano timori reciproci. Lei butta l'idea di chiedere un appuntamento al consultorio familiare, ci va, rimane abbastanza contenta. Tornerà verso il suo gruppo proponendo che sia l'equipe del consultorio a venire al centro sociale dopo aver preparato delle domande a partire da un questionario.

2 ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SUL TERRITORIO

Ridare importanza al distretto socio-sanitario: dimensione, direzione, autonomia nella progettazione, autonomia finanziaria.

Le ragioni del distretto hanno le loro radici in una certa cultura della salute e in una impostazione dei rapporti fra servizi e operatori della salute e cittadini utenti ad essa coerente. La salute dei singoli, delle famiglie, delle collettività, risulta dal comporsi di molte dimensioni della persona: somatiche, psichiche, relazionali, sociali, ambientali. Il territorio è il livello dove queste dimensioni possono essere lette e possono essere riconosciute come risorse oltre che come problemi, e dove i servizi possono offrire un sostegno coordinato e integrato ai gruppi sociali per aiutarli a stare meglio prevenendo, curando, riparando minacce e danni alla salute.

Il distretto rappresenta una proposta organizzativa e operativa che potrebbe affrontare meglio una serie di limiti, disfunzioni, e carenze del sistema sociosanitario e in particolare la non considerazione unitaria e complessiva dei problemi dell'utente; la conseguente frammentazione degli interventi la cui ricomposizione ricade sulle spalle dello stesso assistito; la mancanza di un accesso unitario al servizio con disorientamento della popolazione; la mancanza di rapporto personale fra operatori sociosanitari e popolazione del territorio e, di conseguenza, di un effettivo coinvolgimento partecipativo; l'accentuazione del taglio curativo e riparativo rispetto a quello preventivo ed educativo, che richiede globalità e coinvolgimento. La dimensione del distretto è limitata ad un numero di abitanti relativamente piccolo, circa 50.000, pur considerando la morfologia territoriale e la contiguità fra comuni. La sua direzione è contraddistinta da un metodo collaborativo e non gerarchico, fondata sui dati epidemiologici e demografici per elaborare lo stato di salute della popolazione mediante apposite relazioni sullo stato di salute della popolazione. **Deve sostenere, inoltre, la progettualità di tutti i servizi presenti e favorire la collaborazione fra tutti i servizi interessati. Deve avere un proprio organico di personale e un budget definito.**

Nel distretto sono presenti gli operatori della prevenzione nelle loro diverse espressioni: prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, medicina veterinaria, igiene ambientale. **Va considerata ora, l'attività igienistica relativamente al COVID19 (contenimento dei focolai di infezioni, dotazioni di dispositivi di sicurezza, identificazione dei positivi, attivazione eventuale delle USCA).**

Mettiamo anche in rilievo le grandi differenze di ruolo tra il sistema ospedaliero e i servizi territoriali (V. Tabella 1)

3 LA CASA DELLA SALUTE

Il distretto trova nella Casa della Salute il suo centro di riferimento: è il luogo dove si incontrano domande e risposte, dove si promuove la salute, dove i cittadini partecipano, dove si integrano professioni, servizi e attività, dove si realizza il lavoro di gruppo. La Casa della Salute è un'entità materiale, accogliente e viva, corrispondente ad una struttura collocata in area baricentrica rispetto alla popolazione del territorio. Privata di barriere architettoniche, idonea a soddisfare le esigenze spaziali delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Dotata delle attrezzature e strumentazioni tecnologiche adeguate anche per l'attività amministrativa e di informatizzazione. Capace di produrre una buona immagine di sé nel contesto della popolazione, stimolando la fruizione dei servizi, soprattutto di prevenzione. Nella Casa della Salute è attivato lo sportello unico per tutte le attività sanitarie e socia-

li ed è realizzata **la presa in carico del paziente** con la definizione del percorso di cura individualizzato superando la frammentarietà negli interventi.

La Casa della Salute è il luogo della partecipazione dove i cittadini organizzati discutono con gli operatori del piano che si deve fare -sociale e sanitario -per mantenere e migliorare la condizione di salute della popolazione. Dove, al tempo stesso si verifica il funzionamento delle strutture e dei servizi, dove si possono fare proposte di fronte alla rilevazione di nuove domande, o di comprensione di pratiche inutili e dannose. La Casa della Salute corrisponde poi pienamente alla realizzazione delle cure primarie. Medici di medicina generale e infermieri di famiglia vi abitano a tempo pieno, pur considerando che non possono esserci *"tutti"* i medici di medicina generale a causa di condizioni particolari di territorio e di distanze. Se non possono essere tutti presenti sono peraltro tutti collegati.

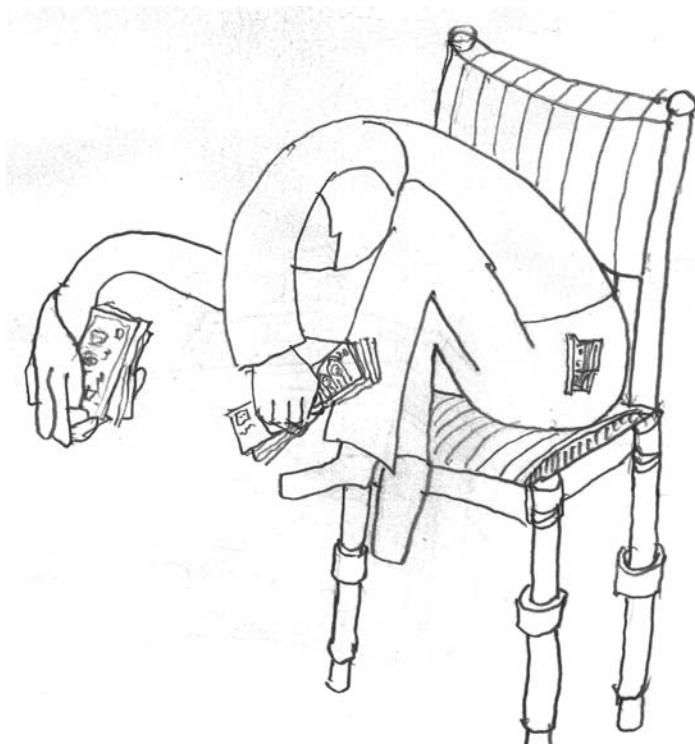
Cure primarie significano cure domiciliari, non solo quelle che normalmente e istituzionalmente svolgono i medici di base, ma anche quelle che tendono il più possibile a mantenere al suo domicilio la persona cronica non autosufficiente mantenendo il livello delle autonomie funzionali del paziente ancora presenti e potenziando le attività di riabilitazione (motorie, respiratorie, cardiologiche), che richiedono l'intervento dello specialista e di cure che possono essere configurate come cure ospedaliere

Tabella 1.

Sistema Ospedaliero	Servizi territoriali
Intensità assistenziale	Estensività assistenziale
Orientato alla produzione di prestazioni. Tende ad essere ultraspecialistico e adottare un approccio riduzionistico, all'organo e al sintomo	Orientato alla gestione di percorsi assistenziali, adotta un lavoro di equipe multidisciplinare e multi-professionale comprese le figure dell'ambito sociale
Presidia l'efficienza	Presidia l'efficacia e i risultati
Tende all'accentramento (grandi H) e al management	Tende al decentramento e alla partecipazione
Punta all'eccellenza	Punta alla qualità

(nella misura in cui sono possibili). Pertanto e a questo proposito la Casa della Salute deve avere una relazione con l'ospedale, il quale interviene, tramite i suoi specialisti a domicilio, ma nel quale i medici di base si rapportano con i curanti quando questi ricoverano un loro paziente. Il rapporto con l'ospedale significa il superamento, ovvero l'impossibilità di dimettere i pazienti cronici in modo selvaggio, senza avere stabilito il

percorso personale (la presa in carico). In relazione con la Casa della Salute vi sono gli altri servizi territoriali come il Consultorio, i servizi di Salute mentale e delle dipendenze, l'assistenza alle persone anziane. L'operatività di questi servizi è anche extramuraria – appunto sul territorio – e non unicamente riservata ai singoli, ma con un'attività di gruppo pensando soprattutto alla dimensione preventiva.



Case per una salute di comunità

A cura della CAMPAGNA DICO 32!*

PREMESSA

La pandemia ha messo ancor di più in luce la crisi della medicina territoriale e, in particolare, come il cosiddetto “*sistema*” sanitario sia inadeguato a far fronte alla tutela della salute dei cittadini nella misura in cui si basa sulla centralità dell’offerta ospedaliera.

Il “*sistema*” lombardo ha sviluppato più di altri servizi regionali la centralità dell’assistenza ospedaliera di “*eccellenza*” e ha puntato sulla equivalenza tra pubblico e privato nell’erogazione delle prestazioni mediche.

E’ qui l’origine dell’indebolimento dei servizi di medicina territoriale, dei servizi pubblici di prevenzione, che sono stati marginalizzati e, in generale, dell’offerta di servizi pubblici a tutti i livelli in cui si articola il servizio sanitario lombardo.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza finanzia la realizzazione delle case di comunità (CdC) e degli ospedali di comunità (OdC) che, in prospettiva, divengono la chiave di riorganizzazione dell’assistenza territoriale.

Tuttavia si aprono importanti incognite riguardo alla concreta realizzazione di tali presidi.

In primo luogo queste riguardano gli **aspetti del personale e della gestione** che rimane una criticità irrisolta in quanto, come preannuncia la Regione Lombardia, nella loro gestione gli operatori privati avranno un ruolo diretto sia come erogatori privati ovvero come cooperative ovvero come enti del terzo settore.

Se questo avvenisse si tratterebbe di fatto di **ulteriori forme di privatizzazione anche della sanità territoriale. Già ora,**

soprattutto nelle aree metropolitane, l’offerta privata, finanziata dal pubblico sorpassa quella pubblica. Mentre aumentano le difficoltà di accesso alle cure a carico del SSN facendo aumentare il numero dei pazienti che vi ricorrono a pagamento (a Milano i segnali vanno invece nella direzione di realizzare le strutture subendo la distribuzione consolidata dei servizi che penalizza le aree maggiormente deprivate), Un altro punto riguarda i modelli organizzativi che in questo documento indichiamo negli aspetti chiave.

Fra questi è centrale l’aspetto dell’**accessibilità fisica da parte dell’utenza ai servizi** offerti e quindi la loro collocazione sotto il profilo urbanistico rispetto al contesto territoriale.

La Regione ha già deliberato l’allocazione quasi definitiva delle Case di Comunità e delle altre strutture finanziabili all’interno dei vari ambiti organizzativi (ATS, ASST) **basandosi principalmente sulle attuali disponibilità di spazi appartenenti al SSR o agli Enti Locali.** Inoltre tale provvedimento è adottato in assenza della creazione dei Distretti che dovrebbero coordinare e dirigere le attività delle Case di Comunità e degli Ospedali di comunità e sovrintendere alle Centrali operative territoriali (COT). **La fretta della Regione sembra volere far nascere le nuove strutture già deboli senza dare loro un ruolo propulsivo e integrativo delle tutele sanitarie e sociosanitarie.**

E’ evidente che i Sindaci dovranno avere un ruolo fondamentale nel condizionare le scelte che verranno operate ed è quindi sostanziale che essi rivendichino il loro ruolo ed anche le opportune forme di coor-

*Coordinamento Campagna per il Diritto alla Salute per la Salute.

dinamento per avanzare proposte su come organizzare le CdC, in modo tale che vengano considerati anche gli aspetti socio economici ed epidemiologici della popolazione dei loro territori -determinanti fondamentali della salute della popolazione- e si monitorino le scelte incidendo sugli aspetti chiave dell'organizzazione della medicina territoriale.

NOTE DI CONTESTO

La tendenza all'invecchiamento della popolazione italiana, documentata da fonti Istat e Ministeriali, comporta:

- aumento inevitabile della prevalenza delle malattie croniche (secondo stime del 2017 circa il 40% della popolazione) gravate da possibili sequele e complicazioni delle stesse. Nel 2017 circa il 22% della popolazione risultava essere oltre i 65 anni, il 40% con patologie croniche di cui oltre la metà con pluripatologie.
- aumento delle disuguaglianze nei nuclei familiari con incremento delle persone che vivono sole, quasi totalmente ultra sessantacinquenni (nella città di Milano, secondo il censimento ISTAT2011, oltre il 33% degli ultrasessantacinquenni vive solo).

Questa tendenza generale comporterà un acuirsi delle disuguaglianze sociali con ricadute anche territoriali, non solo regionali ma provinciali e comunali.

Come si è evidenziato durante la pandemia, **il sistema regionale lombardo è basato sull'erogazione di prestazioni da parte di strutture diverse non collegate tra loro (Medico di Medicina Generale-Pediatra di Libera Scelta, Specialista Ambulatoriale).** Gli Ospedali rappresentano il più forte centro di gravità del "sistema": attraggono tecnologie, finanziamenti, pazienti e consensi in forma delocalizzata (l'80% dei pazienti proviene da più di 10 km di distanza); in virtù dell'expertise e dei link relazionali (Università, Politica, Società Civile, Associazioni, etc..) svolgono un ruolo di supremazia sulle componenti meno aggregate e influenti, **dedicando le attenzioni principalmente alla malattia rispetto al malato: acuzie versus cronicità.**

Le persone con malattia cronica ed i loro familiari devono confrontarsi con le esigenze imposte dalla patologia ma devono cercare di adattarle alla propria vita: vanno aiutati a trovare la capacità di perseguire obiettivi e significati personali nelle situazioni più difficili (RESILIENZA).

L'offerta di prestazioni, pur di buona qualità, è estranea a questo concetto di «care» richiesto e non sostituisce il «*prendersi cura*» con il «*farsi carico*» come vorrebbe il nuovo paradigma assistenziale. **Il percorso di presa in carico rischia di avere connotazioni esclusivamente economiche ed amministrative.**

Il piano assistenziale previsto dalla LR 23/15 e dalle successive delibere di giunta è appropriato per la definizione di un percorso standardizzato.

In questo "sistema", la complessità del cronico, con gli scostamenti legati alla variabilità intrinseca nel processo di cura, la necessità di prevenire complicanze o sequele e intervenire rapidamente quando si presentino, non ha assolutamente spazio.

Le attività di cura, invece, non possono essere standardizzate in modo rigido e comunque dovrebbero prevedere margini di interpretazione.

Questo fatto mette necessariamente in discussione la budgettizzazione standardizzata del percorso di cura, cioè la tariffazione e l'erogazione di pacchetti di prestazioni standard.

L'approccio vincente per la sanità pubblica è uscire da questo circolo vizioso implementando quegli strumenti che consentono alle persone di governare la propria cronicità assumendo decisioni consapevoli.

Il Piano di cura personalizzato costituisce, quindi, un programma che integra un "percorso assistenziale" con un "percorso esistenziale", che tiene, quindi, in primaria considerazione **i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, che è e resta l'attore fondamentale della propria cura.**

A questo deve seguire un vero e proprio "Patto di cura", che vede un coinvolgimento del paziente e degli altri attori molto più profondo rispetto alla semplice "ade-

sione" ad un percorso di cura.

Il farsi carico della persona non può limitarsi ad un semplice parere terapeutico rapportato all'andamento di vari esami strumentali, ma richiede anche competenza clinica nelle varie branche mediche coinvolte nella patologia e delle criticità sociali.

La strategia di intervento necessita di un approccio non sporadico e non affidabile ad una singola tipologia di operatore della sanità e della società. Si afferma così il concetto che prevede **"coinvolgimento della comunità nelle decisioni che la riguardano, inclusa la pianificazione, lo sviluppo e la gestione dei servizi, nonché le attività che mirano a migliorare salute o ridurre le disuguaglianze di salute"** per cui i soggetti facenti parte di una comunità si impegnano a operare insieme in un processo di evoluzione.

CONDIZIONI E CRITICITA' PER L'AVVIO DELLE CASE DI COMUNITA'

Dagli spunti sopra delineati ne discendono condizioni che dovrebbero consentire la piena e corretta realizzazione delle CdC:

- La partecipazione degli amministratori, operatori e utenti: Confronto pubblico nei territori nel momento della scelte preliminari all'avvio delle CdC convocando confronti pubblici e conferenze di servizio.

- Formazione del personale dedicata necessaria in conseguenza degli aspetti innovativi del servizio e alla integrazione funzionale delle attività.

- Modalità di remunerazione: la budgetizzazione standardizzata del bisogno assistenziale del paziente andrebbe corretta in quanto rappresenta un ostacolo alla presa in carico della complessità dei pazienti e di loro bisogni socio assistenziali.

- Contrattualizzazione dei Medici di Medicina Generale (MMG): i MMG dovranno essere strettamente connessi al governo complessivo delle attività superando la forma contrattuale attuale.

CASE DI COMUNITA': SPUNTI CHIAVE

Da quanto fin qui detto la sola riconfigurazione di sedi e spazi di ambulatori dei medici è cosa più lontana dalle finalità per

le quali le CdC vanno concepite.

Il progetto di realizzare le Case della Comunità deve nascere con l'ottica di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio per migliorarne la qualità, coordinandoli in particolare incentrandoli nei riguardi dei pazienti affetti da patologie croniche.

Esse devono diventare un punto di riferimento per la popolazione, ed al loro interno dovrà operare un team multiprofessionale composto da MMG, PLS, Medici spe-



cialisti, infermieri di comunità, Psicologi, Assistenti sociali ed altre professioni della salute.

In particolare:

1. La Casa della comunità è una struttura pubblica a gestione diretta del servizio sanitario nazionale, coordinata dal Distretto, dotata di autonomia gestionale: Nasce e si sviluppa in un rapporto stretto e organico con la comunità in cui opera, servendo un territorio con una popolazione non superiore a 50.000 abitanti.

2. Le dimensioni e la definizione geografica del territorio di riferimento sono definite dai Distretti Socio-Sanitari da cui sono funzionalmente dipendenti tutti i servizi del territorio.

3. La Casa di comunità ha un piano di attività e obiettivi di salute pubblici e partecipati, messi a punto in base a una programmazione che parta da una ricognizione epidemiologica dei bisogni socio-sanitari della popolazione.

4. Si collega in modo costante col comune/comuni e gli organismi del decentramento comunale del territorio, che partecipano alla programmazione, al monitoraggio ed alla realizzazione delle sue attività, soprattutto per quanto riguarda i bisogni sociali.

5. La Casa ha una sede fisica ben visibile, riconoscibile e facilmente accessibile per i cittadini. Può gestire in rete sul suo territorio anche sedi decentrate di prossimità, dislocate secondo le esigenze della popolazione e la configurazione geografica del territorio. Nelle sedi decentrate, coordinate dalla Casa della Comunità, opera per una parte del proprio tempo personale della Casa e sono erogati servizi socio-sanitari e amministrativi che richiedono maggiore facilità di accesso.

6. È aperta al pubblico almeno 12 ore al giorno nei giorni feriali e una parte della giornata nei giorni festivi e prefestivi.

7. Garantisce l'accesso negli orari di apertura attraverso un Punto unico di accesso sociosanitario.

8. La casa coordina i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta del territorio, che preferibilmente devono svolgere la loro attività all'interno della Casa, nell'ambito di Unità Complesse di Cure Primarie composte da gruppi di lavoro multidisciplinari di cui fanno parte infermieri, psicologi, operatori sociali e sanitari secondo le necessità.

9. Gli ambulatori specialistici pubblici del territorio di riferimento sono collocati nelle Case della Comunità, e garantiscono almeno quelle specialità di base necessarie per la presa in carico dei pazienti affetti da patolo-

gie croniche.

10. Nell'ambito della Casa della Comunità sono compresi e riorganizzati i servizi socio sanitari territoriali, compresi i servizi amministrativi, i prelievi e le vaccinazioni.

11. La casa Ospita al suo interno i servizi sociali territoriali del comune, che operano in modo integrato coi servizi sanitari.

12. Ospita anche i consultori, che devono tornare ad essere pubblici, ed i servizi del dipartimento di salute mentale per l'età adulta, l'infanzia e l'adolescenza che servono il suo territorio.

13. Organizza secondo il modello della sanità di iniziativa l'assistenza domiciliare, il servizio di continuità assistenziale, l'intervento nelle scuole.

14. I servizi che operano all'interno della Casa della Comunità condividono il fascicolo sanitario elettronico degli assistiti e possono organizzare assistenza a distanza anche attraverso sperimentazioni di Telemedicina.

15. Realizza iniziative di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute e fornisce un supporto stabile alla collaborazione tra i servizi e la cittadinanza, con particolare attenzione al terzo settore e alle organizzazioni del volontariato.

16. Dispone di spazi dedicati che comprendono sale di riunione disponibili per la consultazione e la partecipazione dei cittadini, e per la formazione continua del personale.

17. Nell'ambito delle funzioni del Distretto contribuisce al monitoraggio e alla valutazione delle attività, e a verificarne l'impatto sulla popolazione.



L'unità sanitaria per una salute di comunità

di Giulio A. MACCACARO*

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha riportato all'attenzione (dopo la "lezione" impressa dall'impatto della pandemia sui servizi sanitari regionali) l'importanza di una "medicina territoriale" già pensata e prevista dalla riforma sanitaria del 1978.

La Unità Socio Sanitaria Locale, nelle intenzioni del legislatore della riforma e prima delle realtà sociali che l'hanno voluta e indirizzata, è la "pietra angolare" di un servizio ove si incontrano e concretizzano i principi di universalità, gratuità e partecipazione, quali direzioni "politiche" della legge come pure quelli di prevenzione, cura e riabilitazione, quali obiettivi di salute individuali e collettivi.

Giulio A. Maccacaro proponeva le "case della salute" quale espressione fisica, operativa e politica della medicina territoriale illustrando il suo pensiero in un articolo apparso in "A.b.d.c.e." (anno VII, 1, 1972) ristampato in "Unità Sanitaria", ottobre-dicembre 1972; nel *Seminario sulle applicazioni della scienza dei sistemi alla medicina e alla chirurgia*, Accademia nazionale dei Lincei, Roma 1976, e in "Sapere", marzo 1977, vol. LXXX, 798. Il testo venne ripubblicato in "Giulio A. Maccacaro. Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976" – Feltrinelli 1979.

In questo periodo di attuazione del PNRR comprensivo della "missione salute" e quindi alla ripresa della discussione su quelle che sono oggi denominate "Case di Comunità" (come pure Ospedali di comunità nonché della assistenza di prossimità) è opportuna una rilettura di quelle pagine cui rimandiamo mettendole a disposizione sul nostro sito, <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=13167>

Giulio Maccacaro, in questo scritto, prende avvio dalla osservazione che a vent'anni dalla Costituzione "l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese" (art. 3) era ben lungi dall'essere attuata o solo intrapresa. Segue un approfondito esame dei termini del tema della partecipazione, in particolare nel campo della salute, partendo dall'assunto (Parsons, 1968) della stessa considerazione della "malattia come perdita di partecipazione" per arrivare all'obiettivo di contrastare "la perdita di partecipazione come malattia".

Il percorso si inoltra infine nell'esame della "forma" sanitaria, dei modelli disponibili all'epoca e della elaborazione di un diverso approccio che arrivi a conciliare al massimo (in un processo dialettico continuo) la "funzione" (l'efficienza del funzionamento del "sistema" sanitario) con il suo "governo" inteso come partecipazione, indicando, per quest'ultima la strada della "mediazione" (del confronto continuo tra i diversi soggetti, territoriali/sociali e di "comando" delle strutture) in alternativa a quella della "delega".

In questo percorso individua un realistico (e attuale !) gradiente di partecipazione sintetizzato come segue: "Se non si può ottenere la partecipazione diretta totale ("tutti in tutto") è più importante che l'intera popolazione dei soggetti (individuali, collettivi e istituzionali) partecipi direttamente a quel 20% di problemi sanitari che incidono nella vita dell'80% di essa piuttosto che il 20% della popolazione si occupi dell'80% dei problemi: si ritiene meglio ridurre il numero dei problemi gestiti in partecipazione diretta da tutti piuttosto che ridurre il numero dei sog-

* a cura della
Redazione di
Medicina
Democratica.

getti che gestiscono direttamente tutti i problemi.”

In questa dialettica fondamentale si fonda una corretta impostazione dei flussi informativi e la trasparenza degli stessi : l'informazione in Lombardia, e non solo, si è rivelata uno dei principali strumenti “condivisi” tra governo regionali e imprese per l'occultamento del peso e della ingerenza del privato sia nella erogazione di servizi che nell'approccio con l'utenza considerata e trattata come un cliente e non come portatori di diritti.

Le conclusioni di Maccacaro in tema sono riassumibili con la “*proposta di rifiutare la delega in quanto consegna dell'informazione di governo ed accettare la mediazione per la gestione dell'informazione di esercizio*” confermando anche qui l'estremo realismo che si accompagna ad una radicale critica dell'esistente e una rigorosa prospettazione di un paradigma alternativo a quello allora attuale e oggi di ritorno, basato su mutue, assicurazioni, *welfare aziendale* convergenti nel discriminare l'accesso, la frammentazione dei servizi e ad alimentare lo sbilanciamento programmato verso le strutture private.

La partecipazione (e la individuazione delle forme di attuazione nell'ambito della USL) diviene un processo basato su “*componenti modulari*” articolate e flessibili, quale “*un modo di essere globale della società e investa ogni suo bene ed assetto*”. L'attenzione è destinata a superare la parcellizzazione dell'atto medico che reifica (rende oggetto) il rapporto con il malato “*la parcellizzazione del malato — ormai disfatta materia in cui ogni tecnico affonda le sue sonde — ne autonomizza i sintomi (facendone sostanza di malattia) sino a renderne illeggibile il messaggio.*”

Da questa osservazione l'attenzione a definire dei criteri affinché si rovesci, tramite gli “*oggetti della partecipazione sanitaria*”, la parcellizzazione facendo emergere e ancorando la partecipazione prevedendo oggetti “*modulari e singolari a seconda della loro ricorrenza e dei modi ... nella struttura dell'USL. Singolare, ancorché non necessariamente unico, è l'ospedale quando si pone come punto di convergenza di una partico-*

lare domanda e di erogazione di un particolare servizio. Modulare è certamente l'ambulatorio distrettuale in quanto definisce intorno a sé una pratica medica di base che compie un salto qualitativo quando più distretti si aggregano a costituire la sub-unità sanitaria locale, a sua volta modulo della struttura maggiore che è l'USL. Ma la modularità del distretto è confermata dal suo poter diventare, integrandosi di funzioni, vera e propria sub-unità così come la modularità di questa è nel suo potersi porre come USL propriamente detta. (...). Questi criteri operano come quelli di una non segregazione del malato dalla società, della sanità dalla vita collettiva. Per noi sono i criteri della partecipazione: gli oggetti vanno posti là dove questa se ne può appropriare.”

Da questo approccio emerge la proposta anche puntuale della “*struttura*” della USL basata sui distretti e sulle case della salute e, nello stesso tempo, la individuazione degli operatori e delle loro competenze, in un lavoro che oggi si chiamerebbe “*equipe multidisciplinare*” in grado di attuare nel concreto le funzioni di base del SSN : prevenzione, cura e riabilitazione. Il confronto tra queste note di Maccacaro e quanto proposto oggi nell'ambito del PNRR (le dibattute linee guida DM 71 – *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale* Consiglio dei Ministri del 21.04.22) è certamente un esercizio utile e necessario per chiunque agisce per un rinnovamento della sanità a “*preminenza pubblica*” (per usare il termine usato dalla Tesoreria dello Stato nel sottoporre a critica la ultima legge regionale lombarda che riesce a perseguire un ulteriore privatizzazione della sanità pur contenendo formalmente anche le case di comunità).

A completamento di queste note ricordiamo anche, nel percorso che ha portato alla stesura della riforma sanitaria, l'intervento di “*reindirizzamento*” che Medicina Democratica ha dato in un significativo intervento in questa rivista (n. 6 del giugno 1977 “*Riforma sanitaria : una proposta di riflessione e di dibattito*”) disponibile sul nostro sito <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=1229>

Le cure primarie e il legame tra specialità e il MMG. Cosa prevede il PNRR?

di Maurizio BARDI*

Sono un Medico di Medicina Generale (MMG) che lavora a Milano città, all'interno di una medicina di gruppo strutturata con personale amministrativo e infermieristico. Il mio intervento nasce quindi dalla mia esperienza di lavoro e di vita ed è, ovviamente, un punto di vista personale e parziale, che spero possa comunque contribuire allo sviluppo di un ragionamento ampio sulle persone anziane, sui loro bisogni e sulle risposte che il SSN dovrebbe loro dare. Questo in un contesto preciso che è quello della Regione Lombardia e di un'area metropolitana, che quindi può differire e anche di molto da altri contesti differenti.

Per dare una risposta ai bisogni, questi bisogni vanno prima di tutto conosciuti e riconosciuti. Per fare questo è necessario avere una relazione. Ma anche le relazioni, che sono comunque rapporti tra due persone, richiedono, da parte di entrambi gli attori in gioco, disponibilità, comprensione, capacità di immedesimazione e tante altre cose e richiedono soprattutto tempo.

Da questo punto di vista il MMG gode sicuramente di un ruolo privilegiato, conosce i problemi di salute dei propri assistiti ma, dopo un certo tempo, finisce per conoscere il contesto sociale, familiare, lavorativo in cui le persone vivono. In un po' di anni di lavoro si finisce per prendere parte a un certo numero di eventi, malattie, decessi ma anche nascite, matrimoni, separazioni, carriere scolastiche e lavorative, gioie e difficoltà di persone che, messe tutte insieme, offrono uno spaccato di società assolutamente straordinario.

Il MMG ha la possibilità di entrare nelle

case, vedere come la gente vive, farsi un'idea dello stato e del contesto sociale e familiare, delle competenze, delle aspettative, e, soprattutto, di come queste variabili si vadano modificando nel tempo.

Se quindi da un lato il MMG ha, o dovrebbe avere, tutti gli strumenti per cogliere i bisogni delle persone anziane o fragili, la sua capacità di dare una risposta a questi bisogni dipende soprattutto dal contesto in cui si trova ad operare e dai servizi sociosanitari presenti sul territorio e con i quali può interagire.

Da questo punto di vista è "esemplare" l'esperienza della regione Lombardia che ha fatto terra bruciata di quasi tutto quello che era presente a livello di servizi territoriali salvando, attraverso il sistema dei voucher e delle cooperative, solo alcuni servizi infermieristici domiciliari e qualche rimasuglio di assistenza domestica alle fasce debolissime della popolazione. E' sparita non solo la capacità di programmare gli interventi ma anche l'idea stessa del prendersi cura delle fasce più deboli e bisognose della società.

Da dove ripartire? Prima di tutto serve una comprensione del contesto.

Oggi è in atto una tendenza a medicalizzare tutti i bisogni concentrandosi soprattutto sugli aspetti sanitari e al loro interno solo su alcuni, trascurando una visione più ampia che sappia tenere conto del contesto socio familiare. A parità di patologia può essere molto diversa la capacità di gestione che i soggetti riescono a esprimere.

A tal proposito vorrei che si facesse opportuna differenza tra cronicità e fragilità, perchè sono due categorie ben distinte che richiedono approccio e attenzione diversi.

**Medico di Medicina Generale, Medicina Democratica, Milano.*

Vorrei provare, a titolo assolutamente indicativo, a fare solo due esempi riguardo quella che potrebbe essere la gestione dei bisogni in contesti differenti.

Persone con patologie croniche ma non in una situazione di particolare fragilità:

in questi casi la gestione è prevalentemente clinica e consta di periodici controlli presso lo studio del MMG e di accertamenti di routine a seconda della patologia, programmabili anche a tempi medio lunghi e che quindi non dovrebbero creare difficoltà. Quello che può risultare problematico è la gestione di eventuali riacutizzazioni delle patologie che possono richiedere visite specialistiche o esami complessi in tempi brevi.

Se prima della comparsa del Covid era possibile, pur tra mille difficoltà, ottenere queste prestazioni secondo la tempistica indicata sulla ricetta (U B D P) l'avvento della pandemia ha fatto saltare il banco e le strutture molto spesso si sentono legittimate a non rispettare i tempi. Il consiglio che bisogna dare di fronte all'impossibilità di ottenere una prestazione è di rivolgersi all'URP della struttura e pretendere una nota scritta che attesti il rifiuto a ottemperare alle richieste.

Persone che hanno patologie croniche in condizioni di fragilità e che vanno quindi seguiti al domicilio:

anche in questo caso la gestione dell'ordinario può rimanere in capo al MMG coadiuvato da un infermiere di riferimento (o dello studio o di ATS) che si alternino nelle visite domiciliari e si occupino, ognuno per le proprie competenze della salute dell'assistito. A maggior ragione in questo gruppo di persone è praticamente impossibile la gestione delle riacutizzazioni o l'insorgenza di nuove patologie che richiedano una gestione multidisciplinare. Specialisti che vanno al domicilio non sono previsti e men che meno la possibilità di avere al domicilio qualche esame un po' più complesso (es. ecografie o radiografie) o la possibilità per esempio di iniziare una fornitura non estemporanea di ossigeno che richiede prescrizione ospedaliera fatta da medici che dall'ospedale non escono.

Funziona abbastanza bene la fornitura di

presidi per incontinenza e anche degli eventuali ausili di base (letti, carrozzine, sollevatori, materassi antidecubito, ecc.), rimane pressoché impossibile poter avere con tempistica e frequenza utile dei riabilitatori al domicilio, si tratti di fisioterapisti, logopedisti o altro.

Quindi in questi casi ancora una volta quello che fa la differenza sono il reddito e la capacità del paziente o di persona a lui vicina di prendersi cura.

A questo proposito siamo abituati, nelle situazioni di maggior fragilità, ad avere a che fare con un *caregiver*, che quasi sempre è uno stretto familiare. Dovremmo forse pensare al *caregiver* come ad una figura, appositamente formata e professionalmente preparata, che lavori all'interno di un servizio pubblico, che possa prendere in gestione coloro che non hanno nessuna persona di riferimento o subentrare a familiari, pur presenti o competenti, laddove il carico di lavoro diventi ingestibile per mille motivi.

Naturalmente tra questi due esempi citati si colloca un mondo con bisogni e risorse differenti.

Ho volutamente tralasciato gli aspetti più prettamente assistenziali e sociali perché altri se ne occuperanno con maggior cognizione in questo numero.

Oggi ormai tutti o quasi sanno come prevenire le malattie croniche degenerative e questo aspetto è anche troppo enfatizzato mentre vengono trascurati gli aspetti sociali che sono alla base dell'aspettativa di vita e della sua qualità. Naturalmente questi per essere affrontati richiedono un ripensamento globale della società in cui viviamo e investimenti, a partire dall'istruzione e da tutti quei fattori in grado di creare reali pari opportunità per tutti. E' molto più facile occuparsi di alimentazione, fumo, attività fisica che non di una trasformazione dello Stato sociale.

Concludendo, per rispondere ai bisogni delle persone più fragili serve una volontà politica e la capacità di immaginare e realizzare, se non proprio un altro modello sociale, non osiamo sperare tanto, almeno dei servizi pubblici diffusi capillarmente sul territorio, che, attraverso adeguati finanziamenti e organizzazione del lavoro,

sappiano praticare una medicina e un'assistenza di qualità.

E' in questa direzione che sta andando la riflessione politica? Direi di no.

All'interno del PNRR gli investimenti in assunzioni di personale sono inesistenti, la medicina che sembra prevalere in un futuro vicino è quella in cui la tecnologia

andrà a scapito delle relazioni e delle conoscenze. Per rimanere alla medicina generale si sta delineando la figura di un MMG che dovrà seguire 1.800/2.000 assistiti, asserragliato nel proprio studio, con mille incombenze burocratiche, che seguirà i pazienti col cannocchiale e qualche aggeggio di telemedicina.



Sindemia e salute psicologica - cura e società - “oltre”

di Emanuela BAVAZZANO*

“Leggere Covid-19 in termini di Sindemia significa comprendere l’insieme di problemi di salute, ambientali, sociali ed economici, che la malattia produce nella interazione non solo con altre morbosità, bensì anche con fenomeni complessi (multidimensionalità bio-psico-sociale); significa leggere le pesanti ripercussioni che ha avuto ed ha soprattutto nella popolazione svantaggiata, considerate le componenti di sistema, e chiedersi quali azioni di prevenzione mettere in campo, attraverso politiche socio-sanitarie territoriali” (E. Bavazzano et al., 2022). Attraverso la Sindemia, la Società si interroga anche sulle conseguenze psicologiche pervasive, rispetto alle quali promuovere una idea di “Cura” che non sia solo una “questione da risolvere con un buon welfare”, ma divenga un “paradigma di interesse generale” (L. Melandri, 2022), e, prima ancora, che non sia una patologizzazione riduttivista di sintomi, conseguenze di una malattia del corpo fisico, ma orienti verso una riflessione sulla complessità, che comprende risposte individuali e di sistema. Covid-19 può offrire una “opportunità traumatica ma cogente di consapevolezza”, una “occasione di maturazione politica senza precedenti”, nel riportare l’attenzione sul diritto alla salute, che deve essere garantito a tutte e a tutti, e sulla responsabilità pubblica (N. Dentico, E. Missoni, 2021).

È necessario quindi comprendere l’impatto della malattia anche nei termini di Salute psicologica; la Sindemia da Covid-19 infatti impatta sulle insicurezze e sulle fragilità individuali e collettive, dimostra quanto “vulnerabili e fragili possano essere i nostri stessi sistemi sociali di conviven-

za e quanto spesso inadeguate possano essere le nostre conoscenze e risposte scientifiche, tecniche ed, in senso più ampio, socio-comunitarie” (D. Iozzelli et al., 2020). In una visione del “caring” che considera inscindibili la cura del corpo e la cura della mente, la “competenza dialogica”, propria dell’intervento psicologico, assume un valore centrale, perché è il dialogo che dà inizio alla cura e che accompagna il processo di guarigione, laddove si leggano i sintomi in risposta a Covid-19 quali fenomeni davanti ai quali procedere verso una possibile *restitutio ad integrum*, che non neghi e, attraversandoli, superi quei vissuti che, potenzialmente, potrebbero, incistandosi, creare malattia. Si tratta di essere capaci di pronunciare parole, che aiutino a “ristrutturare l’orizzonte simbolico”, all’interno di una “relazione dialogica” che, rispettando il tempo della trasformazione individuale, nello spazio di un’interazione, faciliti il recupero delle proprie risorse interne (L. Mortari, 2021). Nella lettura del rapporto tra Sindemia e Salute psicologica, che ne rispetti la natura complessa (ovvero la multi-fattorialità bio-psico-sociale, sottesa al rapporto medesimo), le review di ricerca recente sottolineano l’importanza di promuovere “approcci transdisciplinari” in una “planetary health perspective”, che consideri la “health crisis” “sfida sociale, economica, ambientale e politica” (R. Barouki et al., 2021). Si tratta di re-immaginare un “nuovo modello di welfare socio-sanitario espansivo”, che realmente garantisca l’espressione di una “gestione partecipata, democratica, comune”, che sia capace di “ri-politicizzare” il terreno della produzione di salute, nelle

*Psicologa -
Psicoterapeuta
ASL -
Medicina
Democratica
Firenze

sue diverse componenti, promuovendo un'idea di cura, che significhi prendersi cura delle persone che soffrono ed anche *"avere cura delle relazioni, del mondo"* (C. Giorgi, 2022).

Ri-definire un'idea politica di Cura significa promuovere un'idea di Società, che si impegni ad assicurare standard di giustizia per tutti e per tutte, analizzando i fenomeni complessi emergenti, attraverso sguardi che sappiano scorgere, oltre i propri orizzonti individuali, quelle prassi collettive utili a risponde a *"le forme di disuguaglianza, le ineguali forme di opportunità, le forme di violenza, le negazioni di tutela per i più deboli"*. Se infatti si ritiene che la Salute sia *"un bene comune"* e concretamente si voglia procedere nelle direzioni che, dall'Utopia alla Realtà, intendano garantirlo, le soluzioni non possono essere *"individuali e soggettive"*, riduttiviste e di controllo sociale, ma *"comunitarie e definite da un concetto di reciprocità"*, togliendo la Cura della Salute da una gestione aziendalistica della Sanità, per potenziare la soggettività sociale e la partecipazione, che coinvolge la Società, perché la Salute è un bene comune da co-costruire (F. Giacalone, 2021).

"Oltre": Oltre esiste un mondo in cui si possa essere liberi di entrare ed uscire dalle fasi del lutto, come quando si uscirà dal trauma collettivo, che Covid-19 ha pervasivamente determinato, senza preoccuparsi (ovvero senza essere attraversati da un pregiudizio collettivo, spesso legittimato anche dalle persone definite *"esperte"*, che suggeriscono una lettura che psico-patologizza i vissuti) di portare fuori la tristezza, la paura, il disorientamento, lasciandosi contaminare, senza il timore del contagio psichico, perché, anche quando dal virus sia stato e sia necessario ancora proteggersi, nell'Oltre è fondamentale aprirsi, riconoscersi tutte e tutti nell'oscillare di emo-

zioni miste a ricordi, soprattutto in chi abbia vissuto l'angoscia di morte, nell'ospedalizzazione in terapia intensiva, o abbia sentito vicino il morire dei propri familiari. Esistono i segni lasciati in eredità, i libri, i racconti, che alcune persone hanno scritto, per trasformare, attraverso le parole, i vissuti individuali, resi così collettivi nell'opportunità di rispecchiamenti condivisi: esempi, testimonianze di una co-costruzione di Salute psicologica che, senza tornare al passato – prima di Covid-19, recuperi il senso di quel condividere che è assunzione di responsabilità che tutte e tutti coinvolge.

Riferimenti bibliografici:

- Barouki R. et al. *The COVID-19 pandemic and global environmental change: Emerging research needs*. Environment International, Volume 146 – January 2021.
- Bavazzano E. et al. *"Sindemia, conseguenze globali tra componenti sanitarie e componenti sociali"*. <http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/> 10 Gennaio 2022.
- Denticò N., Missoni E. *Geopolitica della salute. Covid-19, OMS e la sfida pandemica*. Rubbettino Editore, 2021.
- Giacalone F. *L'etica della cura al tempo del Covid. Una riflessione sul welfare e sulle disuguaglianze di genere*. EtnoAntropologia. Volum 9 (1) – 2021.
- Giorgi C. *Il corpo, tra realtà e strategia economica. Donzelli pubblica una raccolta di testi del filosofo su medicina e biopolitica*. Il Manifesto, 18 Gennaio 2022.
- Iozzelli D. et al. *Covid-19, salute mentale e ruolo dei Servizi: una review sull'impatto della pandemia*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Volume 20 – 3 Giugno 2020.
- Melandri L. *Dilatare il significato di cura*. <https://comune-info.net/> 30 Gennaio 2022.
- Mortari L. *La cura nel tempo del "covid"*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici. Volume 22 – 25 Marzo 2021.



Fragilità, cronicità e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

di Laura VALSECCHI*

Per le persone anziane, malate croniche e non autosufficienti, il diritto alle cure sanitarie è inviolabile ed è doveroso garantire tutte le risposte ai loro bisogni, attraverso una ben definita organizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari, sia a livello territoriale che ospedaliero, che si basa sul lavoro in equipe multiprofessionale.

Le persone anziane sono persone con pluripatologie. E' normale che le patologie avanzano con l'età e vanno ad intaccare la capacità di autonomia e di vita indipendente. Per questo è indispensabile una organizzazione multiprofessionale territoriale, in capo al Medico di Medicina Generale, in grado sia di fare prevenzione, di curare e di garantire le risposte necessarie ai bisogni sanitari e sociali di tutte le persone.

Va riorganizzata una Medicina del Territorio, una Medicina di prossimità con personale sanitario, risorse adeguate e una gestione centralizzata in capo al Servizio Sanitario nazionale.

Da anni Medicina Democratica denuncia la mancanza di una corretta e completa presa in carico delle persone anziane non autosufficienti sia quando necessitano di cure a domicilio, sia quando sono ricoverate nelle strutture sanitarie ospedaliere e nelle RSA.

Nel territorio sono venuti a mancare servizi di igiene pubblica, di prevenzione che potevano svolgere un ruolo fondamentale nell'individuazione dei bisogni sanitari, sociali, di assistenza e di integrazione.

La risposta assistenziale è talmente scarsa da sempre (servizio Assistenza Domiciliare Integrata, da anni in mano a numerose Cooperative con poco personale, poco formato e con continuo turn over), in genere si tratta di poche ore alla settimana, e quindi le

persone anziane e i loro familiari sono costretti a sostenere sia materialmente che economicamente le cure e i bisogni assistenziali della persona anziana non autosufficiente (assunzione di caregiver o caregiver familiare che lascia le proprie attività, ricovero a pagamento nelle strutture per gli anziani, ovvero nelle RSA, strutture per lo più private-accreditate).

Per non parlare della scarsità degli interventi riabilitativi domiciliari, sempre dipendenti dalle Cooperative per la maggior parte, con pochissimo personale fisioterapico.

La pandemia ha portato alla luce la mancanza di cure domiciliari adeguate, ma già prima della pandemia le persone anziane e i loro familiari si trovavano da soli ad affrontare le carenze sanitarie: le dimissioni selvagge dagli ospedali, la mancanza di una vera presa in carico con garanzia di continuità delle cure necessarie, provvedendo quando indispensabile al trasferimento in strutture adeguate; invece è prassi che si pretenda dai familiari che si occupino dell'avvio dell'invalidità, dell'individuazione di strutture o di personale di assistenza (badanti, caregiver a pagamento) se al domicilio, la richiesta ai familiari di occuparsene pur non avendo questi la formazione e le capacità di gestione di tutte le problematiche, l'abbandono e il ricatto continuo e le spese da affrontare (rette delle strutture, badanti, terapie farmacologiche, ausili, ecc.).

Le dimissioni protette sono solo sulla carta, a partire dalle indicazioni del Piano di Indirizzo del febbraio 2011 e delle Linee di Indirizzo per i percorsi appropriati in riabilitazione del 2019.

A questa situazione si è aggiunto l'arrivo del

*Medicina
Democratica,
sezione di Milano

Covid 19 che ha potuto fare la strage che c'è stata proprio per una serie di fattori gravissimi: la mancanza di un piano pandemico, la mancanza dei dispositivi di protezione per i medici nel territorio, per gli operatori e per i familiari nelle strutture, l'obbligo al non utilizzo dei mezzi di protezione dato agli operatori "per non spaventare le persone anziane", le ritorsioni fatte al personale dipendente, lo scarso personale e quello che si ammalava, e così via fino alle gravissime decisioni come nel caso della Delibera della Regione Lombardia che inviava i pazienti ancora malati di Covid, dimessi dagli ospedali, nelle RSA con le conseguenze note a tutti e con anche l'impossibilità di curare queste persone anziane negli ospedali perché vi era il divieto di trasferirli nelle strutture sanitarie.

Nella primavera 2020, nel periodo più tragico della pandemia da Covid 19, Medicina Democratica insieme alla Campagna Dico 32 lanciarono la necessità di creare dei gruppi in difesa delle gravi situazioni che si erano create. Viene costituito un gruppo di lavoro nazionale sul tema degli anziani non autosufficienti (v. Medicina Democratica n. 244-246) e si coinvolgono i diversi Comitati dei Familiari delle Vittime delle RSA, a partire dal Comitato del Trivulzio, al Comitato Anchise e via via molti altri, oltre ad Associazioni impegnate storicamente nella battaglia per i diritti alle cure sanitarie delle persone anziane come la Fondazione Promozione Sociale di Torino. Questo gruppo va a costituire il Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Sanità delle persone anziane, malate, non autosufficienti (CDSA). Al suo interno vi sono anche rappresentanze sindacali e alcuni operatori delle strutture sanitarie.

Il Coordinamento affronta sia quanto è successo durante la pandemia, ma anche tutte le problematiche preesistenti, le approfondisce e arriva a formulare una vera e propria piattaforma da discutere sia a livello delle Regioni sia a livello nazionale.

Il Documento dal titolo "*PER IL DIRITTO ALLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA, AFFETTIVA E RELAZIONALE DEGLI ANZIANI, DELLE PERSONE CON DISABILITÀ E IN GENERALE DI TUTTE LE PER-*

SONE MALATE NON AUTOSUFFICIENTI" (1) in sintesi chiede:

- che gli anziani residenti nelle strutture non siano più privati della continuità affettiva e relazionale con i propri familiari, riconosciuta ormai come parte integrante e fondamentale del percorso di cura alla persona;
- di avviare un programma generale di prevenzione territoriale, con particolare attenzione alle persone malate croniche non autosufficienti, comprese quelle con demenza o malattia di Alzheimer;
- di agire affinché gli ospedali non possano dimettere senza aver predisposto la continuità delle cure sanitarie (riabilitazione, lungodegenza) e attivato le prestazioni domiciliari, semiresidenziali o residenziali;
- di assicurare il potenziamento dei servizi sanitari territoriali e il diritto alle prestazioni sanitarie domiciliari di lungo termine (LTC) quali: l'ospedalizzazione a domicilio e l'ADI (Assistenza domiciliare integrata);
- di prevedere Co-Housing o comunità familiari per promuovere la convivenza di persone anziane ancora autosufficienti o con limitata autonomia, ancora gestibili al domicilio con prestazioni domiciliari assicurate da parte dell'ASL;
- che i Comitati dei Familiari siano dotati di un proprio regolamento, riconosciuto mediante atto deliberativo dalle Aziende Sanitarie territoriali e dalle direzioni delle RSA;
- di rivedere e definire in modo esaustivo i principali requisiti per un corretto funzionamento delle RSA e RSD; requisiti che devono tenere in considerazione le modalità organizzative, strutturali e prestazionali. E soprattutto nel documento del CDSA si rivendica che:

1. le cure sanitarie per le persone anziane, malate e non autosufficienti devono essere in capo al Servizio Sanitario Nazionale, come era previsto dalla L.833/78 che prevedeva e prevede cure gratuite, universalistiche per tutta la popolazione, con il coinvolgimento e la partecipazione organizzata dei cittadini;

2. la Sanità deve essere centralizzata e Nazionale, non suddivisa in 21 sistemi e tutte le Regioni devono avere gli stessi requisiti per la realizzazione dei servizi territoria-

li e di ricovero;

3. si promuova un piano di assunzioni del personale, prevedendo le diverse figure professionali e la loro adeguata formazione.

Per quanto riguarda quest'ultimo punto l'indagine condotta da Amnesty International (2) evidenzia la difficilissima condizione in cui si trovano gli operatori sanitari (infermieri e operatori socio sanitari in primis) che nella maggior parte delle situazioni hanno contratti con le Cooperative o nel privato con formule e meccanismi diversi dalla contrattazione nel pubblico. Non a caso questo personale se può cerca di trasferirsi nel pubblico dove ha maggiori garanzie.

L'assistenza domiciliare integrata viene data in gestione alle Cooperative, l'80 % delle strutture sanitarie di ricovero (RSA, RSD, CRA) sono strutture private, per la maggior parte accreditate al servizio sanitario e profit per profit un 20% circa. Questo a livello nazionale.

In ognuna di queste situazioni l'anello più debole è proprio quello del personale, ovvero è quello dove non si investe per nulla, per cui abbiamo l'assistenza a domicilio scoperta perché è programmata per poche ore alla settimana, mentre nelle strutture di ricovero la maggior parte degli operatori è rappresentato dall'operatore socio sanitario insieme ad un numero ristretto di infermieri. Spesso succede che l'operatore socio sanitario debba seguire 30-40 anziani non autosufficienti (anche di più in alcune strutture) per i quali devono essere garantite tutte le attività quotidiane (igiene, vestizione, disallettamenti, alimentazione, terapie, supporto alla persona...).

C'è bisogno di un cambiamento culturale e organizzativo, c'è bisogno di avere un team di professionisti formato adeguatamente, in grado di lavorare in equipe per garantire tutto il processo di presa in carico, dalla valutazione multifunzionale alla definizione degli obiettivi.

Gli operatori sanitari che dovrebbero far parte di team multiprofessionali sia nel territorio che nelle strutture di ricovero sono: i medici di medicina generale e i geriatri, gli infermieri, gli operatori socio sanitari, i fisioterapisti, i logopedisti, i terapisti occupazionali, gli educatori e gli animatori. In questi

team devono essere previsti anche gli assistenti sociali, gli psicologi e i rappresentanti dei comitati dei familiari con le associazioni di riferimento.

Le politiche di Long Term Care si configurano come un complesso di politiche che hanno l'obiettivo di contribuire al benessere della persona con bisogni assistenziali e limitare il rischio di cure sanitarie inappropriate.

In Italia le politiche per l'assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti non sono una componente del welfare, ma dipendono da diversi attori istituzionali:

1. Regioni e ATS/ASL/USSL intervengono per la parte sanitaria.

2. Comuni e Ambiti Sociali Territoriali per la componente socio-assistenziale.

Le prime con prestazioni (Livelli essenziali di assistenza - LEA 2017) garantite dal Servizio Sanitario, le seconde a carico delle persone anziane e dei loro familiari, a seconda dell'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente).

Oggi, oltre a tutte le normative, i DPCM, i Piani Socio Sanitari nazionali e regionali, si inserisce anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che al suo interno propone una serie di punti riguardanti le cure sanitarie e socio-sanitarie della popolazione ed anche delle persone anziane e non autosufficienti.

All'interno del PNRR non si parla di persone anziane e non si entra nel merito dei loro bisogni sanitari, si punta sull'importanza di garantire le cure a domicilio, implementando l'assistenza domiciliare integrata e riorganizzando una serie di servizi socio-sanitari nel territorio.

In particolare nella Missione 5 (Inclusione e Coesione) e nella Missione 6 (Salute) vi sono indicazioni di cambiamento della Medicina territoriale in parte discutibili, ma da affrontare cercando di favorire una applicazione che consenta un reale miglioramento della situazione attuale.

PNRR – MISSIONE 5

Questa componente valorizza la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie, urbanistiche, abitative, dei servizi per l'infanzia, per gli anziani, per i soggetti più vulnerabili,

così come quelle della formazione, del lavoro, del sostegno alle famiglie, della sicurezza, della multiculturalità, dell'equità tra i generi..... ...Specifiche linee d'intervento sono dedicate alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti. Esse prevedono un rilevante investimento infrastrutturale, finalizzato alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative che permettano di conseguire e mantenere la massima autonomia, con la garanzia di servizi accessori, in particolare legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella componente 6 Salute (in particolare il progetto Riforma dei servizi sanitari di prossimità e il progetto Investimento Casa come primo luogo di cura).....per prevenire l'istituzionalizzazione.. (Cfr. Tabella 1)

In questa parte si parla di migliorare gli interventi sociali al fine di prevenire l'istituzionalizzazione attraverso la semplificazione di percorsi di accesso alle prestazioni, di migliorare la presa in carico multidimensionale, mediante un rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità. Si investono 300 milioni per finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato.

Gli ambiti territoriali potranno anche pro-

porre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In un caso e nell'altro, l'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione sociosanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona. Tale linea di attività è da considerare strettamente integrata ai progetti proposti nel capitolo sanitario del PNRR, in particolare alla riforma dei servizi sanitari di prossimità e all'investimento casa come primo luogo di cura – assistenza domiciliare previsti nella Missione 6 - Componente 1.

Sicuramente è condivisibile l'approccio che migliora la presenza dei servizi sanitari e sociali che intervengono a domicilio, creando anche delle condizioni comunitarie e di co-housing. E sono degli obiettivi importanti da perseguire e raggiungere, unitamente ad una più facile e gratuita presa in carico territoriale e/o nei servizi diurni che hanno il compito di supportare la famiglia, stimolare la persona anziana con diverse attività individuate a seconda delle capacità motorie e cognitive di ogni persona.

Tabella 1

Missione 5	
Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale (M5C2 parte 1)	1,45 mld
Intervento 1.1	
Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	0,50 mld
Intervento 1.2	
Percorsi di autonomia per persone con disabilità	0,50 mld
Intervento 1.3	
Housing temporaneo e stazioni di posta	0,45 mld
Riforma 1.1	
Legge quadro per la disabilità	-
Riforma 1.2	
Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti	-

Non si può però parlare di riconversione delle RSA e delle case di riposo in gruppi di appartamenti, perché le strutture sanitarie di ricovero (RSA, case di riposo o altri reparti dedicati agli anziani) sono spesso necessarie sia per le gravi condizioni cliniche sia per difficoltà del nucleo familiare. Si deve parlare sia di strutture sanitarie di ricovero che di Co-housing.

Sulle RSA il PNRR non si esprime, non entra nel merito, mentre è indispensabile che si modifichi radicalmente la logica di queste strutture che devono essere strutture sanitarie in capo al servizio sanitario nazionale e, come tali, devono rispondere ad una serie di requisiti organizzativi, strutturali e di personale comuni a tutte le strutture sanitarie.

Per quanto riguarda la Missione 6, si trovano indicazioni di riorganizzazione della Medicina del territorio con l'attivazione delle Case di Comunità, un incremento dell'assistenza domiciliare integrata e con l'utilizzo della telemedicina:

MISSIONE 6 - SALUTE

La missione si articola in due componenti:

• *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.*

• *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale. (Cfr. Tabella 2)*

Tabella 2.

	Missione 6 Salute	15,63 Mld
M6C1	Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale	7,00 Mld di cui :
	Riforma 1: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio	
	Investimento 1: Case della Comunità e presa in carico della persona	2,00
	Investimento 2: Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4,00
	Investimento 3: Sviluppo delle cure intermedie	1,00
M6C2	Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale	8,63 di cui :
	Riforma 1: Riorganizzazione della rete degli IRCSS	-
	Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	4,05
	Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile	1,64
	Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1,67
	Formazione, ricerca scientifica e trasferimenti tecnologici	1,26

Sono lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi, con all'interno il Punto Unico di Accesso.

Prevedono un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e vi possono essere anche gli assistenti sociali.

Deve esservi una struttura informatica, un punto prelievi, della strumentazione polispecialistica.

Devono essere realizzate 1.288 Case della Comunità sul territorio nazionale, entro la metà del 2026.

La proposta delle Case della Comunità ripristina le Case della Salute che dovevano già essere presenti su tutto il territorio nazionale e che in alcune regioni sono state effettivamente costituite con anche dei discreti risultati. E' sicuramente un percorso da perseguire cercando di ridare vita ai Distretti Socio-sanitari e organizzando veramente una presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare con una valutazione globale della persona, del suo ambiente, della sua famiglia e attivando personale e risorse finalizzati sia alla prevenzione di ulteriori complicanze, alla cura e alla riabilitazione, senza dimenticare gli aspetti umani e di socializzazione. Devono essere inserite nel servizio sanitario nazionale e gestite dal servizio sanitario regionale, senza prevedere appalti a Cooperative o Terzo Settore.

CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA, ASSISTENZA DOMICILIARE E TELEMEDICINA

Entro il 2026 è prevista la presa in carico del 10 % della popolazione sopra ai 65 anni, con patologie croniche e non autosufficienti.

Introduzione della telemedicina, della domotica e della digitalizzazione per favorire la presa in carico, attraverso l'attivazione di protocolli di monitoraggio da remoto e con finanziamenti di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni per attuare: tele-assistenza, tele-controllo, tele-monitoraggio, tele-refertazione con incremento del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Devono essere attivati 602 Centri Operativi Territoriali (COT), uno in ogni distretto, per coordinare i servizi domiciliari con i servizi sanitari.

Questo punto è molto critico, perché oltre a mantenere la logica della assistenza domiciliare integrata che si basa sulle ore di assistenza e non su di un progetto globale di tutti i bisogni della persona, mantiene l'utilizzo dei servizi in campo ora, ovvero quelli in carico alle Cooperative con poco personale e poche ore da distribuire nella settimana.



Oltre a questo si pianifica l'utilizzo della tele-medicina in tutte le sue forme: tele-assistenza, tele-monitoraggio, tele-refertazione, tele-controllo.

Sicuramente l'utilizzo della tecnologia per la raccolta dati, per le refertazioni, per le diverse procedure (ad es. la fornitura degli ausili) può agevolare sia la trasmissione dei certificati, delle richieste ed anche l'archiviazione clinica dei pazienti, ma non deve sostituire la cura e la presenza degli operatori professionali sia medici che infermieri e altri nello svolgimento delle loro attività a contatto con la persona e i suoi familiari.

SVILUPPO DELLE CURE INTERMEDIE

Attivazione degli Ospedali di Comunità, ovvero di strutture sanitarie territoriali a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

Si tratta normalmente di strutture di 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica.

Sono previste 381 ospedali di Comunità entro il 2026.

Attivare degli Ospedali di Comunità per ricoveri brevi, per interventi di bassa intensità clinica, a gestione infermieristica è l'esatto contrario di quello di cui si ha bisogno. Non servono ricoveri di sollievo, ma ricoveri di cura e questi possono solo avvenire in strutture sanitarie adeguate, come lo erano i reparti di geriatria, dove il personale sanitario e sociale si formava per seguire tutti gli aspetti clinici e riabilitativi delle persone anziane malate e non autosufficienti e dove si avviava una presa in carico con una continuità territoriale, riabilitativa o di lungodegenza.

E' importante quindi che si riveda l'assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari, definendo:

- l'attivazione delle Case di Comunità;
- l'assunzione di personale sanitario e sociale che vada a comporre l'equipe territoriale per una completa presa in carico (MMG, geriatra, infermiere, OSS, FT, TO, Logo, in integrazione con i servizi sociali (assistente sociale, educatori, ecc.);
- organizzazione di Centri Diurni e Co-housing;
- i reparti sanitari per ricoveri adeguati;
- i requisiti organizzativi, strutturali e di personale delle strutture di ricovero.

Le RSA/CRA/RSD, come già detto e ripetuto all'infinito, devono esserci. Va specificato

che nonostante i desideri e gli obiettivi di ogni individuo siano quelli di essere curati a casa, non sempre questa situazione può avvenire per problemi di patologia, per problemi assistenziali, sociali, familiari e anche di solitudine. Non ci sono più i nuclei familiari numerosi e spesso le persone anziane sono sole.

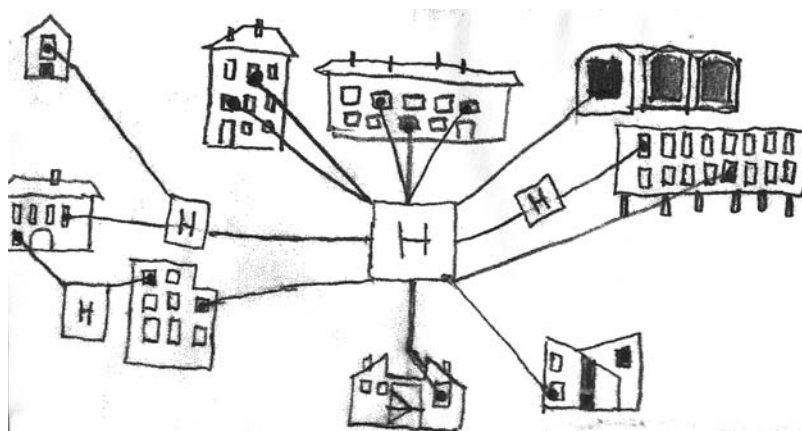
Devono avere questi requisiti:

- essere pubbliche e in capo al Servizio Sanitario Nazionale;
- avere dei numeri di posto letto che non superino le 100 unità;
- dotarsi in modo adeguato di personale sanitario;
- presenza del medico nella struttura;
- formazione del personale (aggiornamento continuo e tirocinanti delle diverse professioni);
- spazi riabilitativi ed educativi;
- spazi socializzanti con educatori e personale specializzato, soprattutto per le gravi demenze e per l'Alzheimer;
- spazi per le Associazioni e per i Comitati dei Familiari.

Note

1) Documento del CDSA, 2021.
<https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=11889>

2) Indagine di Amnesty International, 2021
<https://d21zrvtkxt6ae.cloudfront.net/public/uploads/2020/12/report-rsa-anziani-.pdf>;
<https://d21zrvtkxt6ae.cloudfront.net/public/uploads/2020/12/Messi-a-tacere-e-inascoltati.pdf>



Presentazione del Libro “Bocche inutili - Vecchi e fragili, persone, non Corpi”

a cura dell'autore **Alberto GAINO***

Cominciamo dal titolo che anticipa il senso del libro: all'Archivio di Stato di Siena è conservata una singolare lista che sulla prima pagina reca l'intestazione Bocche Disutili. La lista risale al 1550 quando le truppe di Carlo V e dei Medici strinsero d'assedio le mura della Repubblica di Siena. Dopo otto mesi, in quelle mura si trovavano 24 mila persone e le vettovaglie non bastavano che per sfamarne una parte. Sicché i maggiorenti della città-stato stilavano una lista con i nomi di chi doveva essere espulso da Siena. L'elenco comprende 2200 persone, selezionate fra i vecchi poveri, i bambini orfani, prostitute e stranieri. La storia si ripete e le categorie più fragili o più ai margini della società vengono regolarmente colpite.

Il mio precedente lavoro riguarda i bambini orfani o di famiglie povere che negli anni Sessanta del Novecento – di boom economico segnato tuttavia da ondate migratorie interne massicce e processi sociali complessi - finirono internati in manicomio (nel Torinese, Villa Azzurra di Grugliasco) o in cinquemila istituti medico-pedagogici che spesso erano manicomi a tutti gli effetti. Ora le persone più fragili sono gli anziani: viviamo di più ma con sempre maggiori patologie invalidanti – due terzi degli over 75 ha tre patologie – che rendono necessaria una più efficace politica sanitaria territoriale, di comunità, per consentire un'alternativa al ricovero in Rsa a chi voglia restare a casa propria.

Il PNRR si muove coraggiosamente in questa direzione ma deve fare i conti con 20 diverse organizzazioni sanitarie corrispondenti ad altrettante Regioni. Per una parte

delle quali basterebbe finanziare invece la ripresa del sistema delle Rsa, che già beneficia largamente delle convenzioni pubbliche. Il Covid 19 ha mostrato i limiti del sistema delle Rsa e, senza fare di ogni erba un fascio, è un fatto che il 25 per cento delle vittime del virus sia deceduta in questo genere di strutture impreparate sul piano organizzativo e sanitario ad affrontare emergenze meno impattanti, tanto meno una pandemia come questa, con cui tutti facciamo ancora i conti.

Un impatto così devastante è stato reso possibile anche da un ampio processo di conversione del sistema delle Rsa, governate prevalentemente sino a qualche anno fa da enti pubblici o associazioni no-profit, con il passaggio di molte strutture a grandi gruppi imprenditoriali con migliaia di posti letto e come obiettivo di gestione la riduzione dei costi.

La cartina di tornasole di questo processo è il ricorso sempre più massiccio alla contenzione meccanica in tante strutture per motivi economici: manca personale e non si vogliono acquistare letti con comandi elettrici che consentono di abbassarli sin quasi all'altezza del pavimento. Una parte delle Rsa li ha in dotazione.

Recentemente una anziana di 85 anni è stata soffocata da una cinghia di contenzione nella Rsa Casa Serena di Sanremo affidata in concessione dal Comune alla società privata My Home. La concessione è stata poi revocata.

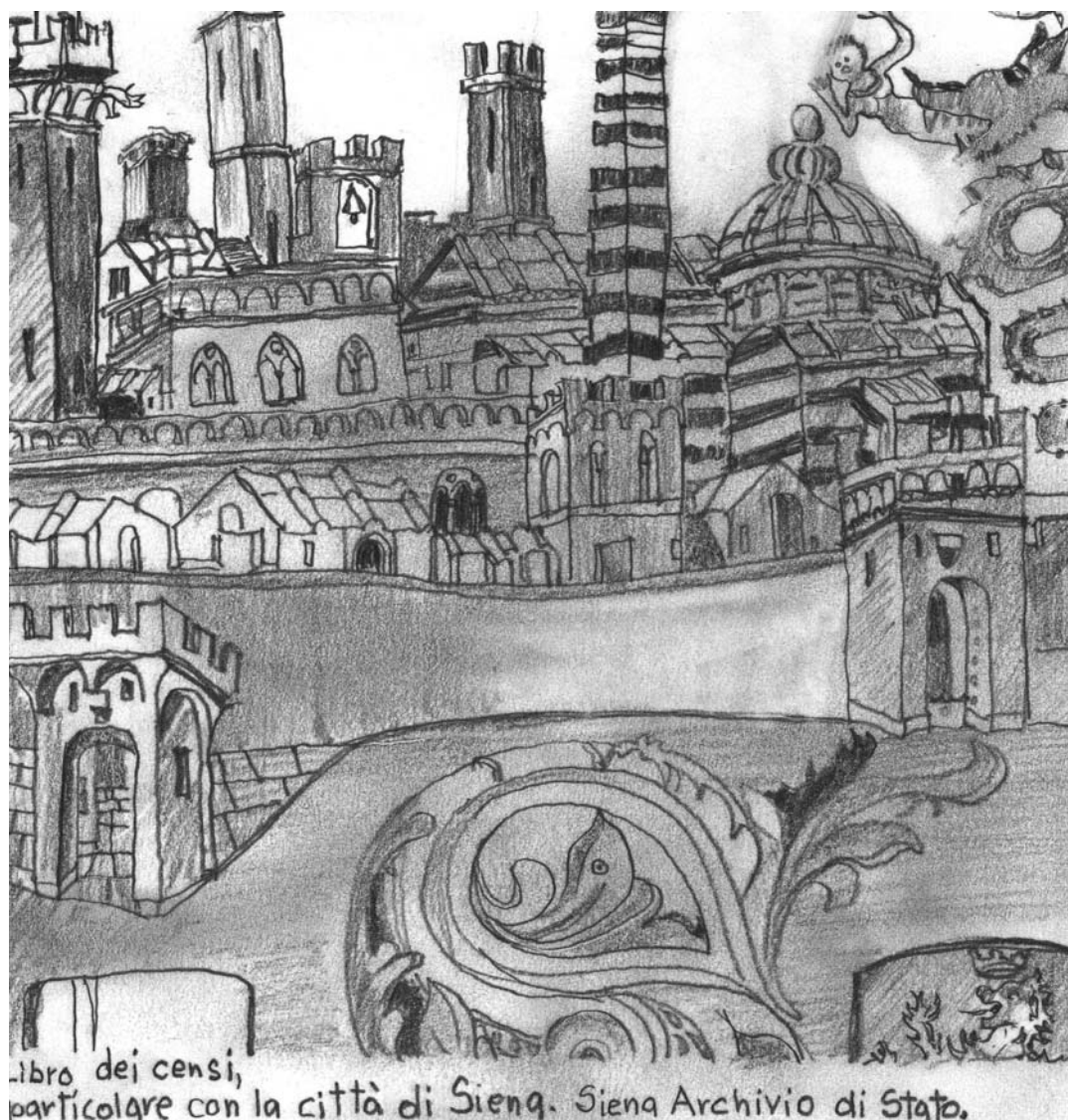
Il libro nasce come cronaca di un fenomeno che ha colpito in modo assolutamente prevalente gli anziani (pregiudizi, politiche sociali e sanitarie, sistema delle Rsa) nel tempo della pandemia, in particolare

** Edizioni
Sensibili alle
Foglie Società
Cooperativa.*

gli anziani non autosufficienti e poveri. Si sviluppa sulla critica ad un sistema finalizzato ad un profitto con investimenti relativi e largamente finanziato dalle Regioni con le convenzioni e i mancati controlli. E si allaccia al tema delle contenzioni nelle residenze psichiatriche come cartina di tornasole di un processo che ha portato in tante realtà ad avvicinare le Rsa a forme di contenimento sociale di vecchi per lo più poveri insieme a persone con disagio mentale ritenuto cronico. Ma, soprattutto, questa realtà riguarda ormai persone affette da demenze. Il libro si chiude con il racconto di esperienze positive e di un piccolo museo di diari personali di persone comuni che rappresenta uno scrigno delle nostre memorie. Un esercizio che Bobbio invitava a fare ritenendo che, senza memoria, siamo

in un certo senso già morti.

Ho pubblicato questo libro con un editore a pagamento – e senz'altro rapporto del dare e avere di carattere commerciale - per la fretta di contribuire al dibattito in tempo di pandemia, e non dopo. E, attraverso gli stimoli delle discussioni critiche, a partire anche dal libro, vorrei arrivare a mettere a punto un secondo testo, più centrato sulla contenzione, insieme all'avvocato Fierro, difensore civico della Regione Piemonte, nominato dalla precedente amministrazione e dimessosi recentemente dopo l'ostile ricevimento da parte dell'attuale giunta di centrodestra di una relazione sullo stato della contenzione meccanica degli ospiti delle Rsa piemontesi ricavato dalle risposte ad un questionario inviato ai responsabili delle strutture.



Vaccini, brevetti e politiche sanitarie nell'epoca del Covid-19

di Vittorio AGNOLETT*

Nel novembre 2020 il Gruppo Promotore Italiano, del quale sono il coordinatore, ha presentato l'iniziativa europea *"Right2cure - Diritto alla Cura. Nessun profitto sulla pandemia: un milione di firme per ottenere vaccini e farmaci per tutti."*

L'iniziativa è stata presentata in contemporanea in numerose città europee, avviando la raccolta di firme in modalità telematica. L'obiettivo era ed è quello di far sì che i vaccini e i trattamenti contro le pandemie diventino un bene pubblico mondiale, liberamente accessibile a tutti.

Questa iniziativa è stata resa possibile grazie all'ICE, Iniziativa dei Cittadini Europei, uno strumento istituzionale dell'Unione Europea, entrato in vigore dal 1° aprile 2012, che dà la possibilità ai cittadini di esprimere con maggior forza la propria opinione.

"DIRITTO ALLA CURA. NESSUN PROFITTO SULLA PANDEMIA": FARMACI E VACCINI PER TUTTI.

I brevetti di vaccini e farmaci, ottenuti con il denaro pubblico e velocemente autorizzati alla produzione e all'uso (con distinguo tra diverse aree geopolitiche), non devono essere privatizzati, ma diventare un bene comune disponibile per la tutela della salute di tutti. Non si può lasciare che siano le multinazionali a determinare il futuro delle persone a livello mondiale, a decidere chi potrà vivere e chi sarà abbandonato al suo destino, perché il suo Paese non è in grado di acquistare vaccini e farmaci ai prezzi imposti dalle aziende farmaceutiche.

Le ingenti cifre necessarie per acquistare i vaccini contribuiscono a mettere ulteriormente in ginocchio anche l'economia europea e rendono impossibile, o comunque

molto difficile, qualunque cura in interi continenti come l'Africa o il Sud America. Queste le principali ragioni della campagna *"Diritto alla cura - Right2cure farmaci e vaccini per tutti"* lanciata il 1° dicembre 2020 in occasione della Giornata Mondiale di Lotta all'AIDS.

Con oltre 534 milioni di casi d'infezione nel mondo e 6,3 milioni di decessi (all'inizio di giugno 2022), la diffusione del virus prosegue, mentre le economie dei Paesi stanno precipitando e ogni giorno aumenta il numero di coloro che sprofondano nella più totale povertà, essendo rimasti senza lavoro e senza alcun sostentamento pubblico. L'OMS stima che il numero di decessi causati dal Covid-19 sia quasi tre volte quello ufficialmente dichiarato.

Non c'è più tempo da perdere perché i vaccini devono essere messi a disposizione di tutti i popoli della Terra, a qualunque latitudine, a costi equi e accessibili; è una questione di giustizia, di umanità, ma è anche una scelta nell'interesse di tutti per evitare il rischio concreto che possano riaprirsi delle *"falle"* e possa riaccendersi la pandemia.

Per questo occorre una svolta decisa: l'obiettivo che ci siamo posti è l'approvazione da parte dell'Assemblea interministeriale dell'Organizzazione Mondiale del Commercio delle proposte avanzate da India e Sudafrica nell'ottobre del 2020, sostenute da oltre 100 Paesi, di una moratoria temporanea dei brevetti sui vaccini, i farmaci e i kit diagnostici relativi al Covid-19 oltre alla socializzazione delle conoscenze scientifiche acquisite; modificando in tal modo gli accordi TRIPS, che prevedono il monopolio per venti anni dei brevetti da parte delle aziende produttrici.

**Medico del lavoro, del direttivo di Medicina Democratica, responsabile scientifico dell'"Osservatorio Salute/Osservatorio Coronavirus", insegna "Globalizzazione e Politiche della Salute" all'Università degli Studi di Milano, autore di "37e2" la trasmissione sulla salute di Radio Popolare, Per maggior informazioni sulla campagna: pagina facebook: <https://www.facebook.com/right2cure.it> sito istituzionale: https://europa.eu/citizens-initiative/initiatives/details/2020/00005_it*

La quasi totalità delle multinazionali farmaceutiche, impegnate a livello mondiale nella ricerca sui vaccini, ha ricevuto considerevoli quantità di denaro pubblico, l'UE ha investito centinaia e centinaia di milioni di euro e gli investimenti pubblici nei vaccini per il Covid, considerando anche i governi extra UE, arrivano a diversi miliardi.

Tuttavia, la segretezza degli accordi commerciali impedisce alla pubblica opinione di conoscere esattamente quanto denaro pubblico è stato versato ai colossi di Big Pharma.

Quei brevetti dovrebbero già essere pubblici e appartenere a tutti coloro che attraverso gli Stati li hanno finanziati, ma paradossalmente il pubblico li deve acquistare, pagandoli praticamente due volte, con un carico sui bilanci della UE e dei singoli Stati, che graveranno in ogni caso sui cittadini.

Per questo è di vitale importanza rivedere le regole del commercio mondiale sui brevetti e grave è stato il rifiuto, opposto, tra gli altri, da UE, USA, Brasile, UK, Svizzera, Singapore alla proposta avanzata da India e Sudafrica di affrontare il tema della moratoria in un'Assemblea della OMC di fine 2020, utilizzando la procedura d'urgenza. Né hanno avuto risultati significativi i successi incontri dell'OMC né ci si aspettano novità dalla riunione generale, l'Assemblea interministeriale, convocata il 12-15 giugno 2022.

Tutti i Paesi Europei, anche se con diversa intensità, sono coinvolti dalla mobilitazione "Diritto alla cura" e centinaia sono le Organizzazioni e Associazioni internazionali che vi partecipano.

Nel Comitato Promotore Italiano (1), così come nel Coordinamento Europeo, sono coinvolte personalità di spicco della scienza medica, della cultura, dell'attivismo sociale per i diritti, quali, Silvio Garattini, Don Luigi Ciotti, il compianto Gino Strada, Maria Bonafede, Raffaella Bolini, Marco Bersani, Monica Di Sisto, Roberto Morea e Riccardo Petrella. Franco Cavalli, svizzero, oncologo, già presidente dell'Unione Internazionale contro il Cancro, partecipa al Comitato italiano come invitato d'onore. Al Comitato italiano hanno aderito oltre 120 organizza-

zioni nazionali, tra le quali tutti i sindacati, dai confederali ai sindacati di base, le associazioni storiche dall'ARCI alle ACLI, da Libera al gruppo Abele e tutte le realtà impegnate nella lotta per il diritto alla salute, da Medicina Democratica al Forum per il Diritto alla Salute fino ad Emergency, solo per citarne alcune. Alla campagna hanno dato l'adesione decine di artisti: cantanti, attori, musicisti...

Impedire la privatizzazione dei brevetti sui vaccini e i farmaci contro il Coronavirus non è una proposta "impossibile"; si chiede "semplicemente" di replicare oggi quanto già fatto con straordinario successo in passato: la terribile poliomielite, che pareva una *damnatio biblica*, è stata sconfitta anche grazie alla infinita umanità del dottor Jonas Salk, che ha collocato il suo vaccino antipolio sul mercato senza alcun brevetto, un bene pubblico mondiale, liberamente accessibile a tutti.

Alla Commissione Europea i promotori della raccolta di firme hanno consegnato un testo il cui obiettivo è chiarissimo: *"Non dovrebbe esserci alcun utile sulle pandemie. Vogliamo un vaccino e un trattamento per tutti, perché di fronte a una pandemia tutti hanno diritto a una cura. Una minaccia collettiva richiede una risposta collettiva. I ricercatori di tutto il mondo stanno sviluppando vaccini e trattamenti, spesso usando ingenti somme di denaro pubblico. I diritti di proprietà intellettuale, come i brevetti, non dovrebbero limitare il rapido accesso a vaccini e trattamenti per tutti. Vogliamo garantire che l'accesso alla diagnostica, alle terapie e ai vaccini correlati a Covid-19 non venga ostacolato da diritti di proprietà intellettuale o da indebite restrizioni. Le grandi aziende farmaceutiche non devono trarre profitto da questa pandemia a scapito della salute delle persone"*.

Nel dicembre 2021, a distanza di un anno dall'avvio della raccolta firme e delle inascoltate richieste di sospensione dei brevetti, è stato predisposto un messaggio di Natale che il Comitato italiano della Campagna Europea Right2cure No Profit on Pandemic ha rivolto alla Commissione e ai governi europei, a Big Pharma e ai potenti della Terra perché facciano l'unica azione

utile per l'umanità in questo momento così cruciale.

Il titolo della lettera era: *"Sospendete i brevetti dei vaccini per la salvezza di noi tutti"*.

Il prof. Silvio Garattini ha più volte ricordato, a chi non è sensibile ai temi della giustizia globale e dei diritti universali, la necessità di sostenere la moratoria se non altro per *"sano egoismo"*; infatti se intere zone del pianeta resteranno senza vaccini, il virus si diffonderà velocemente e moltiplicandosi, si svilupperanno delle nuove varianti che arriveranno anche nel nostro Paese e non sappiamo quanto i vaccini dei quali disporremo in quel momento saranno efficaci.

Ciò nonostante, l'Unione Europea si rifiuta di sostenere la sospensione dei brevetti e dei vaccini, come chiesto a livello planetario da una infinita moltitudine di soggetti, Paesi, statisti, personalità, tra le quali anche Papa Francesco. Ma non è andato tutto bene, come auspicato un anno fa e lo sappiamo sulla nostra pelle: i morti e i malati si sono moltiplicati anche in Occidente e qui, in casa nostra, abbiamo vissuto ore e giorni di angoscia, con tante famiglie in quarantena, gli ospedali e pronto soccorso intasati e i lockdown, con conseguenze pesantissime sotto tutti i profili.

Non è con qualche centinaio di milioni di dosi di vaccino *"regalate"* (Covax), o meglio promesse e arrivate solo parzialmente a destinazione, che si risolve il problema del Sud del Mondo (intesa come categoria economica e non geografica) dove solo il 18% della popolazione ha ricevuto la 1° dose (giugno 2022) mentre nell'emisfero nord-occidentale milioni di persone ne hanno ricevute quattro (2° booster). Anche alcuni economisti certamente non antiliberisti, tra i quali il prof. Tito Boeri e Antonio Spilimbergo del FMI, sono arrivati alla conclusione che rendere disponibili i vaccini per i Paesi poveri, oltre che giusto e fondamentale dal punto di vista sanitario, sia importante dal punto di vista economico: per le nostre economie si tratterebbe di un vero e proprio risparmio, evitando una perdita pari a 4.500 miliardi di dollari a livello mondiale e a 1.000 miliardi di dollari per i Paesi avanzati.

Queste sono le stime del danno globale nel-

l'ipotesi di una nuova variante, stime realizzate dal Fondo Monetario Internazionale prima della comparsa della variante Omicron.

E' assurdo che si corra il rischio di ulteriori gravissime perdite quando per vaccinare il 70% della popolazione mondiale basterebbero 100 miliardi di dollari, calcolati in eccesso sempre secondo il FMI: sappiamo che l'incubo di nuove varianti aleggia come un fantasma annunciato e nasceranno soprattutto là dove le popolazioni sono pressoché totalmente scoperte; non c'è



tempo da perdere.

7 APRILE 2022, GIORNATA MONDIALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE: FRA GUERRA E NUOVE VARIANTI, IL RISCHIO DI UNA RIPRESA DELLA PANDEMIA

Per la giornata contro la commercializzazione della salute è stato inviato un Appello all'UE, al Parlamento Europeo e all'OMC (WTO) da parte di oltre 30 organizzazioni europee, fra cui il Comitato italiano *"Nessun profitto sulla pandemia."*

Una nuova variante si aggira per l'Europa, altre rischiano di svilupparsi nel sud del mondo: rifiutiamo la falsa mediazione proposta dell'UE.

Unica soluzione: sospensione immediata dei brevetti sui vaccini al WTO di giugno.

Siamo arrivati all'aprile 2022. Un forte richiamo per la sospensione dei brevetti dei vaccini, dei kit diagnostici e dei farmaci per il Covid è stato lanciato in occasione del 7 aprile, Giornata Mondiale per il Diritto alla

Salute: obiettivo è la riunione del WTO, l'Organizzazione Mondiale del Commercio, prevista per giugno, dopo il rinvio dello scorso dicembre: si chiede l'approvazione senza condizioni della sospensione temporanea dei brevetti dei vaccini, dei kit diagnostici e dei farmaci contro il Covid come proposto da India e Sud Africa fin da ottobre 2020.

Una nuova variante Sars-CoV-2, la Xe, si aggira per l'Europa, e altre seguiranno ma ben poco sappiamo di quali altre varianti si stanno già diffondendo nei Paesi più poveri e meno attrezzati, dove il numero dei morti continua a rimanere sconosciuto. Ma anche la tragica guerra in Ucraina, con la grave emergenza che ne consegue, rischia di essere un terreno privilegiato per la ripresa e diffusione della pandemia, ad oggi tutt'altro che debellata.

Nell'appello si è chiesto di non accettare la proposta cosiddetta di compromesso presentata dall'UE oltre che agli USA anche a India e Sudafrica: *"Abbiamo sottoscritto questa lettera- avevo spiegato nel comunicato che accompagnava l'appello- perché il testo dell'UE non solo prevede unicamente la sospensione dei brevetti sui vaccini e non di quelli sulla diagnostica e sui farmaci per il Covid, rinviati a tempi infiniti, ma anche perché non mette in discussione una serie di norme di protezione sui vaccini e medicinali (segreti commerciali, dati scientifici e design industriale) come invece previsto dalla proposta originale di India e Sud Africa."*

A tutto questo si aggiunge l'enorme sconcerto, per quanto emerso dall'inchiesta *"Follow the doses"*, realizzata da ricercatori italiani, francesi, tedeschi, olandesi e nigeriani sulle donazioni dei vaccini da parte dei paesi europei, fra cui l'Italia, alle popolazioni delle aree più svantaggiate.

Il comitato italiano aveva segnalato da tempo questa vergognosa vicenda ed ora ci sono prove sonanti: gran parte dei vaccini che il mondo ricco dona all'Africa sono scaduti o stanno per scadere e quindi sono inutilizzabili e per di più devono essere smaltiti, con pesanti costi aggiuntivi! Ma l'assurdo è che per i contratti capestro stipulati dalla Commissione UE, su mandato dei nostri

Governi, dobbiamo chiedere il permesso a Big Pharma, alle multinazionali dalle quali abbiamo acquistato i vaccini, per fare le donazioni: non solo abbiamo finanziato la ricerca e la produzione, acquistato i vaccini, pagandoli una seconda volta, ma ora non li possiamo neanche donare liberamente ai diseredati della terra!

"La carità e l'elemosina non possono mai sostituire i diritti" ripete spesso don Luigi Ciotti quando i nostri ministri parlano delle donazioni per giustificare il mancato sostegno dell'Italia alle proposte di moratoria sui vaccini. Non credo ci sia altro d'aggiungere. La campagna No Profit on Pandemic non arriverà a raggiungere entro il 1° agosto 2022 il milione di firme, nonostante l'Italia abbia raccolto e superato abbondantemente il numero di firme che aveva come obiettivo; ma in questo caso le firme costituivano un utile strumento per porre all'attenzione dei governi e dell'opinione pubblica un tema di enorme rilevanza per il presente e il futuro dell'umanità. La campagna continuerà anche dopo il 1° agosto perché il tema della privatizzazione delle cure non si esaurisce certamente con la pandemia Covid-19. Uno degli obiettivi dei prossimi anni è la realizzazione di un'industria farmaceutica pubblica a dimensione europea in grado non solo di contenere i prezzi dei farmaci ma anche di orientare la ricerca verso la priorità necessarie per tutelare la salute di tutti.

STOP AI BREVETTI SU VACCINI E FARMACI. LA POLITICA EUROPEA SULLA SANITA' VA RIBALTATA DI 180°

Alla questione dei brevetti sui vaccini anti-covid si è aggiunta quella relativa alla disponibilità di farmaci (come il Paxlovid, un mix di nirmatrelvir e ritonavir, prodotto da Pfizer); anche in questo caso l'accesso diseguale alle terapie e a sistemi diagnostici veloci e affidabili è dovuto ai brevetti. Recentemente l'OMS ha lanciato un nuovo appello per abbassarne i costi, intervenire sui brevetti e rendere pubblici e trasparenti i contratti bilaterali con le case farmaceutiche, ma anche questo tentativo è caduto nel vuoto.

Il tutto a fronte, per rimanere ai pochi dati disponibili, di significativi incrementi di

profitto per le principali case farmaceutiche produttrici di vaccini/farmaci anticovid, tra cui Pfizer che ha raddoppiato i suoi ricavi (da 41,9 miliardi di euro nel 2020 a 81,2 miliardi nel 2021).

Nel frattempo, emerge l'evidenza che le ultime varianti hanno un'ampia possibilità di eludere la protezione immunitaria conferita dalle vaccinazioni e anche dalle precedenti infezioni da Covid-19; questo è quello che si sta verificando ad esempio in questo periodo in Portogallo con la variante di Omicron BA.5 che risulta estremamente infettiva, mentre si sta ancora studiando il grado di aggressività nella sua capacità di facilitare l'evoluzione verso le fasi avanzate della malattia.

Sotto il profilo economico la mancata moratoria sui brevetti e la conseguente indisponibilità dei vaccini per tutti, determinerà maggiori costi anche per i paesi ricchi favorendo un aumento delle differenze sociali e della povertà.

In questo quadro non si può tacere il rifiuto dell'EMA, l'Agenzia Europea del Farmaco, e dei governi europei, compreso quello italiano, di autorizzare l'uso di Soberana e in generale dei vaccini cubani, primo fra tutto quello ad uso pediatrico che ad oggi è l'unico vaccino studiato fin dall'inizio per essere utilizzato per i minori, un vaccino che, secondo i dati ad oggi a disposizione, risulta efficace e sicuro.

Né tantomeno si può ignorare il silenzio delle istituzioni europee sul Corbevax, il vaccino prodotto a Houston dal Texas Children's Hospital Center for Vaccine Development, una realtà no-profit e dal Baylor College of Medicine Children's Hospital; vaccino scoperto dall'equipe guidata dalla italo-honduregna dott.ssa Maria Elena Bottazzi che ha deciso di non brevettarlo e il cui costo non supera i due euro. Ma non è disponibile nell'UE perché nessuna azienda italiana o europea o nordamericana si è, fino ad ora, dichiarata disponibile a collaborare con il centro di Houston per produrlo. Il mercato occidentale deve essere completamente controllato dai vaccini a mRNA prodotti negli USA o dalla filiera USA/Germania.

D'altra parte, credo che siano veramente

pochi coloro i quali credono che la ricerca sul vaccino cosiddetto italiano, vaccino non a mRNA, che doveva essere prodotto da ReiThera (industria svizzera, ma con i siti produttivi collocati in Italia), dopo una fase conclusasi positivamente, sia stata bloccata da una semplice decisione della Corte dei Conti che contestava le modalità di utilizzo di un finanziamento pubblico, vicenda che, in presenza di una precisa volontà politica, avrebbe potuto risolversi in due giorni. Evidentemente le volontà politiche andavano in un'altra direzione.

L'Italia non ha rinunciato a svolgere il ruolo di prima della classe nella difesa degli interessi di Big Pharma; mentre la società civile e i movimenti di tutto il mondo chiedevano la moratoria sui brevetti, l'Ufficio Italiano Brevetti, collocato presso il Ministero dello Sviluppo Economico, guidato da Giancarlo Giorgetti, decideva di prolungare di altri cinque anni, oltre i venti previsti dagli accordi TRIPS, un brevetto a mRNA coinvolto nella produzione dei vaccini di Pfizer e Moderna.

In questi due anni l'UE e i suoi governi, in primis Germania Francia e Italia, si sono mostrati, per l'ennesima volta, i migliori avvocati difensori delle multinazionali del farmaco antepponendo i profitti di Big Pharma alla difesa della salute globale e dei loro stessi cittadini.

In questa situazione non c'è dubbio che la lotta per la tutela della salute costituirà nel prossimo futuro uno dei terreni principali dello scontro sociale ma anche della lotta per dare un futuro all'umanità: *"Voi la malattia, noi la cura"*, la cura del pianeta, delle specie, degli esseri umani, di ogni singola persona.

Le associazioni aderenti sono le seguenti : ACEA ODV; ACLI; ACMOS; ACS; ACU – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI UTENTI; AGORÀ DEGLI ABITANTI DELLA TERRA; AGORÀ DELLA TERRA; AIDE ASSOCIAZIONE INDIPENDENTE DONNE EUROPEE; AIEA; ALTEREGO – FABBRICA DEI DIRITTI; ANLAIDS ITALY; ANPI NAZIONALE; ARCI: Articolo UNO; ASSISTENZA SOCIO SANITARIA; ASSOCIAZIONE AMICI DI ANGAL; ASSOCIAZIO-

NE BENI COMUNI "STEFANO RODOTÀ"; ASSOCIAZIONE BRIGATA GARBATELLA, PROTEZIONE CIVILE E SOLIDARIETÀ; ASSOCIAZIONE "CHI SI CURA DI TE?"; ASSOCIAZIONE CITTÀ DELLA GIOIA NAPOLI; ASSOCIAZIONI CITTADINI DEL MONDO; ASSOCIAZIONE DOSSETTI; ASSOCIAZIONE FIRENZE CITTÀ APERTA; ASSOCIAZIONE LAUDATO SÌ; ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE – ISDE ITALIA; ASSOCIAZIONE NAZIONALE DI AMICIZIA ITALIA – CUBA; ASSOCIAZIONE NAZIONALE GENITORI PERSONE CON AUTISMO (ANGSA); ASSOCIAZIONE ONG ITALIANE – AOI; ASSOCIAZIONE PER UN'EUROPA DEI POPOLI; ASSOCIAZIONE PLANET 2084; ASSOCIAZIONE SALUTE DIRITTO FONDAMENTALE; ASSOCIAZIONE SLOW MEDICINE; ASSOCIAZIONE UN'ALTRA STORIA SICILIA; ASSOCIAZIONE VALERIA APS; ATTAC ITALIA; CENTRO PER LA SALUTE GIULIO A.MACCACARO, Castellanza; CGIL; CIPSI; CISL; CNCA; COBAS; COMITATO NAZIONALE PER LA DIFESA DELLA COSTITUZIONE; COMITATO STOP TTIP UDINE; CONIGLI BIANCHI, ARTIVIST* CONTRO LA SIEROFOBIA; CONTRO-CULTURA: SPAZIO APERTO BE.BRECHT – TRENTO; COOPERAZIONE INTERNAZIONALE SUD SUD – CISS; COOPERAZIONE ODONTOIATRICA INTERNAZIONALE – COI; COORDINAMENTO DEMOCRAZIA COSTITUZIONALE; COORDINAMENTO VENETO PER LA SANITÀ PUBBLICA – CoVeSaP; COSTITUENTE TERRA; CUB; CVX-LMS ITALIA (Comunità di Vita Cristiana-Lega Missionaria Studenti); DICO 32; DiEM25 IN ITALY; EMERGENCY; FAIRWATCH – COMMERCIO EQUO, SOSTENIBILITÀ, COMUNICAZIONE; FARMACIA POLITICA; FEDERAZIONE DEI VERDI; FEDERAZIONE ITALIANA PER IL SUPERAMENTO DELL'HANDICAP – FISH; FIALS – FEDERAZIONE ITALIANA AUTONOMIE LOCALI E SANITÀ; FOCSIV VOLONTARI NEL MONDO; FONDAZIONE BENVENUTI IN ITALIA; FORUM ACQUA; FORUM GORIZIA; FORUM PER IL DIRITTO

ALLA SALUTE; FRONTE POPOLARE; GRUPPO ABELLE; GRUPPO ACQUISTO POPOLARE – VERONA; GRUPPO PALADE: PACE, AMBIENTE, LAVORO, ACCOGLIENZA, DEMOCRAZIA, EGUALIANZA; GRUPPO SOLIDARIETÀ; GRUPPO "TENDA DELLA SALUTE" REGGIO EMILIA; IFE ITALIA; IL MANIFESTO; INTERNATIONAL ALLIANCE OF INHABITANTS; INTERSOS; LABORATORIO ANDREA BALLARO'; LA SINISTRA LEGNANO IN COMUNE; LA VIA LIBERA; LEFT; LIBERA; LILA NAZIONALE; LINK 2007 – COOPERAZIONE IN RETE; LINK – COORDINAMENTO UNIVERSITARIO; LINK ROMA; MANTOVA PER LA PACE; MEDICI DEL MONDO ITALIA – MDM; MEDICINA DEMOCRATICA; MONASTERO DEL BENE COMUNE – VERONA; MOVIMENTO COMUNIDADE GAVOI; MOVIMENTO DIPENDE DA NOI – MARCHE; OLTRE MAGY'S ODV – VERONA; OXFAM; PARTITO COMUNISTA DEI LAVORATORI; PARTITO COMUNISTA ITALIANO; PARTITO DELLA RIFONDAZIONE COMUNISTA; PARTITO DELLA SINISTRA EUROPEA; PARTITO DEL SUD; PARTITO MARXISTA – LENINISTA ITALIANO; POSSIBILE; POTERE AL POPOLO; PRESENZA AGENZIA DI STAMPA INTERNAZIONALE; PRO NATURA COSENZA Odv; PUNTO ROSSO; RADIO POPOLARE; RETE DELLA CONOSCENZA; RETE ITALIANA ECONOMIA SOLIDALE – RIES; RETE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE MILANO E LOMBARDIA; RETE TERRITORIALE PER IL DIRITTO ALLA CURA DI CREMONA; RETI DI PACE; "SALUTE INTERNAZIONALE.INFO" RIVISTA WEB; SINISTRA ANTICAPITALISTA; SINISTRA ITALIANA; SISM - SEGRETARIATO ITALIANO STUDENTI IN MEDICINA-APS; SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DELLE MIGRAZIONI – SIMM; SOCIETY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT – SID; SOS SANITÀ; TRANSFORM! ITALIA; UIL; UNIONE DEGLI STUDENTI; UNIONE INQUILINI; UN PONTE PER; UP – SU LA TESTA!; USB; VOLONTARI ITALIANI PER IL MADAGASCAR – V.I.M.

Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID in dieci punti

di Gianluigi GARETTI*

“Si vive, ci si ammala e si muore di classe. Tutto si risolve in ultima analisi in un aumento di capacità del capitale a gestire medicalmente la società, magari fingendo di gestire socialmente la Medicina”
G.A.Maccacaro

Alcuni anni fa all'inizio della vaccinazione anti-Covid in Italia, si parlava (<https://www.perunaltracitta.org/2021/02/08/i-vaccini-covid-19-in-10-punti/>) di alcune incognite che accompagnavano i vaccini anti-Covid 19, data la rapidità dettata dall'emergenza, data la complessità, ma si confidava in una aperta e stretta collaborazione della comunità dei ricercatori a livello internazionale, e nel continuo monitoraggio e networking nazionale e globale delle Reti di Farmacovigilanza.

La vaccinovigilanza è quell'insieme di attività connesse alla rilevazione, valutazione, conoscenza e comunicazione degli eventi avversi osservati dopo immunizzazione (AEFI). Lo scopo della vaccinovigilanza è quello di monitorare la sicurezza di un vaccino nel suo contesto reale di utilizzo, con un aggiornamento continuo del profilo beneficio-rischio dei singoli vaccini, per minimizzare il rischio a livello individuale e collettivo. A scanso di altre possibili varianti, dopo il primo anno di campagna vaccinale stiamo uscendo dall'emergenza Covid-19, grazie all'efficacia dei vaccini, grazie alle rare reazioni avverse.

“E' chiaro che l'obiettivo delle grandi aziende farmaceutiche non sia il miglioramento della salute pubblica, ma il profitto dei propri azionisti”. Gino Strada

Questo discorso vale solo per il cosiddetto

occidente, cioè per la parte più ricca del pianeta. Per gli altri, solo elemosine (Covax) perchè le multinazionali dei vaccini, in particolare quelle statunitensi, si tengono ben stretti i loro brevetti/profitti. Cuba rappresenta un'isola felice da questo punto di vista. Ma non è questo l'argomento di cui qui ci occupiamo. La pandemia non finirà da nessuna parte finché non sarà finita ovunque. E' solo combinando l'aggettivo 'globale' con solidarietà e collaborazione che si potrà uscire definitivamente dalla pandemia. Utopia. L'egoismo delle multinazionali, unito ad una indubbia carenza infrastrutturale di alcuni paesi, leader politici inadeguati e irresponsabili come Trump, Bolsonaro, Johnson, Lukashenko, la credenza nei *bias* (1) e nelle *euristiche* (2) della pseudo-scienza. L'incapacità informativa dei governi ha limitato molto la vaccinazione mondiale, accrescendo le disuguaglianze e facendo diventare Sars CoV-2 un virus di classe. La capacità di vaccinare il mondo sarebbe a portata di mano. Dipende solo dalla volontà dei Paesi ad alto reddito. D'altronde per limitare i danni prodotti da questa pandemia e per prevenirne altre, non bastano i vaccini, è necessario *‘prestare molta più attenzione alle malattie croniche (causa di circa il 70% delle morti totali) e alle disuguaglianze sociali’* (Vineis-Savarano, *La natura del mondo*, Feltrinelli). In questo articolo, già parzialmente pubblicato sul periodico on line *“La Città invisibile”*, descriviamo in 10 punti, alcuni temi del primo Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti-COVID 19 https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1315190/Rapporto_annuale_su_sicurezza_vaccini%20anti-COVID-

*Medicina Democratica, Sezione di Firenze.

19.pdf, pubblicato da AIFA il 9 febbraio 2022, che riguarda le reazioni avverse sospette segnalate alla RNF (Rete nazionale di farmacovigilanza), nel periodo che va dal 27/12/2020 al 26/12/2021, per i quattro vaccini fin ad allora usati nella campagna vaccinale. Nuvaxovid, il vaccino ricombinante adiuvato, è da pochi giorni il quinto vaccino approvato in Italia. Per valutarne efficacia e reazioni avverse ci possiamo basare solo su 5 sperimentazioni cliniche in Australia, Sudafrica, Regno Unito, Stati Uniti e Messico, condotte su circa 50.000 persone. “Cassati” i 2 vaccini vettoriali AstraZeneca e Johnson & Johnson, attualmente in uso in Italia, ne sono rimasti tre: Comirnaty, Spikevax e Nuvaxovid.

1.Efficacia. Globalmente sono state somministrate 10 miliardi di dosi. Quel globalmente ahimè si riferisce *solo* al nord del pianeta! Le circa 100.000.000 di dosi somministrate in Italia, raccontano di un rapporto beneficio rischio molto favorevole, di un’efficacia molto elevata, di una notevole sicurezza complessiva in tutti gli ambiti. Alla vaccinazione per COVID-19 consegue una drastica riduzione delle forme più gravi di malattia COVID-19, che riduce la pressione sulle strutture sanitarie, oltre a prevenire la mortalità.

2.Segnalazioni. Nell’anno di campagna vaccinale, Comirnaty è stato il vaccino più utilizzato in Italia (69,1%), seguito da Spikevax (18,3%), Vaxzevria (11,2%), e Vaccino COVID-19 Janssen (1,4%). Le segnalazioni per tipologia di vaccino sono invece così distribuite: Comirnaty 68%, Vaxzevria 19,8%, Spikevax 10,8%, Vaccino COVID-19 Janssen 1,4%. Al 26/12/2021, 117.920 erano le segnalazioni di sospetto evento avverso successivo alla vaccinazione su un totale di 108.530.987 dosi di vaccino, con un tasso di segnalazione pari a *109 ogni 100.000 dosi somministrate*. L’83,7% (n. 98.717) delle segnalazioni è riferita a eventi non gravi, con un tasso di segnalazione pari a 91 ogni 100.000 dosi. Il 16,2% (n. 19.055) delle segnalazioni è invece riferito a eventi avversi gravi, con un tasso pari a 17,6 ogni 100.000 dosi. Si ricorda che la gravità si rife-

risce a quanto riportato dal segnalatore, quindi non sempre corrisponde alla reale rilevanza clinica dell’evento segnalato.

Per la terza dose il tasso di segnalazioni è stato pari a 21,7 segnalazioni ogni 100.000 somministrazioni terze dosi, quindi molto inferiore a quanto osservato per le dosi del ciclo primario.

Per le eterologhe le segnalazioni sono 730. Il 60% riferito a vaccinazione primaria eterologa (diversi vaccini per la prima e la seconda dose) e 40% a potenziamento eterologo (somministrazione dose di richiamo dopo 3-6 mesi dal ciclo di vaccinazione primario con vaccino diverso dal ciclo primario).

Per le vaccinazioni in età pediatrica (5-16 anni), al 26/12/2021 risultano somministrate 4.178.361 di dosi di vaccino, il 96% delle quali nella fascia di età 12-16 anni (4.005.471 dosi) e il 4% nella fascia 5-11 anni (172.890 dosi). 1.170 sono state le segnalazioni di sospette reazioni avverse, che rappresentano *l’1% di tutte le segnalazioni*; il tasso di segnalazione è stato pari a 28 eventi ogni 100.000 dosi somministrate, molto inferiore rispetto a quello riscontrato nella popolazione generale (109 eventi ogni 100.000 dosi somministrate). Gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono febbre, cefalea, stanchezza e vomito. Per la fascia d’età 5-11 al momento non emergono particolari problemi di sicurezza.

3.Genere. In Italia a fronte di un’esposizione sovrapponibile fra i sessi (52% delle dosi somministrate nel sesso femminile e del 48% nel sesso maschile), il 70% delle segnalazioni riguarda le donne (148/100.000 dosi somministrate) e il 29% gli uomini (65/100.000 dosi somministrate), indipendentemente dal vaccino e dalla dose somministrata (il sesso non è riportato nell’1% delle segnalazioni). Tale andamento è osservabile anche negli altri Paesi europei.

4.Vaccinazione anti COVID-19 e gravidanza: è più rischioso vaccinarsi o ammalarsi?

La vaccinazione per COVID-19 è indicata sia in gravidanza sia in allattamento e non emergono particolari problemi di sicurezza dai dati di farmacovigilanza e da studi ad

hoc in questa popolazione. Né vi sono evidenze che suggeriscano che i vaccini anti-COVID-19 possano influenzare negativamente la fertilità in entrambi i sessi. Nonostante le preoccupazioni iniziali dovute principalmente alla mancanza di disponibilità di dati di immunogenicità, efficacia e sicurezza dei vaccini nelle donne in gravidanza, evidenze scientifiche hanno dimostrato che contrarre il Covid19 sintomatico durante la gestazione sembra essere associato ad un rischio maggiore di malattia grave, soprattutto in presenza di comorbidità. Le donne affette da COVID-19 hanno mostrato tassi più elevati di mortalità, infarto del miocardio, tromboembolismo venoso, preclampsia e parto pretermine. Il rischio di malattia grave risulta aumentato per i normali cambiamenti fisiologici, metabolici e vascolari caratteristici della gravidanza. (Jering KS et al. *Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Women Giving Birth With and Without COVID-19*. JAMA Intern Med. 2021).

5.AEFI- EVENTI AVVERSI OSSERVATI DOPO IMMUNIZZAZIONE. Un AEFI è qualsiasi evento di natura medica che si verifica dopo una vaccinazione, indipendentemente dal nesso di causalità, che richiede ulteriori approfondimenti (secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità - WHO). Rientrano in questo ambito anche gli eventi associati a potenziali errori di conservazione e somministrazione dei vaccini e le cosiddette reazioni ansiose alla vaccinazione e gli eventi correlati allo stress da vaccinazione, ovvero quegli eventi determinati dalla risposta emotiva alla vaccinazione (vedi poi).

6.Nesso di casualità. Stima la probabilità che l'evento segnalato possa essere correlato o meno con la vaccinazione. Questa valutazione si basa su un algoritmo standardizzato, sviluppato dal WHO e condiviso a livello globale, che permette di valutare la probabilità dell'associazione evento avverso/vaccino. Al momento della stesura di questo Rapporto, il nesso di causalità secondo l'algoritmo del WHO è risultato correlabile alla vaccinazione nel 35,9% di

tutte le segnalazioni gravi valutate (5.656/15.731). Per quanto riguarda gli eventi avversi gravi ad esito fatale, 758 sono stati i decessi. Età media, 79 anni; 456 casi dopo prima dose; 267 dopo seconda dose e 35 dopo terza dose. Di questi però solo 22 casi (3,8% dei casi valutati) sono correlabili al vaccino (circa 0,2 casi per milione di dosi somministrate). Cause dei 22 decessi correlabili: 2 eventi sistemici che hanno scompensato pazienti fragili; 10 trombosi con trombocitopenia dopo vaccini a vettore virale; 10 fallimenti vaccinali (8 pazienti fra-



gili per pluripatologie e 2 pazienti con immunodepressione); per fallimento vaccinale si intendono pazienti deceduti a causa della malattia COVID-19, nonostante fossero vaccinati. L'immunodepressione non controindica la vaccinazione.

L'analisi *osservato/atteso* ha evidenziato come i decessi osservati siano significativamente inferiori a quelli attesi, sia in relazione a fattori demografici (sesso/età) che rispetto al numero di dose. Non c'è quindi, nella popolazione di soggetti vaccinati, alcun aumento del numero di eventi rispetto a quello che ci saremmo aspettati in una popolazione simile ma non vaccinata.

7.AESI-EVENTI AVVERSI DI SPECIALE INTERESSE. Riguardano approfondimenti su alcuni eventi avversi di particolare interesse: *Paralisi periferica del nervo facciale*, frequenza molto bassa, di molto inferiore a quella della patologia non associata a vaccinazione. *Eventi trombotici e tromboembolici associati a piastrinopenia*: denominati

Vaccine-Induced Thrombotic Thrombocytopenia (VITT), fattori di rischio non noti a parte età < 40 anni e sesso femminile, meccanismo non noto, forse simile a HIT (trombocitopenia indotta da eparina), prevalentemente dopo prima dose, dopo vaccini a vettore virale, frequenza europea 1/100.000 - 250.000 dosi somministrate.

Miocarditi/Pericarditi: il rischio di miocardite e pericardite dopo vaccini a mRNA è molto raro (1 caso ogni 10.000 persone vaccinate), più spesso nei giovani di sesso maschile (miocarditi). L'andamento clinico sembra essere più lieve rispetto alle miocarditi/pericarditi di altra origine (ulteriore follow up in corso). **Anafilassi:** Tasso per milione di dosi: COMIRNATY 3,0; SPIKEVAX 1,9; VAXZEVRIA 2,5; JANSSEN 4,7; Media totale 2,8. Tasso totale per milione di dosi nelle femmine 4,6, nei maschi 0,8. Dalla letteratura emerge l'evidenza che le donne sono più suscettibili alle allergie e alle reazioni anafilattiche da farmaci, in particolare dopo la pubertà. Per i vaccini a mRNA il principale allergene sospettato è il polietilenglicole (PEG); nel caso dei vaccini a vettore virale, l'eccipiente Polisorbato 80. **La sindrome di Guillain-Barré (GBS):** siamo in presenza di un rischio, estremamente basso, che riguarda i vaccini a vettore virale. Il rapporto beneficio/rischio di entrambi questi vaccini resta ampiamente favorevole. 124 sono stati i casi segnalati di GBS. L'unico caso fatale segnalato è relativo a un uomo di 56 anni con sottostante malattia autoimmune, deceduto a seguito di problematiche sistemiche 3 mesi dopo il miglioramento della reazione avversa. Il nesso di causalità però al momento è indeterminato. Non ci sono evidenze di associazione tra i vaccini Comirnaty e Spikevax e la GBS. In chi ha avuto in precedenza una GBS non vaccinale, la vaccinazione non è controindicata.

8. Nocebo- L'effetto nocebo si verifica quando una persona manifesta effetti collaterali dopo aver assunto un trattamento farmacologicamente inerte come il placebo. Riassumendo i dati di circa 12 studi, <https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/241056/2022.02.09-presen->

[tazione_Nicola_Magrini_Rapporto_Vaccini_COVID-19.pdf](#) che hanno coinvolto un totale di 45.380 pazienti (22.802 dei quali avevano ricevuto un vaccino e 22.578 un placebo), *l'effetto nocebo ha rappresentato fino al 64% di tutte le reazioni avverse*. Le aspettative o le convinzioni verso la vaccinazione possono aumentare il livello di stress, determinare sintomi somatici anche complessi (palpitazione, reazioni vaso-vagali, capogiro) e interagire con le percezioni sensomotorie fino a determinare disturbi funzionali di difficile inquadramento diagnostico, come segnalato in alcuni *case report* in letteratura. Far conoscere questo pervasivo effetto nocebo, può far diminuire le preoccupazioni e l'esitazione nei riguardi della vaccinazione anti Covid.

9. Infodemia. Da un certo momento in avanti le informazioni non informano più, bensì deformano, scrive il filosofo Byung-Chul Han. Questo punto critico è stato ampiamente superato nel primo anno di vaccinazioni anti Covid. L'attenzione al tema dei vaccini anti Covid-19 ha raggiunto picchi di attenzione e conversazione senza precedenti: tra novembre 2020 e maggio 2021, sono stati analizzati oltre 147 mila contenuti online relativi ai vaccini anti Covid, pari a circa mille contenuti al giorno: tra i contenuti potenzialmente fake relativi ai vaccini Covid-19, uno su due riguarda la pericolosità degli effetti avversi. In questo caos informativo, si è tuffata la pseudoscienza, con *bias* cognitivi ed euristiche, promuovendo la riluttanza e l'esitazione nei confronti della vaccinazione, favorendo così, seppur indirettamente, tanti decessi da Covid-19 come pure tanti dispendiosi ricoveri nei reparti intensivi.

10. Equità globale-Sistemi sanitari universalistici. E' necessaria una visione più chiara e coerente della nostra società nel post pandemia per *un build back fairer*, un ritorno a una normalità migliore (Lancet, 22 Jan 2022), rafforzando i sistemi sanitari pubblici ed universalistici, la ricerca, la solidarietà sociale e l'equità globale. E' indispensabile scavalcare i brevetti dei vaccini, e dare autonomia produttiva ai paesi. Ogni forma di

'nazionalismo vaccinale', di profitto ad oltranza, non è solo moralmente indifendibile, ma è epidemiologicamente e clinicamente controproducente.

Note

1. Termine che significa propriamente obliquo, inclinato, e, come sostantivo obliquità, inclinazione, tendenza, usato con significati specifici in varie discipline (tendenza a deviare dal valore medio in statistica, polarizzazione in meccanica e in elettronica, ecc.) (dalla Treccani).

2. Aspetto del metodo scientifico che comprende un insieme di strategie, tecniche e

procedimenti inventivi per ricercare un argomento, un concetto o una teoria adeguati a risolvere un problema dato. In questo contesto ci si riferisce a un particolare tipo di euristica, gli stereotipi che ognuno utilizza per crearsi delle opinioni o esprimere dei giudizi su cose mai viste o di cui non si è mai avuto esperienza.

Funzionano come una scorciatoia mentale per avere accesso a tutto: dallo stato sociale di una persona a partire dalle sue azioni, al supporre che una pianta alta con tronco e foglie sia un albero, anche se non abbiamo mai visto prima quello specifico tipo di albero.



Come combattere infortuni e malattie da lavoro.

L'analisi e le proposte della Sezione di Medicina Democratica dei familiari di infortuni sul lavoro

di Lalla QUINTI, Gino CARPENTIERO e Alessandro ROMBOLA’*

PREMESSA

La costituzione della sezione tematica di Medicina Democratica “*Familiari Vittime Infortuni sul Lavoro*” rappresenta un fatto molto importante : c’è stata una recrudescenza di infortuni mortali sul lavoro (omicidi lavorativi) che ha avuto notevole risonanza sui Media, in particolare dopo la morte di Luana, giovane ventiduenne madre di una bambina di 5 anni che è stata stritolata da una macchina per l’orditura di tessuti in un’azienda di Montemurlo (PO), mesi dopo la morte di due giovani studenti stagisti all’interno dell’alternanza Scuola-Lavoro.

Come già avvenuto in passato la stragrande maggioranza degli interventi nel dibattito che è seguito agli infortuni suddetti, che rappresentano solo la punta dell’iceberg del fenomeno, pone l’accento giustamente sugli aspetti tecnici di mancata prevenzione (nel caso di Luana la rimozione del meccanismo elettronico di blocco che dovrebbe attivarsi ogni qualvolta sia necessario intervenire sulla macchina rimuovendo la schermatura metallica), sulla scarsa formazione ricevuta dai lavoratori e dagli studenti stagisti, sulla scarsità di controlli da parte degli organismi di vigilanza delle Ausl (Aziende Unità Sanitarie Locali) e da parte degli Ispettorati territoriali del Lavoro e di quello Nazionale a causa di una riduzione assurda del personale avvenuta negli ultimi 20 anni. Manca però in questa analisi, che pure è giusta, un elemento di fondo: la priorità che dalla stra-

grande maggioranza delle aziende viene data al Profitto rispetto alla Salute e sicurezza dei lavoratori.

L’appropriazione dei lavoratori dal controllo del ciclo lavorativo di produzione e nello stesso tempo dal controllo dell’organizzazione del lavoro (ritmi, orari, coordinamento tra lavoratori nello svolgimento dei rispettivi compiti ivi compresi quelli di manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti) rappresentano la causa primaria dietro la quale vengono tutte le altre: *i lavoratori non sanno più ricostruire il ciclo lavorativo ed il relativo profilo di rischio* e subiscono un’organizzazione del lavoro che quasi mai produce benessere, per orari di lavoro protratti, ritmi di lavoro eccessivi, e misure di prevenzione viste come un ingombro ad uno sviluppo della produttività in cui la scissione tra la componente Economica e quella Ergonomica è assoluta con grave squilibrio a favore della prima.

Il contenuto di questa premessa è in parte frutto delle riflessioni che in particolare nell’ultimo anno sono state oggetto di discussione in Medicina Democratica in Coordinamento con decine di altre associazioni, sindacalismo di base etc.

COSTITUZIONE DELLA SEZIONE

La Sezione si è costituita per volontà di un gruppo di familiari rappresentati dalla portavoce Lalla Quinti, che si sono riuniti sulla piattaforma Zoom di Medicina Democratica Nazionale con il supporto del

*Medicina
Democratica,
Sezione di
Firenze

medico del lavoro Gino Carpentiero e dell'avvocato Alessandro Rombolà della Sezione Pietro Mirabelli di Firenze. Hanno fornito un aiuto competente durante le riunioni Fulvio Aurora e Riccardo Antonini del Direttivo Nazionale di Medicina Democratica, Michele Michelino del Comitato vittime Amianto di Sesto San Giovanni, l'avv. Alessandra Guarini di Biella, Claudio Petrelli dell'Ispettorato del Lavoro Nazionale di Roma.

Tutti gli interventi dei familiari hanno mostrato una grande indignazione per la solitudine che essi vivono in quanto si sentono abbandonati da Enti e Istituzioni pubbliche (INAIL, Stato, quasi tutte le Regioni e anche da storiche associazioni come l'ANMIL).

Sono state comunque individuate alcune proposte sulle quali potersi confrontare con il Direttivo di Medicina Democratica e con altre associazioni, comitati, e giuristi. Qui di seguito si elencano le problematiche individuate:

1. E' assolutamente insufficiente la rendita INAIL alle/ai vedove/i dei morti sul lavoro; essa si basa sul 50% alla/al coniuge e 20% ad ogni figlio della rendita maturata.
2. Solo poche regioni (7 su 20) erogano un sussidio ulteriore (la Toscana eroga circa 7000 Euro all'anno). In alcune regioni ed in particolare in Sicilia la situazione è pessima.
3. I figli ricevono borse di studio insufficienti e per un periodo breve che si chiude con la laurea; altrimenti si fermano al Diploma.
4. La Magistratura penale effettua indagini estremamente lacunose molto spesso e ciò comporta assoluzioni o lievi condanne per i responsabili. Le responsabilità sono da ripartirsi tra Procure della Repubblica e operatori SPISAL/SPRESAL che sono spesso pochi nelle zone più grandi e poco esperti nelle zone più piccole.
5. La Magistratura civile (Giudici del Lavoro) spesso affida la ricerca del nesso causale degli infortuni a Consulenti Tecnici d'Ufficio poco professionali ed esperti, per cui anche in questa sede diffi-

cilmente si ottengono risarcimenti congrui.

6. I Familiari delle vittime non vengono adeguatamente assistiti anche dal punto di vista delle problematiche di Disturbo Post Traumatico da Stress conseguente ad una sciagura inaspettata per cui trovano GRAVI DIFFICOLTA' AD ELABORARE IL LORO LUTTO.

Di seguito invece ci sono le proposte che dovranno ovviamente essere oggetto di ulteriori approfondimenti:

1. Creazione di un *Fondo Nazionale per le vittime di infortuni sul lavoro* sulla falsariga di quanto previsto per le vittime da amianto; tale fondo dovrà essere aggiuntivo alle erogazioni già in essere da parte INAIL. Nell'attesa chiedere a tutte le Regioni di istituire lo stesso fondo regionale come la Toscana (almeno 7.000 Euro all'anno). Richiesta agli enti preposti statali che avvenga una almeno parziale equiparazione tra familiari delle vittime di infortuni sul lavoro e quelli delle altre vittime di causa violenta tra cui terrorismo, mafia, e caduti in servizio di pubblica utilità.
2. L'introduzione del reato di omicidio lavorativo sulla falsariga dell'omicidio stradale tenendo presente che attualmente i magistrati anche nei casi più gravi difficilmente tengono conto del DOLO EVENTUALE. L'unica aggravante che in alcuni casi viene contestata è quella di COLPA COSCIENTE.
3. L'istituzione della Procura Unica Nazionale per gli infortuni e le malattie professionali mortali, gravi e gravissimi, formando pool di magistrati competenti e altrettanto competenti periti (ingegneri, tecnici della prevenzione, medici del lavoro e legali).
4. L'istituzione di un fondo di garanzia per l'assistenza da parte dello Stato dei familiari delle vittime da lavoro (gratuito patrocinio).
5. Escludere il rito abbreviato nei casi di infortuni mortali sul lavoro o malattie professionali mortali
6. Condizionare la sospensione della pena dei responsabili all'avvenuto effettivo

risarcimento ai familiari da parte del colpevole riconosciuto in sentenza.

7. Mantenere il blocco della prescrizione al primo grado di giudizio non solo per i reati gravi come l'omicidio lavorativo, le stragi come quelle del Moby Prince, Viareggio, Genova etc , ma anche per lesioni gravi e gravissime.

8. Rinforzare sia dal punto di vista quantitativo (assumere operatori) che qualitativo i Servizi di Prevenzione per la Salute e Sicurezza sul Lavoro, assumendo anche operatori (psicologi del lavoro) esperti di organizzazione del lavoro che è spesso causa/concausa nell'accadimento degli infortuni insieme alle più palesi violazioni della normativa (DLgs 81/08). Anche l'Ispettorato Nazionale del Lavoro dovrà essere adeguatamente rinforzato assumendo un congruo numero di ispettori adeguatamente preparati.

9. I CTU delle cause civili devono essere scelti tra quelli più qualificati sulle questioni inerenti le problematiche di Salute e Sicurezza sul lavoro.

10. Delimitare il ruolo di INAIL quale ente assicuratore erogatore di prestazioni e di prestazioni di riabilitazione: il riconoscimento delle malattie professionali deve essere compito delle ASL/ATS (come stabilito a suo tempo dalla L 833/1978), l'attivo non deve essere utilizzato per finanzia-

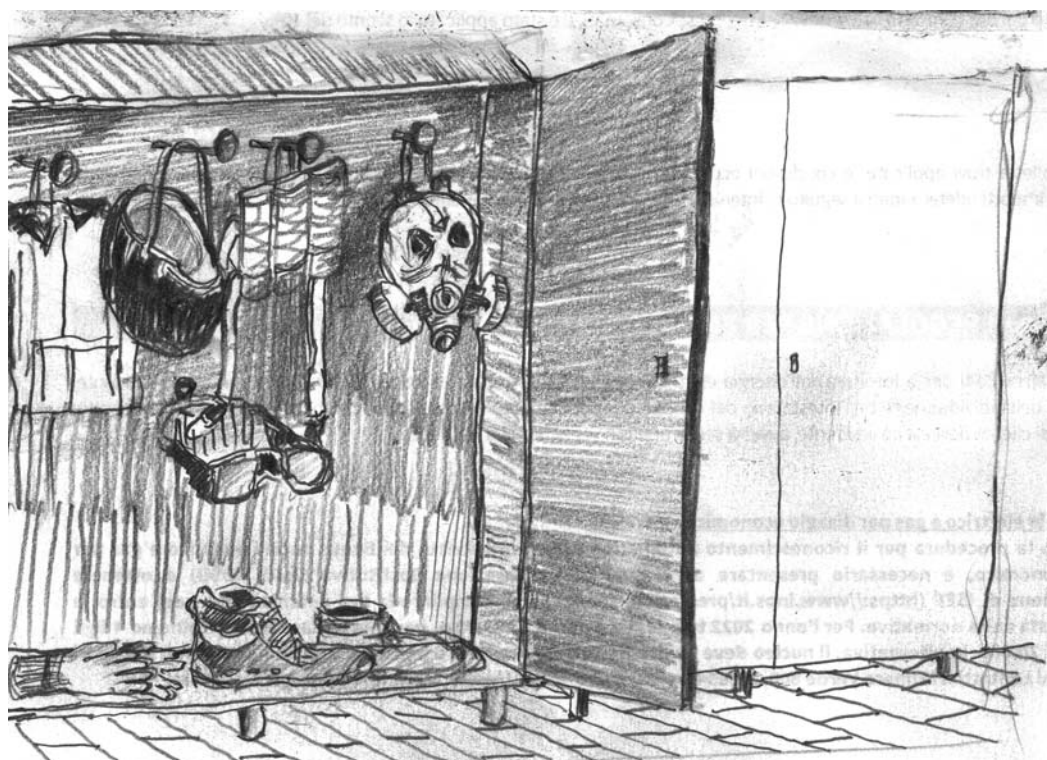
re le aziende a fondo perso affinché garantiscano gli obblighi di legge che sono comunque tenute a rispettare, il ruolo del sindacato nel consiglio di amministrazione dell'ente deve essere concretamente indirizzato alla tutela e all'ampliamento dei diritti dei lavoratori/lavoratrici e dei familiari delle vittime.

11. Va messo a disposizione dei familiari un operatore del Dipartimento di Salute Mentale che operi in qualità di terapeuta sul DPTS (Disturbo Post Traumatico da Stress) onde contribuire all'elaborazione del lutto.

La Sezione Familiari Vittime sul Lavoro di Medicina Democratica ha partecipato il 9 ottobre 2021 alla Manifestazione a Roma in ricordo di tutte le vittime sul lavoro e di tutte le stragi riguardanti cittadini e lavoratori (la data del 9 ottobre evoca la prima grande strage del dopoguerra dovuta al crollo della diga del Vajont).

La Sezione è inoltre attualmente impegnata in progetti all'interno delle scuole medie superiori per sensibilizzare gli studenti alla Salute e Sicurezza sul lavoro.

E' importante inoltre che la Sezione possa avere interlocuzione con referenti politici qualificati come i presidenti delle Commissioni parlamentari Lavoro e Sanità nonché con le Commissioni lavoro e Sanità Regionali.



Salute e Conferenza sul futuro dell'Europa

di Anna TEMPIA BONDA*

La *CONFERENZA SUL FUTURO DELL'EUROPA*, inaugurata il 9 maggio del 2021, ha lo scopo di raccogliere le valutazioni e le proposte del Parlamento Europeo, dei Governi dell'UE, della Commissione Europea e dei Parlamenti nazionali sul futuro dell'Europa, integrati da suggerimenti e richieste provenienti dai cittadini di ogni età dei 27 Paesi dell'Unione. Complessa è l'organizzazione della Conferenza a livello europeo e nel raccordo con i singoli Stati e i loro cittadini (vedi: <https://future.europa.eu>).

A livello europeo la Conferenza plenaria è composta da 433 membri dei quali 325 sono rappresentanti delle componenti istituzionali – Parlamento Europeo, Consiglio, Commissione, Parlamenti nazionali, Comitato economico e sociale, Regioni, Parti sociali e Società civile – e 108 sono cittadini europei eletti all'interno di un corpus di 800 cittadini designati per sorreggio e rappresentativi di ciascun Paese e di ciascuna classe di età, dei quali un terzo costituito da giovani di meno di 25 anni.

Sono stati identificati 9 gruppi tematici articolati in altrettanti gruppi di lavoro, uno dei quali concerne il tema della SALUTE. I gruppi di lavoro, ciascuno dei quali composto da almeno 40 membri inclusivi di tutte le componenti della Conferenza, sono suddivisi in quattro panels che presenteranno le loro conclusioni (rese consultabili on line) nelle sessioni plenarie della Conferenza.

Anche a livello degli Stati membri la Conferenza comprende gruppi di lavoro e sessioni plenarie, le conclusioni dei quali confluiranno nella formulazione delle conclusioni della Conferenza stessa, previste

per il 9 maggio 2022 (e che saranno probabilmente posticipate).

La partecipazione dei cittadini europei avviene attraverso eventi e dibattiti organizzati in tutta l'UE e tramite una piattaforma digitale interattiva multilingue. Possono organizzare eventi anche le autorità europee, nazionali, regionali e locali, nonché la società civile e altre organizzazioni. La Conferenza ha previsto la possibilità che singoli cittadini, o gruppi, o associazioni di cittadini formulino direttamente attraverso la piattaforma delle proposte su ciascuno dei temi della Conferenza. Il termine per la presentazione di queste proposte era stato fissato per il 20 febbraio 2022, ma è stato posticipato.

In tema di salute, nei giorni 21 e 22 gennaio 2022 si sono svolti: a) una riunione del panel salute, composto dai cittadini europei; b) la presentazione delle relative raccomandazioni nella seduta plenaria della Conferenza, aperta ai rappresentanti delle componenti istituzionali europee e dei cittadini europei, nonché ai contributi conclusivi presentati dai Paesi membri. In questa occasione solo quattro Paesi membri hanno presentato le conclusioni dei loro lavori (tra di loro non c'era l'Italia), mentre gli altri Stati le presenteranno nella prossima seduta plenaria.

Chi scrive, dopo aver ascoltato (21.1.22) la presentazione delle raccomandazioni di cui sopra, ha formulato a livello personale alcune osservazioni e proposte riferite a questa sezione dei lavori. Lo scopo di tale contributo, indirizzato ad alcuni parlamentari europei italiani, è stato quello di formulare rilievi che potessero essere condivisi e ripresi in tutto o in parte e versati

*anna.tempiabonda@gmail.com

nella piattaforma della Conferenza.

Indipendentemente dal percorso che tali rilievi potranno ricevere a livello della Conferenza, si ritiene che queste proposte debbano essere oggetto di attenta considerazione anche in futuro.

Di seguito, in sintesi, le osservazioni e le proposte riferite al PANEL SALUTE, presieduto da Maros Sefcovic che si è svolto il 21/1/22 all'interno della Conferenza sul futuro dell'Europa, II° Plenaria del 21-22 gennaio 2022.

“I cittadini europei attraverso i panel della Conferenza sul futuro dell'Europa esprimono all'UE il messaggio “salute per tutti/accesso alle cure per tutti”. Occorre prendere atto che queste istanze vanno oltre la formulazione del diritto alla salute contenuta nella Carta dei diritti, recepita dal Trattato di Lisbona, e nel TFUE (art. 168 e 169). In primo luogo la Conferenza sul futuro dell'Europa dovrebbe accogliere il principio che la tutela della salute costituisce un diritto del cittadino anche al livello europeo, e che questa tutela è da perseguire inserendo la tutela della salute tra le competenze concorrenti dell'Unione.

Anche a causa della pressione della pandemia - di cui l'UE si è fatta carico, pur nei limiti delle sue competenze attuali - si pone con urgenza il problema di rafforzare i sistemi sanitari dell'UE che ora sono di competenza esclusiva dei singoli stati membri. A questo proposito va sottolineato che il principio che sta nei trattati è quello della sussidiarietà *“verticale”*, che dovrebbe includere non solo gli Stati ma anche gli enti territoriali minori (es. regioni) a cui spesso è affidata la gestione del Servizio sanitario. Questo principio di sussidiarietà dovrebbe ammettere l'intervento dell'Unione sia attraverso gli Stati e le unità territoriali minori, sia in forma diretta ove utile e necessario, come la lotta alla pandemia ci ha insegnato.

La Conferenza sul Futuro dell'Europa inevitabilmente porta a canalizzare le istanze dei cittadini europei sotto forma di *“raccomandazioni”* all'UE che rafforzano le competenze attuali, ma esprime anche degli input importanti per la costruzione della

casa comune europea.

In materia di tutela della salute questi input dovrebbero convergere verso il suo ingresso tra le competenze concorrenti dell'UE, ma nell'attesa l'UE dovrebbe esplorare tutte le strade per intervenire, fin da ora, a tutela dei sistemi sanitari pubblici europei. Là dove sono attive nel campo della sanità delle società private, occorre garantire sia la trasparenza quanto agli assetti proprietari sia il monitoraggio con adeguati controlli anche a livello europeo, allo scopo di assicurarsi che i privati a ciò abilitati adottino costantemente strategie operative coerenti con il perseguimento del diritto alla salute, evitando il ricorso a procedure che ne mettano a rischio la tutela per ragioni legate al profitto.

I servizi sanitari pubblici sono un patrimonio europeo dal valore inestimabile non solo per dare risposte di salute, ma anche per colmare le disuguaglianze tra i cittadini europei. L'UE potrebbe rafforzare fin da ora le sue linee di azione attuali, sottoponendole a verifica di coerenza con l'attuazione dell'infrastruttura delle libertà e dei diritti che sono posti a fondamento dell'UE.

A questo proposito, si propone una riflessione su due versanti: uno relativo al diritto dei cittadini all'informazione e uno che interpella l'Autorità della concorrenza

Anna Tempia: OSSERVAZIONI SUL PANEL SALUTE, presieduto da MAROS SEFCOVIC, che si è svolto il 21/1/2022 (dalle 14 alle 16) all'interno della CONFERENZA SUL FUTURO DELL'EUROPA, II° PLENARIA: PRESENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEI PANELS DEI CITTADINI EUROPEI E NAZIONALI E DIBATTITO DEI GIORNI 21 e 22 gennaio 2022.

PREMESSA

Il 21/1/22 sono pervenute le conclusioni solo di alcuni panels nazionali, ma si sono sentite varie voci dei rappresentanti dei panels dei cittadini europei. L'imminenza della chiusura della Conferenza induce a considerare quello che è emerso il 21 gennaio come un *“campione abbastanza rap-*

presentativo della sensibilità europea in materia di salute”

Obiettivo delle osservazioni:

fare dei rilievi su quello che c'è e su quello che manca nella sensibilità e nella percezione dei cittadini europei (e forse, mi permetto di dire, in qualche caso anche nelle istituzioni europee). Mi riferisco in particolare al tema di uno dei quattro raggruppamenti delle proposte del panel, suggerito da Maros Sefcovic, quello che riguarda: IL RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI NELL'UNIONE EUROPEA.

OSSERVAZIONI

la commissaria, Stella Kyriakides, ha evidenziato quali sono le risposte dell'Unione europea e ha detto che è possibile rafforzarle già da ora senza cambiare i Trattati. Tutto encomiabile (e non sufficientemente percepito dall'opinione pubblica europea) se si considera che il perimetro di azione dell'UE è rimasto quello, privo di competenze condivise, tracciato da uno dei protocolli del Trattato di Maastricht. Credo che la Commissione europea abbia fatto miracoli per utilizzare tutte le sue possibilità in questo versante di azione, anche in presenza della pandemia di covid.

Per quanto riguarda il RAFFORZAMENTO DEI SISTEMI SANITARI EUROPEI:

– Molto positivo l'accento largamente condiviso su: salute per tutti/accesso alle cure per tutti e per maggiore investimento a favore della salute mentale. Anche la pandemia ha dimostrato che occorre unire le forze dei Paesi membri e che ci sono dei passi avanti urgenti da fare per attribuire più competenze all'UE anche nella forma delle competenze concorrenti. Da parte dei cittadini europei c'è ora una domanda di salute che va oltre la formulazione (del diritto alla salute) contenuta nella Carta dei diritti (recepita dal Trattato di Lisbona e da considerare alla pari con i Trattati TUE e TFUE) e nel Trattato sul Funzionamento dell'UE all' art. 168 (Sanità pubblica) e all' art. 169 (protezione dei consumatori, anche a tutela della salute).

– Suscita perplessità il fatto che nei contributi del panel non si metta in relazione l'istanza precedente con l'allargamento alle competenze concorrenti. Se non per dire che ci sono disparità tra gli stati europei nel fornire risposte di salute e che dovrebbero essere colmate. Come e da chi? Per ora sono i singoli stati membri che, con i loro servizi sanitari, sono chiamati a rispondere. Non sono previste ingerenze in senso stretto da parte dell'UE all'interno dei loro servizi sanitari.



– Concordo con l'intervento di Patrizia Toia che rilancia l'importanza per l'UE di recepire l'istanza dei cittadini europei che chiedono di ampliare le competenze condivise in materia di salute (questione ancora troppo poco percepita dall'opinione pubblica).

– Vedo con una certa perplessità che il tema di una politica industriale europea in campo sanitario (per i farmaci come bene comune, ma che si potrebbe allargare a dispositivi medici, apparecchiature diagnostiche e chirurgiche, ecc.) è ancora poco maturo, tanto che l'on. Patrizia Toia ha dovuto farsi strada sull'argomento (avvertito da parte dell'opinione pubblica come limite dell'UE perché è dipendente da Paesi extra UE) auspicando un ampliamento della raccomandazione 40 (l'ampliamento delle competenze dell'EMA) che lei ha riformulato in direzione della creazione di una nuova Agenzia Europea pubblica ad hoc per una politica anche di

produzione dei farmaci (come bene comune).

– Destano preoccupazione le pochissime considerazioni e valutazioni sulla capacità di risposta dei singoli sistemi nazionali, in quanto sistemi MISTI pubblico privati (di varia composizione) alla domanda di salute dei cittadini. Qualcuno ne fa cenno nel panel. Penso all'intervento di Petersen che sottolinea la necessità di tutela dei sistemi sanitari europei contro la concorrenza privata. Tuttavia direi che non c'è consapevolezza su come i singoli servizi sanitari nazionali sono fatti realmente, su come funzionano, su quali siano i soggetti privati che vi agiscono e a quali interessi siano legati. Né sui processi di concentrazione di capitale che stanno avvenendo in sanità. E quindi non c'è consapevolezza sull'impatto di questi processi sulla capacità dei Servizi sanitari nazionali di funzionare e di dare risposte ai cittadini. Ciò va detto a prescindere dalla pandemia che ha messo in risalto i pregi dei sistemi sanitari pubblici europei, ma ne ha anche sottolineato i limiti, già presenti prima della pandemia. L'Unione Europea non ha risparmiato "grant di ricerca" su questi temi, ma a mio avviso almeno per quanto riguarda l'Italia, i risultati sono modesti, se si considerano le loro ricadute in termini di analisi fino alle soglie della pandemia.

– A giudicare dal taglio degli interventi del panel, temo che il servizio sanitario pubblico di ogni paese europeo, quello che dovrebbe rispondere a tutti, rischi di essere definito "pubblico" solo in quanto finanziato dal denaro pubblico (destinato alla componente pubblica e a quella privata) e che si dia per scontato che continui ad esistere in virtù di vari automatismi evocati fideisticamente, ma ignoti nel loro funzionamento e nei loro effetti reali.

– Dagli interventi del panel non emerge il nesso tra quello che i cittadini hanno già capito e sperimentato sulla loro pelle e il fatto che per ora è dallo Stato a cui appartengono che devono pretendere la garanzia della permanenza e del rafforzamento del

servizio sanitario pubblico. Il processo di privatizzazione dei servizi sanitari dei paesi europei è avanzato.

In assenza di prospettive ravvicinate di ampliare le competenze condivise in materia di sanità, l'opinione pubblica dovrebbe essere aiutata a capire che non basta immaginare come articolare ordinatamente nel tempo gli steps degli avanzamenti, come si può fare in un panel. L'opinione pubblica deve essere aiutata a capire che la difesa di un bene comune europeo come la salute passa dal fatto che al momento gli interlocutori sono i singoli stati.

PROPOSTE

E' fin da ora che i cittadini europei devono essere aiutati dall'Unione europea a difendere i sistemi sanitari europei intesi come beni comuni, conservando e rafforzando la loro organicità e integrazione al fine di perseguire interessi pubblici. Ecco qualche focus per le istituzioni europee in proposito:

A) Vista dall'Italia, la realtà che i cittadini sperimentano per curare la salute da qualche anno, già prima della pandemia, è che le prestazioni in convenzione con il Servizio sanitario nazionale si vanno riducendo. Infatti i tempi di attesa sono lunghi e occorre affrontare il peso di una elevata mobilità territoriale per trovare i servizi. Spesso si va molto oltre il perimetro della rete dei trasporti pubblici locali anche per visite specialistiche ed esami di routine. Chi può permettersi economicamente di curare la sua salute, acquista le prestazioni dai privati. Questo ha enormemente e rapidamente sviluppato l'offerta di servizi da parte della componente della sanità privata soprattutto negli ultimi anni, quando sono avvenute importanti operazioni di acquisizione e concentrazioni di proprietà. Per i cittadini questi processi sono difficili da capire e monitorare perché i proprietari delle società private che operano in sanità non sono identificabili attraverso strumenti diffusi come internet e tantomeno lo sono dalle carte dei servizi che si trovano dentro alle strutture private, che sono diventate degli opuscoli pubblicitari a vantaggio del soggetto privato.

Quindi dall'Italia e forse anche dagli stati europei, si vedono due processi: a) l'allargamento e l'approfondimento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure per la propria salute; b) il fiorire di una offerta diversificata di servizi privati - in parte in regime di SSN e in parte acquistabile direttamente o attraverso assicurazioni e fondi sanitari - di cui il cittadino non percepisce la qualità e l'appropriatezza. Infatti, oltre alla componente pubblica (ora molto penalizzata dal covid perché è il terzo inverno che fa fronte alla pandemia con l'obbligo di disarticolare i servizi ordinari in funzione del covid), il cittadino trova l'offerta di soggetti accreditati e contrattualizzati dal Servizio sanitario regionale e anche l'offerta di soggetti solo autorizzati (non controllati) che si rivolgono direttamente al mercato con prezzi concorrenziali con i ticket. *Il cittadino non ha strumenti per distinguere e per valutare la qualità di quello che gli viene offerto*, e immagina una realtà che non c'è: ovvero che sia tutto controllato o controllabile dalle autorità sanitarie regionali o nazionali. Ma l'Unione europea fin da ora potrebbe stabilire dei vincoli di informazione che i privati devono rispettare. *Perché ci sono vincoli sull'etichettatura ad es. del formaggio che mi dicono chi lo produce e dove lo si produce e non debbo sapere chi è il proprietario della struttura privata che mi fa la Tac o mi fornisce un altro servizio sanitario (o assistenziale) e non posso prendere atto della catena proprietaria che lo riguarda e che gestisce in ultima analisi a chi e in quale paese finiscono i profitti di questa attività? Penso che questo diritto all'informazione debba valere nei confronti di tutti i privati, anche di quelli convenzionati con il Servizio Sanitario regionale o nazionale.*

B) Sulle questioni introdotte al punto A, pendono i verdeti dell'*Autorità nazionale della concorrenza*. In Italia a mio avviso questa Autorità (forse anche le altre Autorità nazionali?) tratta i soggetti pubblici e privati che operano in sanità come se appartenessero ad un comparto che produce beni e singole prestazioni, in nome del principio della concorrenza. Su questa fal-

sariga, la Regione Lombardia ha addirittura oltrepassato il principio della concorrenza e con la recentissima l.r. 22/2021 ha scritto nei principi del sistema sanitario lombardo una cosa sorprendente: *“che pubblico e privato sono equivalenti”*! Ma il servizio sanitario nazionale/regionale è una macchina estremamente complessa che produce servizi intesi come *“mezzi”* (tra cui anche le prestazioni ad es. della diagnostica e della chirurgia) per curare la salute e non è assolutamente comparabile con altri comparti produttivi complessi, come ad es. quelli bancari, assicurativi, dei trasporti, ecc. che sono chiamati a produrre servizi intesi come *“risultati”*.

Trattandosi di salute, cioè di un bene pubblico europeo da tutelare e *fin da ora* da rafforzare tra i diritti umani, perché l'Autorità della concorrenza, nazionale ed europea, non integra *fin da ora* il suo approccio per almeno monitorare la diffusione delle composizioni proprietarie delle società private che operano in sanità nei singoli paesi e richiama l'attenzione della politica sulle tendenze in atto in Unione europea? *Perché solo ora siamo coscienti che è una debolezza per le industrie europee essere estremamente dipendenti da quelle di altri continenti - ad esempio per la componentistica - e non abbiamo un disegno comune su come i sistemi sanitari europei vanno affrontando le risposte di salute ai loro cittadini attraverso società private e multinazionali?*

Agli occhi dei cittadini, le società della sanità privata sembrano comportarsi con la saggia strategia di non suscitare nei loro concorrenti una reazione tale da indurli a rivolgersi all'Autorità nazionale della concorrenza con l'accusa di *“eccesso di posizione dominante”* o simili. Sembra che il mercato europeo della sanità privata venga diligentemente e oculatamente spartito in modo che l'Autorità della concorrenza dorma sonni tranquilli. Faccio un esempio che vale, con altri soggetti privati, anche per altre regioni Italiane. Se il cittadino europeo abita in Lombardia ha molta probabilità di aver a che fare con la Synlab, con sede in Germania ma di cui ora è proprietario un Fondo inglese, il Cinven. Se

invece il cittadino europeo abita in Piemonte, per prestazioni analoghe ha molta probabilità di rivolgersi ad Affidea, che è di proprietà dell'italo svizzero Bertarelli e forse non solo. Sia Synlab che Affidea convivono nelle due regioni, ma in dosi opportunamente calibrate e convivono con altri soggetti privati concorrenti, ma tutti probabilmente in dosi omeopatiche tali da evitare che l'Autorità della concorrenza nazionale sia chiamata ad intervenire. E se non interviene l'Autorità della concorrenza nazionale, perché mai dovrebbe intervenire quella europea?

E' verosimile ipotizzare che siano le autorità pubbliche locali degli Stati membri - istituzionalmente deputate a presidiare i sistemi sanitari pubblici - quelle che aprono il mercato della salute ai privati. E sono le multinazionali ad avere interesse che i loro interlocutori siano nazionali e locali perché in questa fase ciò può facilitare la pervasiva ma accelerata sostituzione dell'offerta pubblica con quella privata. La consistenza delle risorse pubbliche che in UE viene destinata a finanziare la sanità è un tesoro molto attraente per le multinazionali di ogni dove. La penetrazione dei soggetti privati nel mercato della salute europeo, procede indisturbata in modo capillare e pervasivo, di Stato in Stato, e così facendo si rischia di svuotare dall'interno i servizi sanitari pubblici. Il privato, che dovrebbe essere integrativo, rischia di diventare sostitutivo del pubblico e a quel punto un servizio pubblico sanitario rischia di non essere più gestibile a fini pubblici.

C) La dipendenza dai soggetti privati da parte di servizi pubblici importanti come il servizio sanitario (nazionale o regionale), dovrebbe essere studiata e monitorata come un fenomeno europeo a sé. Non è una appendice del discorso europeo che va maturando sulla produzione dei farmaci o a proposito degli interventi a difesa della salute pubblica e degli alimenti, come quelli relativi alla pandemia in corso. Credo che i cittadini europei vogliano almeno sapere ad esempio, se i loro servizi sanitari nazionali

sono diventati un terreno di caccia per multinazionali dell'Unione europea o per società esterne o di altri continenti. I processi di acquisizione e di fusione da parte di aziende che operano nel mercato della salute meritano l'attenzione dell'*Autorità della concorrenza* perché in questi anni circolano capitali importanti in questo settore che è considerato particolarmente remunerativo. La salute dei cittadini europei è un bene comune che deve esser tutelato anche per colmare le crescenti disuguaglianze.

D) molto preoccupante a mio avviso è il fatto che la *sussidiarietà* sia considerata un ingrediente dell'Unione europea ormai ampiamente metabolizzato ma in modo anche ambiguo, da mettere nella cornice di qualsiasi politica. Ma un conto è parlare della sussidiarietà prevista e disciplinata nei Trattati, che è solo quella *verticale*. E un conto è parlare della sussidiarietà *orizzontale pubblico/privato*. Quest'ultima non mi pare sia prevista dai Trattati ma è una prassi veicolata dalla stessa Unione europea attraverso le modalità di accesso ai fondi europei, attraverso le linee di finanziamento della Bei (Banca europea degli investimenti) e indirettamente finisce per esserlo con il programma Next Generation EU.

In che modo a livello di Unione Europea si vanno affrontando gli effetti della combinazione di questi due versanti della sussidiarietà che l'Unione Europea veicola? Per esempio sulla tenuta dei servizi sanitari nazionali nell'operare a fini pubblici? Per esempio per verificare l'ipotesi che proprio il consolidamento degli interessi privati nel campo della sanità sia all'origine della riluttanza degli Stati ad aprirsi a competenze condivise in materia di sanità all'interno dell'UE nonostante la pandemia di covid 19 dimostri che è positivo unire le forze per difendere la salute dei cittadini? Per esempio per verificare se l'Autorità della Concorrenza, a causa del perimetro delle sue competenze, non rischi di entrare in conflitto con la costruzione di quella infrastruttura dei diritti umani e delle libertà che è il fondamento dell'Unione Europea?

E se la salute guidasse il mondo? (Et si la santé guidait le monde?)

di Fulvio AURORA*

E' il titolo di un libro che è stato raccomandato dalla rivista sulla salute e ambiente di lavoro della rivista HESAMAG edita da ETUI, ovvero dall'apposito organismo della Confederazione Europea dei Sindacati (CES) che di questo si occupa. L'autore ELOI LAURENT è un professore universitario di economia a Parigi e /Stanford.USA) il libro è edito da Open Edition.(1)

Questo titolo non è solo uno spunto, può essere, anzi dovrebbe diventare una linea politica. In particolare per il Coordinamento per il diritto alla salute fondato principalmente sull'articolo 32 della Costituzione (2) e quindi per le associazioni che fanno ad esso riferimento. Non può essere considerato infatti solo un argomento su cui lavorare, ma deve diventare un'azione concreta da promuovere. E viene subito in mente quanto nel 1986 (Carta di Ottawa) ha detto l'Organizzazione Mondiale della Sanità: *"Requisiti per la salute - Condizioni e risorse fondamentali della salute sono: la pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un eco-sistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Ogni progresso sul piano della salute dove essere necessariamente e saldamente ancorato a questi requisiti"*. In altri termini occuparsi e lottare per affermare il diritto alla salute significa intervenire complessivamente sulle condizioni di vita.

Ed è su tutto ciò che il nostro Coordinamento è impegnato. Vogliamo sottolinearne la sua importanza in quanto oggi siamo in tempi difficili e non abbiamo molti riferimenti di aggregazione e di mobilitazione. Siamo noi a doverli creare e forse, visto come sono dispersi i partiti cui una volta si faceva riferimento e come altrettanto non

siano vicini a noi i sindacati confederali privi di chiarezza di cosa sia il pubblico e cosa sia il privato visti i loro accordi sulle assicurazioni sanitarie.

Visto che sono in vena di bibliografia raccomanderei anche un altro libro direttamente legato all'argomento, anche questo di una docente universitari di Milano Maria Elisa Sartor: il titolo è: *La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid19 – un'analisi critica*, sono oltre 500 pagine, quindi l'argomento è ben sviscerato, non si poteva dire di più. Consiglierei di iniziare per leggere l'introduzione, ma poi andare in appendice dove si trova *"uno studio sul depotenziamento del pubblico e la parallela privatizzazione della funzione erogatrice"* che riguarda un caso emblematico relativo alla ASST Melegnano e Martesana della ATS Città Metropolitana di Milano... Non me ne volete, ma la Lombardia si è voluta differenziare anche nei nomi. ASST sta per Azienda Socio Sanitaria Territoriale e corrisponde, ma non solo, agli ospedali e ATS sta per Agenzia Tutela della Salute e corrisponde per una parte alle vecchie ASL e per un'altra parte alle nuove ASST. C'è da dire che la gestione delle strutture pubbliche, non da oggi, ma da ieri, in particolare con la Giunta Formigoni e la relativa legge che sanitaria approvata nel 2009 (legge 31) è stata una gestione aziendale, ovvero su criteri manageriali e privatistici. Si capisce bene come divenga facile passare dal pubblico al privato. Un solo esempio avvenuto in una struttura sanitaria della Provincia di Milano, riportata nel libro citato, ovvero il Punto Nascita dell'Ospedale di Cernusco sul Naviglio dove è stato trasferito parte del personale di quel servizio all'ospedale di

*Medicina
Democratica,
Milano.

Melzo, depotenziandolo pesantemente. Ma c'è una ragione, in quanto Cernusco sul Naviglio dista 7,2 km dal grande e privato - convenzionato Ospedale San Raffaele: un danno per i residenti di Cernusco e al tempo stesso ma un grosso vantaggio per il San Raffaele, (IRRCS privato del Gruppo San Donato), poiché ha creato una cintura di sicurezza duratura nel tempo intorno alla sua nuova attività di business; infatti ogni nuova nascita porta all'ospedale dove c'è un Punto Nascita una dote di 1600 da parte della Regione. Inoltre il San Raffaele è sicuro di essere l'attrattore permanente di una buona parte delle partorienti di Cernusco (ora prive del loro servizio) e anche dei paesi vicini dell'hinterland, come ad esempio Segrate, nonché quelle di Milano per due ragioni. Anzitutto il Punto Nascita è un servizio particolarmente qualificato dal punto di vista clinico e il San Raffaele consente per la sua ubicazione di certificare che il neonato è stato partorito a Milano... interessante notare che al 28 febbraio 2015 sono state inaugurate le nuove sale parto del San Raffaele e il giorno successivo, ovvero il 1 marzo sempre 2015 il Punto Nascite dell'Ospedale di Cernusco è stato definitivamente chiuso.

E se andiamo più lontano, sempre in Lombardia, ma questa volta in fondo alla Valtellina, all'Ospedale di Sondalo (in origine un tubercolosario voluto dal fascismo negli anni poi trasformato in ospedale generale), scopriamo che in questo ospedale è stato privatizzato il Pronto Soccorso, ed è proprio il colmo.. , tale compito è stato assunto da una società di sanità a responsabilità limitata di Milano; ma dobbiamo aggiungere che è solo l'inizio, in quanto abbiamo visto che nelle nuove "*Case della Comunità*", ovvero quelle strutture territoriali appositamente istituite al seguito delle pesanti critiche rilevate nel corso dell'epidemia Covid 19 viene data la possibilità a enti sanitari privati di intervenire, aprire una convenzione e gestire il servizio che la mano pubblica non intende farsene carico. In pratica il convenzionamento con strutture private, che dovrebbe essere un'eccezione sta diventando e diventerà sempre più importante, almeno dal punto di vista quan-

titativo. Il sistema sanitario sta dunque cambiando, sempre meno pubblico e sempre di più nelle mani dei privati. Si prepara un ulteriore passaggio, comunque già in atto, che è quello di costringere i cittadini, se vogliono avere risposta sanitarie in tempi certi e non procrastinato in tempi lunghissimi, a contrarre delle assicurazioni.

Parlare solo di privatizzazione non basta, perché a molti, nella popolazione in generale, interessa essere curati, nei tempi dovuti (non con lunghe liste di attesa) e in modo qualitativamente accurato e gratuitamente. Se questo venisse portato avanti dalla sanità privata andrebbe loro bene comunque. Ma non è così prima perché non è vero sia dal punto di vista della qualità delle cure (e della prevenzione negata) sia perché comunque subito o dopo in qualche modo si finisce per sborsare denaro.

Il sottotitolo del libro citato così si esprime: "*La speranza di vita vale di più della crescita*" (-l'esperance de vie vaut mieux de la croissance-). In altri termini con la sanità si possono fare soldi, si può crescere e allora perché non darsi da fare come pensano i produttori privati di sanità, e produrre piccole e grandi strutture soprattutto di cura e di riabilitazione che sfornino migliaia di visite ed esami che danno l'impressione di curare le persone, ma a volte sono pure inutili e dannose? Viene forse garantita la crescita economica, ma non certo la salute. E lo si vede nel caso delle vaccinazioni anti covid19 dalla quale vengono escluse tutte quelle popolazioni che non hanno soldi per pagarle.

Ma dobbiamo proprio dire addio alla sanità pubblica, universale gratuita, così come storicamente pensata fin dalla Resistenza, attuata con la Riforma Sanitaria del 1978? Pensiamo di no, anche perché la pratica (ma pure la teoria) ci dicono che un sistema sanitario nazionale è più efficace e meno costosi di qualsiasi altra assicurazione. C'è da aggiungere comunque che il blocco di potere economico, politico e propagandistico che si è formato per fare intervenire massicciamente il privato in sanità è molto potente e non si fermerà solo perché è stato e viene dimostrato la sua inefficacia, e le conseguenti diseguaglianze che produce.

Dobbiamo però dire come ci opponiamo, non bastano certo le dichiarazioni e le dimostrazioni anche se scientificamente fondate: occorre mobilitarsi e promuovere un'azione costante di disapprovazione e di azione tenace di convincimento nei confronti della popolazione, parte della quale può cascare nel tranello assicurativo. E a nostro avviso sono due i modi tramite i quali raggiungere l'obiettivo che ci proponiamo. Anzitutto è necessario che i movimenti, i comitati le associazioni, i sindacati che sono su questa lunghezza d'onda operino su un unico fronte, senza peraltro necessariamente unificarsi o essere sottoposti a un solo comando. Operare insieme, coordinati e' sufficiente, anche se non facile, ma riteniamo, allo stato attuale non esiste altro modo:

- Abbiamo citato l'articolo 32 della Costituzione, cui va aggiunta anche la citazione dell'articolo 41 (3). Senza dubbio le pratiche di privatizzazione, comunque l'abbandono o l'annacquamento del Servizio Sanitario nazionale sono fatti anticostituzionali che contraddicono particolarmente gli articoli costituzionali citati, nonché la legge 23/12/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Il ricorso quindi alla Magistratura, civile, penale ed economica non è solo una necessità, ma anche un'opportunità e pure, sempre se necessario occorre arrivare alla Corte Costituzionale: IL DIRITTO ALLA SALUTE E' FONDAMENTALE, e non può essere messo in discussione.

- Indispensabile è la mobilitazione di tutte le forze – che sono tante – che hanno questo intento, forze popolari e organismi scientifici perché l'Istituzione Sanitaria e sociale, e complessivamente è la cosiddetta politica che si mostra incerta, poco propensa ad agire con determinazione, si dia una mossa (più di una) e intervenga in maniera precisa e motivata.

Proprio in Lombardia abbiamo deciso, nell'ambito del Coordinamento Regionale Lombardo per il diritto alla Salute di intervenire contro la recente legge regionale 22

del 2021 per la sua eliminazione o per una sua radicale modifica. Per ciò stesso abbiamo inviato una lettera al Ministro della Salute che già, tramite l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari) era intervenuto nel merito muovendo una serie di critiche ed è di questi giorni (la notizia che ha scritto di nuovo alla Giunta regionale chiedendo che proceda con i cambiamenti opportuni (6 febbraio 2022).

Restiamo in attesa di conoscere nel merito le ulteriori obiezioni del ministro e le risposte della Regione pronti ad intervenire sul piano della mobilitazione anche su quello giuridico.

Note

1. Il contenuto del libro del libro riguarda la relazione fra economia, ambiente e salute, oggi essenziali per affrontare e migliorare le condizioni di vita dell'umanità, in particolare dei più poveri; al contrario l'istituzione sanitaria e sociale guarda ai più ricchi. Sono loro che devono essere salvaguardati, nel senso che devono essere messi nelle condizioni di mantenere e aumentare le proprie ricchezze.

2. Articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana : *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

3. Articolo 41 della Costituzione della Repubblica Italiana : *“L'iniziativa privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in alcun modo da recare danno alla sicurezza alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata ai fini sociali.”*

Lettere per un nuovo inquadramento del rapporto tra servizio sanitario nazionale e salute collettiva

di Marco CALDIROLI*

In modo apparentemente casuale, nel corso del 2021, abbiamo trovato nelle librerie (fisiche e virtuali) tre testi di approfondimento sulla storia e le prospettive della sanità italiana che, ad avviso dell'autore di queste note, si integrano tra loro.

Il primo è *“Storia dello Stato sociale in Italia”* di Chiara Giorgi e Ilaria Pavan, Il Mulino. La salute come bisogno sociale, la storia dell'approccio *“pubblico”* al tema è presente in tutti i percorsi del *“welfare”* italiano, dal Regno d'Italia attraverso l'epoca fascista e il dopoguerra fino, appunto, a quella stagione dei diritti degli anni '70 che ha *“scritto”* il servizio sanitario nazionale cui è dedicato uno specifico capitolo *“Il Servizio Sanitario Nazionale. Progetti, riforme, lotte per la salute”*.

Il secondo riguarda nello specifico il modello lombardo, seguito nella sua evoluzione da metà anni '90, da Maria Elisa Sartor *“La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica”* disponibile su Amazon.

Il terzo è pamphlet di Ivan Cavicchi *“La sinistra e la sanità. Dalla Bindi a Speranza e in mezzo una pandemia”*, Castelvechi, che ci fa entrare nella discussione sui possibili cambiamenti di verso alla sanità (e non solo) a partire da un rinnovato approccio alla salute individuale e collettiva.

STORIA DELLO STATO SOCIALE IN ITALIA: IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il capitolo dedicato al servizio sanitario ci ricorda da dove veniamo e quale percorso si voleva intraprendere con la riforma sanitaria del 1978.

Allora la sanità era frammentata, fondata

su assicurazioni e mutue diversificate per categoria e che comunque non coprivano tutta la popolazione (un quarto della popolazione non aveva alcuna forma di tutela). Un fattore che allora ha spinto per una revisione della situazione è rappresentato (sic !) dalle ondate pandemiche, dall'influenza *“asiatica”* del 1957 all'epidemia di poliomielite del 1958. Il percorso è durato circa 20 anni in parallelo ed influenzato dai conflitti sociali e dalle domande di cambiamento. Una storia che emerge da una discussione collettiva che ha orientato i contenuti della riforma: *“figure di raccordo tra l'ambito medico-accademico, il mondo del lavoro e della fabbrica e lo spazio più propriamente politico. Tra queste spiccarono quelle di Giovanni Berlinguer e Giulio Maccacaro ... Ad accomunare queste figure furono una visione unitaria e integrata della salute, fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio, una concezione politica dell'ambito medico-sanitario e con essa una riconduzione della salute a fatto sociale; una consapevolezza del capitalismo avanzato e dei suoi dispositivi di controllo e assoggettamento. A ciò si sommò una nuova impostazione del rapporto tra medico e paziente, nonché l'opzione per un'organizzazione sanitaria periferica e decentrata, per una gestione diretta e partecipata per la centralità del momento preventivo (e qualitativo) su quello curativo (e quantitativo) dell'intervento sanitario”*.

In sintesi un SSN universalistico, gratuito (pagato con la tassazione) e partecipato; finalizzato, con il relativo ordine di priorità, alla prevenzione, cura e riabilitazione, già prefigurato dal Comitato di Liberazione

*Medicina
Democratica,
Castellanza
Varese.

Nazionale negli ultimi mesi della resistenza. La riforma del 1978 è stato un percorso di sinergia (inedita anche allora) tra partiti, sindacati e movimenti (un crogiolo da cui è nata Medicina Democratica nel 1976).

Non senza difficoltà, tempi lunghi, contrasti il testo di legge includeva la soppressione degli enti previdenziali che gestivano le forme di assicurazione obbligatoria sulle malattie. Si confrontava con l'emergere del protagonismo operaio sul tema dell'ambiente di lavoro, le cui vertenze si allargano al territorio, con obiettivi sociali come ambientali, prime vere lotte *"ambientaliste"* oltre le visioni conservative delle associazioni di tutela della natura preesistenti. Analogo e parallelo il percorso che portò a compimento, nello stesso 1978, alla *"riforma Basaglia"* (L. 180) sulla *"sanità"* mentale. La riforma incide anche sulla situazione ospedaliera allora vicina al collasso, di proprietà delle IPAB (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza) senza alcun coordinamento tra loro ed un sistema assistenziale ancorato sui singoli comuni (ed ai relativi, singoli, bilanci).

Una prima riforma nel 1968 riconduceva i servizi ospedalieri ad ambiti regionali rimandando alla riforma sanitaria i punti di maggiore discussione introducendo comunque *"l'universalità del diritto al ricovero, una definizione ampia delle funzioni degli enti ospedalieri, la previsione di partecipazione alla loro gestione da parte degli operatori"*. L. 386 del 1974 determinò, nei fatti, una *"nazionalizzazione"* degli enti ospedalieri eliminando il *"rapporto perverso, tra mutue e ospedali"* trasferendo al pubblico, oltre ai colossali deficit accumulati, anche i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni.

Le autrici ricordano il ruolo di Maccacaro e di Medicina Democratica nella elaborazione degli assi portanti della riforma e nella proposta dell'organo di base: la Unità Sanitaria Locale *"un sistema non solo sanitario, ovvero semplice aggregazione coordinata di enti e di servizi, ma anche e soprattutto 'sistema partecipatorio'."*

Nei vari livelli di organizzazione e di qualificazione, quali il distretto, la sub-unità e l'unità, l'USL riusciva così ad esaurire 'i

bisogni sanitari dei suoi cittadini rinviandone, per sua competenza, soltanto quelli di più rara occorrenza e di più speciale esigenza all'ospedale regionale e ad altri presidi esterni al suo perimetro" (il passo riporta in parte una citazione da Maccacaro). Ricordano anche l'intervento diretto di Medicina Democratica *"che evidenziava la propria distanza dal progetto in discussione. Essa era dovuta allo scarso peso dato alla prevenzione e al suo significato, alla negazione di una reale partecipazione dal basso che sanciva (...) 'nuovi livelli di delega accentratrice', alla subordinazione della malattia a una scienza medica separata dal contesto socio-territoriale, alla conferma delle differenze di classe"*. (1)

Dopo il percorso in Parlamento (dicembre 1977-dicembre 1978), attraversando la crisi del rapimento e del delitto Moro, rimase chiaro ai suoi sostenitori che *"la riforma segnasse l'inizio di un complesso percorso collettivo ... volto a esigerne l'applicazione integrale, a scardinare il vecchio sistema, 'a contribuire all'opera dello Stato nella promozione della salute' Quanto alla sfasatura temporale, vi era consapevolezza che il SSN giungesse alla sua approvazione con molti anni di ritardo dalla sua elaborazione, in un momento di forte crisi economica e di calo della 'tensione ideale e di quel consenso popolare' che ne avevano accompagnato la progettazione per molto tempo"*.

Risultano ancora di piena attualità (e di confronto con quanto della riforma è stato attuato e di quanto invece è andato *"alla deriva"* da successivi provvedimenti) i contenuti dell'articolo 2 sugli obiettivi della norma, l'articolo 10 sulle Unità Sanitarie Locali *"il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi ... in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale"* ovvero la *"produzione"* di salute collettiva (con l'allora già contestata restrizione delle forme di partecipazione popolare). L'attribuzione al servizio sanitario delle funzioni di prevenzione e tutela della sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita era anch'essa una novità a livello europeo: le competen-

ze sui luoghi di lavoro venivano in gran parte spostate dal previgente approccio burocratico e “post” (infortunio e/o malattia professionale) dell’INAIL e dell’Ispettorato del Lavoro. Per i luoghi di vita si richiamava quella visione olistica dei determinanti di salute (lavoro, vita, ambiente) che si è poi persa, prima con il referendum abrogativo del 1993 che ha separato le funzioni di controllo ambientale sulle altre e poi con le diverse forme di aziendalizzazione delle USL.

Non a caso il testo, nella parte finale, ritorna sull’attuazione e relative difficoltà del SSN negli anni successivi, alle “*spinte alla tecnicizzazione e alla trasformazione manageriale delle USL, avvenuta nei primi anni novanta*” come ai diversi atteggiamenti dei medici e delle loro organizzazioni “*da un allineamento con i principi ispiratori del SSN, soprattutto da parte dei medici generici (ndr Medici di Medicina Generale); a comportamenti di ulteriore deresponsabilizzazione, ereditata dal precedente sistema mutualistico ... al crescere di istanze rivendicative al fine di ottenere maggiori riconoscimenti della loro funzione*” fino alla attuale burocratizzazione dei compiti degli MMG che ne sta determinando la rivolta. E’ in questo contesto che si segnalano le iniziative, a partire della seconda metà degli anni ’80, di allontanamento dai principi della riforma (aziendalizzazione USL, maggiore regionalizzazione e privatizzazione) tra queste la “(contro)riforma della riforma” del 1992 (dlgs 502).

LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITA’ LOMBARDA DAL 1995 AL COVID-19

Il testo di Maria Elisa Sartor sembra prendere respiro e rincorsa dal testo di Chiara Giorgi e Ilaria Pavan per condurci fino alla soglia della cronaca degli ultimi mesi che, in Lombardia, ha visto l’approvazione di un ennesimo “aggiustamento” della politica sanitaria regionale cercando di “*innestarvi*” le parole d’ordine del PNRR in tema (case di comunità, ospedali di comunità, medicina di prossimità) : un ircocervo destinato ad ampliare ulteriormente le discriminazioni nell’accesso alle cure e

mantenere la prevenzione una snobbata Cenerentola.

Sono i percorsi di privatizzazione, da quelli generali a quelli specifici della Lombardia su cui punta il riflettore l’autrice : il trasferimento della proprietà pubblica o la riallocazione delle funzioni pubbliche nelle mani di privati. Uno sbilanciamento dal pubblico al privato. Dall’esame del “*modello*” lombardo i punti nodali sono così individuati :

- nella aziendalizzazione dell’ambito pubblico della sanità;
- da un processo di sottrazione/snaturamento del pubblico (servizi, letti, funzioni dirette);
- da un processo di addizione e sviluppo del privato.

Una peculiarità lombarda è il peso della “*narrazione*” che si è rivelata efficace per vendere ai cittadini una prospettiva di “*eccellenza*” e di parità (anzi miglioramento e velocizzazione) di accesso alle cure grazie alla “*concorrenza*”. A sostenerlo la “*sussidiarietà orizzontale*”, foglia di fico del “*no profit*” (reale e presunto) , cooperative “*bianche e rosse*”, forme di “*associazionismo*” di Medici di Medicina Generale, terzo settore in generale e – aggiungiamo noi - quel vero e proprio “*tumore istituzionale*” che è stata l’occupazione di posti direzionali e politici da parte di Comunione e Liberazione e il Movimento Popolare soprattutto nell’era del “*celeste*” Formigoni.

Parliamo di un processo iniziato con il primo governo Formigoni (1995) che ha utilizzato come leva provvedimenti nazionali, accentuandoli localmente fino a distorcerli : nel criticare la L.R. 22/2021 ricordando la preminenza del pubblico, la Tesoreria dello Stato (non il Ministero della Salute né Agenas !!) richiama il rispetto al Dlgs 502/1992 (decreto De Lorenzo) che per noi rappresenta uno dei momenti che hanno facilitato, con l’estensione dell’accreditamento dei privati (oggi ulteriormente rilanciato nel DDL concorrenza), lo sbilanciamento verso questi ultimi. La Lombardia “*più realista del Re*” delle privatizzazioni !

Al centro di questo processo tutt’ora in

corso vi è il “*depotenziamento del controllo politico sull’attività del governo regionale esercitato dal Consiglio*” e lo “*svuotamento dell’importanza del Piano socio-sanitario*” (mancante dal 2006 e sostituito dall’operato della Giunta); lo svuotamento del ruolo di controllo e proposta degli enti locali; la “*promozione di nuovi corpi intermedi dalla identità e funzione incerti e discutibili*”; minori funzioni alle strutture sanitarie pubbliche nella erogazione dei servizi e ruolo non di controllo ma di “*governance*”, che è solo parvenza di controllo. Le “*continue incursioni giudiziarie per riassetare le situazioni più drammatiche*” e la continua riproposizione di nuovi organi di controllo del SSR ne confermano l’inadeguatezza e il fallimento.

Tra le iniziative più recenti (dal 2017) significative sia dell’approccio privatistico che dell’utilizzo improprio (direi “*ideologico*”) delle conoscenze epidemiologiche/demografiche è stato ed è la “*presa in carico dei cronici*” (in Lombardia un potenziale “*mercato*” di 3,5 milioni di persone) affidati a un “*gestore*” pubblico o privato spezzando comunque il rapporto con il medico di base e, nello stesso, tempo l’unitarietà della persona ridotta e suddivisa tra le sue patologie croniche e quelle non croniche. La reazione (Medicina Democratica in prima fila) a tale impostazione ha costretto a modifiche nella impostazione iniziale e si è rilevato un sostanziale fallimento in termini di adesione.

La dichiarata parità (ora “*equivalenza*”) pubblico-privato nella erogazione dei servizi è negata nei fatti: il pubblico ha una serie di vincoli principalmente territoriali e di budget, il privato invece può “*mettere a contratto*” “*qualsiasi tipo di servizio erogabile tale da costituire rendita certa e un compenso ampiamente remunerativo*” (sistema del DRG (2). Oramai vi sono interi settori privatizzati come la cardiocirurgia a Milano, l’odontoiatria accreditata e a contratto; la diagnostica strumentale, la salute mentale, l’assistenza a lungo termine (RSA), la medicina sportiva.

Un processo che ha portato anche alla “*gestione privatistica delle strutture pubbliche (uso nel pubblico di tecniche mana-*

geriali/privatistiche tipiche delle aziende for profit)” con obiettivi regionali per garantire principalmente dei risultati economici, dando premi di produzione ai direttori legati all’incremento del fatturato o alla riduzione dei costi (leggasi riduzione del personale) (3), come pure alle esternalizzazioni dei servizi (pulizie, ristorazione, piccola manutenzione, servizi tecnologici...). Il depotenziamento è passato anche attraverso l’attuazione delle norme sul taglio dei posti letto (il parametro su 1.000 abitanti è passato da 6,4 nel 1995 a 3,4 nel 2018), in Lombardia applicate in modo



“*creativo*”. Il risultato è stata la costante riduzione dei posti letto nelle strutture pubbliche (- 22.239 dal 1997), un sostanziale dimezzamento. Questi posti letto in parte sono stati “*riciclati*” nel privato (+ 2.553 posti letto nello stesso periodo) e in parte trasformati in day hospital, day surgery, MAC, PIC (4) comunque modificando i rapporti : il pubblico dal 81,1 % nel 1995 al 61,3 % al 2018; il privato da 18,9 % al 38,7 % nello stesso periodo.

Il modello delle 3A (autorizzazione, accreditamento, accordo contrattuale) è stato il Cavallo di Troia dello sbilanciamento verso il privato grazie alla considerazione dei tre passaggi come distinti e non come una successione di requisiti che portano alla contrattualizzazione dei servizi con la Regione. I privati possono agire anche solo con una autorizzazione (ovvero dei requisiti “*minimi*”) e strutturarsi in modo articolato. Nella stessa struttura, con regimi

diversi, di “*quasi mercato*” che di “*mercato diretto*” è possibile incrementare i posti letti non sottoposti ai vincoli di legge, quelli “*regolari*” fungono da attrattori (e ne riducono i costi gestionali) per quelli di libero mercato. La voluta assenza di programmazione ha reso illimitato l’accreditamento fino a un eccesso di offerta agevolando un mercato esterno al SSR (turismo sanitario) da altre regioni (scaricando i costi su queste ultime spesso già “*strozzate*” da piani di rientro della spesa sanitaria).

Altro elemento che ha sbilanciato il rapporto pubblico/privato è stata la politica degli investimenti strutturali: i ritardi negli investimenti nelle strutture pubbliche, l’effetto di smantellamento di presidi esistenti (sospensione di servizi per lunghi periodi) e la realizzazione di nuovi presidi con minori posti letto rispetto a quelli iniziali ha ridimensionato l’offerta di servizi. A questo si è accompagnata una diminuzione degli investimenti in tecnologia (oggi riesumati nel PNRR soprattutto con riferimento alla non meglio precisata “*telemedicina*”).

Il definanziamento (tagli lineari) di servizi pubblici ha fatto il resto, in particolare quelli legati alla prevenzione, passando dai servizi odontoiatrici alla chiusura di servizi ospedalieri. Gli obiettivi dall’alto di contrazione dei costi e la adesione acritica dei direttori generali (di nomina politica e veri e propri monarchi) ha compreso anche il mancato turn-over degli operatori ancor più accentuato rispetto alla tendenza nazionale (Italia – 7,3 % dal 1997 al 2017 pari – 47.519 unità; Lombardia – 11,9 % pari a - 11.768 unità nello stesso periodo). In Lombardia questo circolo vizioso (meno strutture, meno operatori, spostamento dei servizi verso il privato) è stato considerato virtuoso in quanto realizzava il contenimento dei costi, senza alcuna considerazione dell’ “*alternativa di una riqualificazione del pubblico a costi complessivi minori*”.

Al 2017 la “*valorizzazione*” sui ricoveri ordinari e day hospital complessivo per il privato rappresentava il 45,5 % del totale (974.662.111 euro), questo valore rappre-

senta il peso del privato nel soddisfacimento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), le prestazioni “*garantite*” dal SSN; se invece guardiamo al complesso degli acquisti sanitari stimati dall’autrice nello stesso anno il privato copre complessivamente il 54,3 % (5) confermando il ruolo dell’accreditamento come “*piattaforma di lancio*” nel mare del “*quasi mercato*” sanitario.

Non va inoltre sottovalutato che “*il mercato libero ha trascinato lo sviluppo del mercato delle assicurazioni e dei fondi sanitari*” incluso quello del “*welfare aziendale*” emergente dalla contrattazione nazionale di categoria : la LR 22/2021 dedica spazio a queste forme assicurative, un ritorno alla situazione pre-riforma del 1978, in una gerarchia che discrimina (a partire dalle liste d’attesa) e distrugge nei fatti l’approccio universalistico proprio della riforma sanitaria.

Il fenomeno più visibile e vissuto dai cittadini è l’allungamento delle liste d’attesa, l’autrice individua le cause dal fatto “*incontestabile, che esistono in proporzione molti meno medici e infermieri negli ospedali pubblici di quanti non ce ne fossero nel passato*”, ulteriore fattore è l’estensione della “*libera professione intramoenia*” “*al di là delle regole e delle limitazioni di orario imposte per legge negli ospedali pubblici e spesso disattese*”, questa pratica viene alimentata dai maggiori introiti diretti (“*cash*”) disponibili per l’amministrazione dell’ospedale per far quadrare i bilanci come già detto, priorità regionale.

La “*limitazione all’accesso dovuto alle lunghissime liste d’attesa finiscono per portare l’utente, anche in situazioni non emergenziali, a dover ricorrere al servizio a pagamento presso gli erogatori del SSR in intramoenia o presso strutture del mercato diretto*” innescando un rapporto che lo porterà successivamente a continuare su quella strada. Da non dimenticare il ruolo dell’Università, anche Statale, nell’essere “*cinghia di trasmissione*” dell’orientamento didattico, con una schiacciante prevalenza di docenti dipendenti del SSR vincolati a fedeltà del committente. Un vinco-

lo che l'autrice definisce “*bavaglio*” che vieta ogni espressione di idee o comportamenti dissenzienti (l'estensione di quell'“*obbligo fiduciario*” contrattuale che ha mietuto lavoratori e lavoratrici, in particolare nelle RSA, che denunciavano condizioni di lavoro insicure in particolare nei primi mesi della pandemia).

Uno dei temi “*caldi*” emersi con l'esperienza covid è stata una maggiore coscienza che il pubblico è quello che si è fatto carico della risposta collettiva alla pandemia sopportandone il maggior peso come l'emergere di carenze e impreparazione. La debolezza della sanità territoriale è il principale problema, la regione Lombardia ha scientemente operato per la distruzione della “*pietra angolare*” del SSN: il distretto socio-sanitario delle USSL (6). I distretti sono ancora formalmente esistenti (e confermati anche dalla LR 22/2012) ma hanno perso da tempo la funzione di sede di erogazione di servizi integrati con le attività di prevenzione assegnati dalla normativa. Una loro funzione operativa residua (i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria) è anch'essa al lumicino, basti pensare la condizione disastrosa dei servizi di sicurezza sul lavoro invocati in occasione di infortuni mortali “*significativi*” e subito dopo fatti ritornare nell'oblio.

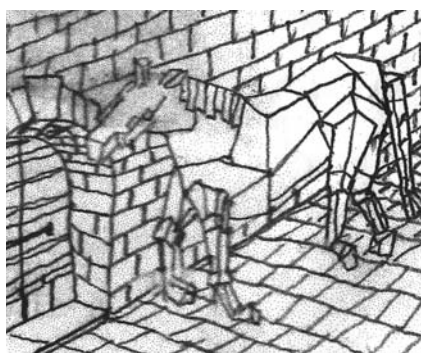
Lo svuotamento dei Distretti non è stato, secondo l'autrice, una scelta casuale perché la permanenza di un vero distretto avrebbe rallentato il processo di privatizzazione del SSR.

Il testo di Maria Elisa Sartor si conclude con indicazioni per far sì che le modifiche necessarie della normativa e della struttura della sanità lombarda tengano conto di quanto l'impatto della pandemia ha fatto emergere sulle debolezze lombarde (ruolo esorbitante del privato, ospedalocentrismo, indebolimento della medicina generale ...). La successiva LR 22/2021 è andata in tutt'altra direzione confermando l'impostazione degli ultimi 25 anni. Sono di questi giorni le segnalazioni anche di Medicina Democratica su poliambulatori diventati improvvisamente Case della Comunità cambiando solo la targa all'esterno dell'edificio. Nulla di nuovo sotto il

cielo lombardo.

LA SINISTRA E LA SANITÀ. DALLA BINDI A SPERANZA E IN MEZZO UNA PANDEMIA

Il testo di Cavicchi percorre il periodo post-riforma sanitaria fino ad affrontare i nodi post-pandemia, lo fa con un pamphlet che vuole svelare le responsabilità della classe politica di sinistra incapace di difendere e sviluppare i principi della riforma finendo per acconsentire al suo smantellamento, al più intervenendo con limitate e inutili mitigazioni di alcuni “*estremi*”.



Il libro inizia con un “*fuoco di fila*” individuando il principale problema della sanità attuale nella inadeguatezza del soggetto politico (la sinistra) unico possibile interlocutore di una riforma che risolva le contraddizioni della sanità pubblica (“*diseguaglianze, sostenibilità, regressività, prassi, governabilità, privatizzazione, disconomie, paradigma, sfiducia, ecc*”). (7)

Il “*pensiero debole*” che ha portato la sinistra alla sconfitta coinvolge anche questo campo, alla base un grande “*bluff*”: far finta di intervenire per eliminare le contraddizioni emerse dopo la riforma sanitaria: “*anziché difendere la natura pubblica del sistema dai condizionamenti economici, trovando con lo strumento della riforma nuove e diverse condizioni di sostenibilità del sistema, si è preferito, usando lo strumento della controriforma, aprire al privato, cioè delegare parte della spesa pubblica al reddito del cittadino*”.

La colpa della sinistra, da Bindi a Speranza, è stata di acconsentire a “ridurre l’idea di governo a gestione, quindi, con l’introduzione delle aziende, omologare la sanità al settore manifatturiero”. Anziché affrontare le contraddizioni emergenti tra i principi della riforma e la realtà economica e sociale in cui andava realizzata, la sinistra, anche quando ha avuto in mano le “leve del potere”, ha “ridotto la contraddizione a problema”. Un approccio messo a nudo dal Covid-19 e, per essere risolto, occorre ripartire dalla contraddizione “più pesante quella antica, ma resa oggi più feroce dai costi alti dell’epidemia, del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, ovvero quella che definisce in termini di compatibilità il concetto di sostenibilità”. Se non si superra la logica della compatibilità finanziaria (la visione della spesa sanitaria come un costo e non come un investimento sulla salute), le diseguaglianze si incrementeranno con una spinta ulteriore verso la sanità privata. I due momenti nodali sono individuati dall’autore dalla “riforma della riforma” De Lorenzo (dlgs 502/1992) e dalla “riforma della riforma della riforma” Bindi (dl 229/1999). Con la prima si apre al privato, con la seconda si fa un ulteriore passo nella stessa direzione “spianando di fatto la strada a nuove mutue, fondi, welfare aziendali, fino a teorizzare un governo promiscuo della sanità pubblico/privato”.

L’autore contesta una lettura del “decreto Bindi” come di una norma che cercava di tornare all’impostazione della riforma del 1978, lo considera come un insuccesso politico a causa del tentativo di conciliare l’inconciliabile, peggiorando la situazione e preparando i successivi tagli lineari del governo Monti e il definanziamento del governo Renzi.

Cavicchi attacca in particolare Bindi come “buffer”: “per recuperare la deriva neolibera della sanità, la Bindi è stata più neoliberista degli altri”. I fondamenti di questa accusa riguardano l’impulso che la legge ha dato ai fondi integrativi che desconosceva la riforma del 1978 ove vietava “agli enti, imprese e aziende pubbliche (di) contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche

liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell’assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale ... Le mutue integrative e complementari sono la foglia di fico per coprire il processo di privatizzazione in atto”. Considerarle ancora, nel 2022, come esclusivamente “integrative” appare il segno di una assenza di autocritica della Bindi e della “sinistra” di governo inaccettabile per l’autore (e per una vera sinistra).

Speranza ha introdotto un paradosso : quello del “nucleo minimo intangibile del diritto alla salute” associato alla “pienezza di tutela” che fa dire all’autore che “è un vero corto circuito controriformatore. Non è chiaro se il ministro Speranza intendesse sostenere la tesi che, per tutelare pienamente un diritto, questo diritto avrebbe dovuto essere minimo. E’ chiaro però che il diritto minimo non è altro che un modo diverso di dire sanità più privata e meno pubblica. Ritorniamo cioè alla rinegoziazione dei diritti degli anni di Renzi”.

Per il resto l’autore individua la ennesima mancanza di capacità riformatrice del ministro in carica segnalando nei contenuti del PNRR la assenza di interventi sui nodi neoliberalisti che colpiscono la sanità “la controriforma del titolo V; la controriforma della gestione delle USL come aziende; la controriforma del territorio con i grandi accorpamenti delle USL ...; la controriforma della mutualità volontaria ...; la controriforma dell’universalismo mettendo in campo politiche inique di distribuzione delle risorse che spaccano l’Italia in due; la controriforma del decentramento amministrativo ... cioè il regionalismo differenziato; la non riforma della medicina ossia l’errore di aver pensato di riformare la sanità senza intervenire sulla medicina e sulle professioni”.

Alcuni passaggi del testo appaiono particolarmente utili nell’ambito della discussione attuale su dove indirizzare la sanità per una maggiore tutela della salute. La critica dell’autore arriva a toccare quella che chiama la “apologia di alcuni capisaldi della riforma del ’78 come il distretto e la prevenzione” come pure la opinione che l’obiettivo di “tutela” della sanità pubblica

sia fuorviante. Di conseguenza è da criticare la prosopopea della medicina territoriale contenuta anche nel PNRR; l'autore ci interroga: *“possibile mai che nessuno si interroghi sulle ragioni del loro fallimento? Delle loro problematiche? ... se ci viene proposta la minestra riscaldata del territorio, vuol dire che questa categoria concettuale, almeno per come è stata concepita, organizzata e usata fino ad ora, non ha funzionato.”* Denuncia una mancata revisione dei contenuti dei termini, siano essi i distretti o le case della salute *“all'emiliana”* che *“altro non sono che un ritorno ai poliambulatori territoriali dell'INAM ... non proprio una idea nuova di zecca, e il distretto – sul quale da anni anch'io medito un ripensamento – merita una analisi ben più impegnativa di quella che fanno coloro che lo stanno mettendo in liquidazione”*.

L'autore chiede di partire da una *“riforma del concetto di territorio, quindi un'altra idea di territorio, pur sapendo che oggi nessuno può dire con certezza cosa sia il territorio”*: *“per cambiare davvero qualcosa in sanità oltre i soldi ci vogliono le idee”* e non il semplice potenziamento di *“vecchi, cioè storici, approcci e modelli di servizio”*.

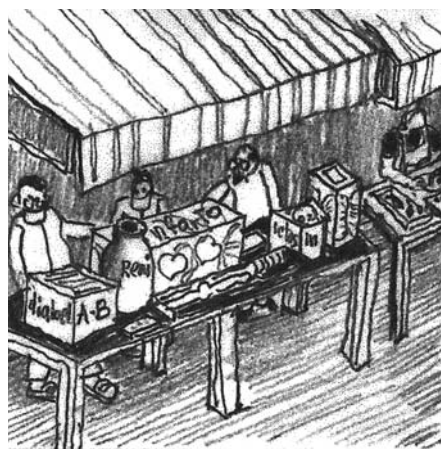
L'evidenza scoperchiata dal Covid-19 è l'inadeguatezza degli approcci e che non sia sufficiente rifarsi al passato (più o meno idealizzato) è certamente condivisibile. Oltre alla veemenza comunicativa, va colto quanto afferma l'autore come uno stimolo per non ripercorrere strade che non portano in nessun luogo. Questo non deve significare cancellare intuizioni contenute nella riforma del 1978, certamente figlie di un contesto e di una realtà che è cambiata, ma che esprimono un approccio tuttora condivisibile e sono, con una loro attualizzazione, utili per quel cambiamento richiesto.

Quando esprime che *“è il lavoro, non la struttura, che fa il territorio”* e quindi che ogni riforma e/o PNRR e/o potenziamento deve parlare degli operatori e non delle *“case di comunità”* come edifici finendo per essere semplici poliambulatori si è certamente dalla stessa parte.

Altrettanto stimolante è la critica dell'o-

biiettivo della *“tutela”* quale *“concetto di difesa” di stampo giusnaturalistico, perciò già superato in quanto tale, che la pandemia ha sfacciatamente messo in crisi”*, al suo posto si propone un concetto *“costruttivista”*: *“la salute non si tutela e basta, ma si costruisce attraverso programmi con i quali integrare i suoi principali determinanti sulla base di una logica non solo della prevenzione ma della predicibilità. Si tratta di programmare ipotesi di salute e di creare tutte le condizioni in grado di corroborarle”*.

Sul termine *“predicibilità”* occorre inten-



dersi in quanto finora connessa con un *“mercato della malattia”* che si avvale di una medicina definita come *“predittiva”* costituita dal riconoscimento di *“pre-malattie”* e di preclinica con effetti biopolitici. Vi sono derive, anche nel caso di iniziative di screening, di per sé efficaci ed utili, che alimentano un mercato di terapie per un numero elevato di persone *“ri-definite”* malate o pre-malate al variare di soglie di parametri scambiando fattori di rischio con malattie vere e proprie (es. la glicemia nel caso del diabete di tipo 2) (8). Infine l'autore ci segnala che la pandemia ci ha insegnato che la salute non è solo una questione di diritti ma anche di doveri comprendendo in questa osservazione il tema della prevenzione o meglio della *“apologia della prevenzione”* nell'ambito dei contenuti del PNRR. La prevenzione verrebbe inchiodata *“alle vecchie epistemologie igieniste dell'ufficiale sanitario”*

delle norme regie ... Il concetto di prevenzione, esattamente come la cura, rientrando nell'idea classica di tutela, resta una questione solo di diritti", invece "si tratta di dire che la salute è un diritto ma anche un dovere non solo dell'individuo ma della comunità, se esiste infatti un 'interesse della collettività' allora implicitamente esiste una comunità, cioè un vero e proprio soggetto politico". Non è facile definire dove questa osservazione possa portare se non con ulteriori discussioni; la proposta dell'autore è di passare dalla USL alla Sssc (Sistemi sociosanitari di comunità): "sistema non solo di servizi ma anche di 'insiemi' di persone (cittadini e operatori), cioè gruppi eterogenei di persone che, con ruoli diversi, partecipano alla costruzione della salute e al suo governo; sulla base dei criteri stabiliti con legge i Sssc si articolano non più in distretti ma in 'comunità di base' alle quali si riferiscono le strutture tecnico-funzionali dei Sssc per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento."

Sicuramente un messaggio dell'autore da tenere ben presente: riformare è un processo serio di cambiamento ben diverso da processi emendativi che non modificano ma al più correggono impostazioni che, in sanità, stanno portando alla distruzione del servizio pubblico. Ma per una riforma occorre "un coerente soggetto riformatore" quindi un "reinventore di modelli" "come è stato fatto nel '78, la necessità di un passaggio da un paradigma all'altro, da un certo tipo di sistema a un altro tipo di sistema" che non può alimentarsi di nominalismi. Un soggetto, secondo l'autore, nella quale la sinistra ha un ruolo purché "per il bene generale in sanità faccia autocritica, riprenda in mano il progetto riformatore iniziato ma non concluso con la riforma del '78, per completarlo, per correggerne degli errori, per arricchirlo con un pensiero più moderno, per renderlo maggiormente adeguato alle sfide che ci aspettano". Questo nuovo progetto riformatore è sicuramente nelle corde di chi, come Medicina Democratica, è stata tra i principali "formatori" del progetto incluso nella riforma del 1978.

NOTE

1. "Riforma sanitaria: una proposta di riflessione e di dibattito", Medicina Democratica, n. 6, giugno 1977, v. <https://www.medicinademocratica.org/wp/?s=archivio>
2. DRG (Diagnosis Related Groups) il sistema nato per identificare il "prodotto" dell'ospedale in termini di classi o categorie di pazienti omogenei quanto a caratteristiche cliniche ed assistenziali divenuto il "mat-tone" della "remunerazione" (tariffazione) delle prestazioni sanitarie, riferimento economico delle scelte del privato su quali servizi incentrarsi, alla base di numerosi fenomeni, anche di rilevanza penale, di deviazione fraudolenta di risorse pubbliche verso il privato (fatturazione di prestazioni di maggiore remunerazione rispetto a quelle effettivamente erogate e/o erogazione di prestazioni non appropriate, inutili o anche dannose).
3. "Premiati innanzi tutto i direttori generali e amministrativi che, percepiti cospicui bonus per aver raggiunto gli obiettivi di riduzione di spesa, alla scadenza del loro incarico lasceranno ad altri il compito di risolvere i problemi generati dalla loro gestione" Amedeo Vittorio Bedini "La salute ai tempi di Sars-Cov2. Il caso lombardo" Nens Nuova Economia, 2020.
4. "Ci sono i tagli dei posti letto dovuti alle innovazioni di servizio che eliminano i ricoveri tradizionali e li trasformano in qualcosa d'altro: MAC (Macro attività ambulatoriale complessa) BIC (Macro attività chirurgica a Bassa Intensità Operativa e Assistenziale), per esempio ... Nel passato l'operazione alla cataratta era effettuata in Degenza Ordinaria, poi lo è stata in Day hospital, ora in Lombardia viene effettuata come BIC ... questo significa che negli Ospedali pubblici, a parità di volumi di uno stesso tipo di prestazione ... l'ospedale viene retribuito meno per il fatto che le prestazioni sono state riclassificate in categorie a minore remunerazione tariffaria."
5. Si veda anche di Maria Elisa Sartor "Riforma della sanità lombarda? D'ora in poi solo a carte del tutto scoperte" Medicina Democratica 242-243.

6. Secondo la legge regionale 39/1980 (seguita dalle LR 64 e 65 del 1981) che istituiva le USSL in Lombardia i distretti dovevano garantire “a) attività diagnostiche e terapeutiche di primo livello, assistenza medico generica, pediatrica, infermieristica, ostetrica, odontoiatrica e guardia medica festiva e notturna; b) attività di base per l’igiene dell’ambiente di vita e di lavoro e tutela dell’igiene pubblica e della alimentazione umana (...) la rilevazione dei dati ambientali, la segnalazione di situazioni di emergenza, la profilassi delle malattie infettive, gli accertamenti e le certificazioni correnti. c) assistenza farmaceutica con informazione sui farmaci e loro distribuzione attraverso farmacie convenzionate. d) attività veterinaria di base vigilanza degli

alimenti di origine animale e su farmaci e alimenti per la zootecnia, della polizia veterinaria ... e) attività informativa di base, compilazione dei libretti sanitari personali ... f) assistenza sociale polivalente di base, comprensivi degli interventi individuali e familiari, di assistenza domiciliare, di proposte di assistenza economica ai singoli, di proposte di intervento per minori e anziani, segretariato sociale, informazione e assistenza amministrativa; g) educazione sanitaria”.

7. veda anche I. Cavicchi “La quarta riforma”, Quotidiano Sanità Edizioni, 2016, ebook.

8. Sul tema si veda Paolo Vineis, Roberto Satolli “I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico”, Feltrinelli, 2009.



Aborto legge 194/78: Regione Toscana Inadempiente

di Luisa PETRUCCI e Lara PANZANI*

La Legge 194/78, una legge ottenuta grazie alle lotte delle donne e frutto di una mediazione tra le varie forze politiche, ancora oggi, dopo 43 anni dalla sua emanazione stenta a essere applicata appieno.

Le gerarchie cattoliche e le forze politiche più retrive, nonostante la sconfitta subita con il referendum abrogativo promosso nel 1981, dove solo il 32% votò a favore dell'abrogazione, non si sono mai fermate, in modo talvolta aperto e più spesso subdolo, nell'ostacolare l'applicazione della 194, attraverso l'incitamento all'obiezione di coscienza.

Si tratta di atti contro le donne, delle vere e proprie violenze contro di loro. Anche il Parlamento Europeo ha dichiarato che gli ostacoli all'accesso all'aborto e alla libertà di scelta sono forme di violenza di genere.

Dopo 43 anni la legge sull'IVG (Interruzione Volontaria della Gravidanza) avrebbe dovuto essere modificata in senso migliorativo per le donne, come è avvenuto in vari paesi europei (in Francia è già stata modificata quattro volte) e, invece, in Italia siamo ancora costrette a lottare per farla applicare in tutte le sue parti.

Ci sono zone in Toscana dove le donne devono peregrinare da un ospedale a un altro a causa dell'alto numero di obiettori di coscienza. Ci sono strutture dove non si pratica l'IVG perché il 100% del personale è obietttore (ad es. a Barga in Lucchesia) ed altre in cui le percentuali di obiettori sono altissime (a Massa, a Pisa, in Versilia ecc.).

E proprio a questo proposito si ha una grave inadempienza della Regione: del-

l'art. 9 della legge 194/78, infatti, viene applicata solo la prima parte, laddove si riconosce il diritto del personale sanitario a sollevare l'obiezione di coscienza, ma non si applica la seconda, in cui non si ammette, invece, l'obiezione di struttura e si assegna alla Regione stessa il compito di garantire l'attuazione delle procedure di IVG anche attraverso la mobilità del personale.

Si potrebbero ridurre queste difficoltà potenziando la procedura dell'aborto farmacologico negli ambulatori e nei consultori, come prevede l'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriali sull'IVG farmacologica emanato nell'agosto 2020, e seguendo la procedura raccomandata dalle maggiori comunità scientifiche, a livello nazionale e internazionale.

Con tali indicazioni, infatti, tenendo conto anche dell'emergenza sanitaria causata dal Covid 19, si raccomanda di ridurre a uno soltanto il numero degli accessi della donna nelle strutture sanitarie, al fine, appunto, di fruire dell'IVG farmacologica.

In Italia solo il Lazio prevede la procedura ambulatoriale con un unico accesso, durante il quale si ha la valutazione complessiva, la somministrazione del primo farmaco e la consegna del secondo, che la donna assumerà a casa secondo le indicazioni fornitele dal consultorio o dal poliambulatorio. La visita, con eventuale ecografia post-ivg, si farà solo nei casi in cui si renderà necessario.

A Roma, dopo un anno di attuazione di questa procedura (cosiddetta procedura "at home") il bilancio è molto positivo: si

*Società della
Cura Firenze.

tiene così conto delle evidenze scientifiche, della possibilità di ridurre i contagi limitando il numero degli accessi, risulta la procedura preferita dalle donne, se sono ben informate, vi è anche un evidente risparmio economico.

In Toscana, invece, gli accessi necessari alle strutture che ogni donna deve effettuare per l'aborto farmacologico continuano ad essere addirittura quattro: che significa 4 prenotazioni, 4 spostamenti, 4 file, 4 possibili passaggi burocratici che rendono il tutto ancora più penoso.

Tutto questo è paradossale: a fronte dei numerosi tagli alla sanità che hanno anche prodotto un allungamento delle liste di attesa per visite e interventi (costringendo spesso chi se lo può permettere a rivolgersi alla sanità privata e, chi non può, a rinunciare alle cure o alla prevenzione), nel caso dell'aborto volontario non si bada a spese, sommando accessi e lungaggini che sono più atti punitivi che prestazioni sanitarie.

C'è una resistenza al cambiamento, una resistenza culturale. Con l'aborto farmacologico "at home" le donne non sono più oggetti passivi di un atto medico ma divengono soggetti attivi, al centro della procedura, ed è proprio la possibilità delle donne di gestire, in autonomia, una procedura medica semplice a far paura e a far sì che si trovino motivazioni di ogni tipo pur di bloccare questa innovazione. Chi decide di abortire deve avere la possibilità di scegliere tra aborto chirurgico e farmacologico e, nel caso del farmacologico, deve poter scegliere tra procedura ambulatoriale "at home" e quella in day hospital.

L'aggiornamento delle linee di indirizzo ministeriale sull'IVG farmacologica prevede che la si possa praticare anche nei consultori. In Toscana però i consultori sono stati lasciati languire, non essendo stati assegnati loro finanziamenti adeguati e ciò li rende carenti di locali, di personale, di strumenti. Occorre sottolineare l'importanza di queste strutture territoriali che, per le loro caratteristiche e per la presenza di un'equipe multidisciplinare, sono le più vicine alle esigenze delle

donne, delle persone LGBTQI, delle giovani e dei giovani, e quindi anche le più idonee a affrontare le richieste di IVG.

E' veramente grave che, a fronte di tutto questo, la Regione abbia assegnato € 195.000 al Forum Famiglia impegnato anche nel settore materno infantile di competenza dei consultori familiari. Al Forum in questione afferiscono associazioni che hanno nello Statuto il divieto dell'aborto, cioè il divieto di rispettare una legge dello Stato. Attualmente, nonostante le tante proteste fatte dalle associazioni, dalle diverse espressioni della società civile, la delibera di assegnazione dei 195.000 euro è stata sospesa, ma non ritirata.

Un'altra inadempienza della Regione Toscana riguarda la mancanza di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, un compito che la legge 194/78 (art. 15) assegna alla Regione, in collaborazione con le Università e gli enti ospedalieri, e che non viene realizzato soprattutto in relazione alla procedura farmacologica.

Per ribadire tali inadempienze, più volte denunciate, il *Coordinamento 194* ha organizzato il 18 gennaio scorso un presidio davanti alla Regione Toscana in cui sono state avanzate nuovamente, rivolgendosi anche al Presidente della Giunta regionale, le richieste di solleciti interventi per superarle, considerando, fra l'altro, che alcune di esse non hanno nemmeno bisogno di investimenti finanziari, ma solo di input volti a semplificare le procedure. L'iniziativa ha avuto l'adesione di un alto numero di soggetti ed ha visto una nutrita partecipazione, nonostante il periodo difficile a causa della pandemia. Oltre alle adesioni di soggetti locali, ha aderito all'iniziativa e l'ha sostenuta concretamente, anche la Società della Cura, la convergenza nazionale che da quasi due anni riunisce oltre 400 realtà associative, gruppi e reti accomunate dal riconoscere la necessità di chiedere, fin da ora, una società e dunque una politica che riconosca assoluta priorità alla cura dei diritti delle persone e del pianeta.

Soltanto a distanza di settimane però si è avuto un primo riscontro, con l'Assessore regionale alla Sanità che ha fissato un incontro con le promotrici del presidio per il mese di marzo. Hanno mostrato interesse anche l'Assessora Regionale alle Pari Opportunità, il consi-

gliere regionale Iacopo Melio, la Commissione Pari Opportunità del Comune, i Consigli di Quartiere 1 e 4. L'interesse per i temi sollevati, quindi, è stato veramente ampio e diventa sempre più difficile per la Regione non dare risposte precise ed efficaci.



Ai diritti di anziani, disabili e lavoratrici Nardella preferisce il nuovo stadio

di Paola SABATINI*

Da 22.670 ore al mese di assistenza domiciliare nel 2008 alle 15.000 attuali: un taglio netto che il Comune di Firenze ha compiuto inesorabilmente sulla pelle dei più fragili e indifesi, anziani e disabili in primo luogo. È quanto denunciano i 150, tra lavoratrici e i lavoratori, che hanno protestato sotto la Regione Toscana, nel momento esatto in cui le istituzioni festeggiano il nuovo stadio che costerà 150 milioni di euro, tutti provenienti da fondi pubblici nazionali ed europei.

Le priorità della giunta Nardella sono chiare, nessuno potrà negare d'ora in poi la volontà del sindaco, ovvero la scelta di abbandonare a sé stessi gli ultimi in nome di un consenso facile quanto grottesco e populista.

Oltre ai nostri familiari in difficoltà, a subire il taglio dei servizi sociali sono proprio i lavoratori che contestano questa deriva con uno slogan più che appropriato:

“Per la dignità del lavoro e la qualità dei servizi”. Chi li ascolterà? Andiamo con ordine per capire le radici della protesta.

Il 4 febbraio scorso il servizio comunale di assistenza domiciliare è stato aggiudicato alla Cooperativa Elleuno. Un cambio d'appalto che coinvolge, appunto, i circa 150 lavoratori, in prevalenza donne, e un migliaio di utenti. Negli anni questo servizio, che dovrebbe essere pubblico e gratuito, è invece diventato sempre più oneroso per l'utenza. Durante la fase di transizione i lavoratori si sono attivati per contrastare i possibili esuberanti derivanti dalla discrepanza del monte ore contrattuale e le ore previste nel nuovo appalto. In questa azione sono sostenuti dalla CUB sanità, sindacato per cui la dignità del lavoro e la qualità dei servizi devono andare di pari passo.

È sotto gli occhi di tutti, infatti, come ci sia sempre più bisogno di questo servizio in una città che invecchia come Firenze. Eppure l'amministrazione ha continuato a tagliare, colpendo la qualità delle prestazioni, troppo spesso insufficienti a coprire i bisogni, e gli stipendi degli operatori. Sono decine e decine di persone, soprattutto donne, che compiono un lavoro delicato con persone fragili ma che non vedono riconosciuta la sicurezza del posto di lavoro e dei propri diritti, rimessi in discussione ad ogni cambio appalto.

Con l'obiettivo di chiedere tutele e garanzie, continuità e potenziamento del servizio hanno organizzato nel tempo manifestazioni davanti al Comune di Firenze. Fino al colpo di scena avvenuto il 21 febbraio durante l'ultimo presidio quando una delle cooperative escluse dal ghiotto appalto ha fatto ricorso al Tar, obbligando il Comune ad una proroga di un altro mese, fino al primo aprile. Un colpo alle aspettative dei lavoratori che, dopo aver faticosamente raggiunto un accordo per il riassorbimento, dovranno patire un altro mese per capire che fine faranno i loro contratti.

Proseguono così le proteste: vogliono far capire alle istituzioni, ai fiorentini e alle tante associazioni, quanto sia preziosa la loro opera, il loro lavoro, nell'aiuto e il sostegno alle famiglie con persone anziane e disabili, ancora più indispensabile in questa fase pandemica.

Pubblichiamo di seguito la lettera aperta alla città delle lavoratrici e dei lavoratori che lottano per i loro e i nostri diritti.

Alle Istituzioni, alle associazioni, ai cittadini, alle lavoratrici e ai lavoratori Perché una

*CUB Sanità
Firenze e
Provincia.

protesta degli assistenti domiciliari delle Cooperative

Chi siamo

Siamo gli assistenti domiciliari del comune di Firenze, operatori che svolgono la propria attività nei confronti della popolazione fragile come anziani e disabili.

Il nostro lavoro è un lavoro di cura della persona nelle attività quotidiane e di aiuto nel soddisfacimento dei bisogni primari, come lo stimolo e l'aiuto nell'igiene personale, l'aiuto nella preparazione e assunzione dei pasti, la cura dell'aspetto fisico: tutte funzioni indispensabili per la dignità della persona che non è in grado di provvedervi da sola.

Il nostro lavoro è rivolto anche alla cura dell'ambiente domestico, in modo da permettere alle persone di viverci in modo dignitoso. Fondamentale è anche il nostro ruolo nella socialità delle persone fragili, per le quali noi diventiamo non soltanto coloro che se ne prendono cura, ma anche un sollievo alla solitudine e un importante punto di riferimento.

Perché una protesta degli assistenti domiciliari del comune di Firenze

Da anni assistiamo al taglio dei servizi domiciliari, che significa per gli utenti, una maggiore difficoltà ad accedere al servizio e un peggioramento della qualità di questo, date le poche ore che vengono concesse. Per noi lavoratori vuol dire perdere ore di lavoro, rendere sempre più meccanico e stressante il nostro lavoro, prestare la nostra opera con la massima attenzione all'orologio dati i tempi lesinati da rispettare, correre da un utente all'altro, con la difficoltà di mantenere anche le tempistiche previste.

Naturalmente se si perdono ore di lavoro vengono tagliati anche i nostri stipendi, che già sono fra i più bassi nel settore socio sanitario: noi lavoratori delle Cooperative abbiamo stipendi più bassi di circa un terzo dei nostri colleghi del settore pubblico.

Nel 2008 le ore previste per l'appalto del Comune di Firenze erano 22.670 mensili; in quel periodo c'era anche un presidio di 96 dipendenti comunali anche loro adibiti a questo servizio. Nel corso degli anni, i dipendenti comunali si sono ridotti ai 16

attuali e sono state drasticamente tagliate le ore di servizio fino ad arrivare alle 15.000 di oggi, con la perdita di quasi 8.000 ore mensili.

Ma mancano davvero i bisogni della popolazione per questo servizio?

Quale famiglia può risolvere i problemi di cura di una persona anziana non autonoma, ammalata, di una persona portatrice di handicap che ha bisogno di assistenza continua con due ore al giorno d'intervento assistenziale?

Eppure questo è il massimo che può venire offerto secondo gli attuali parametri del servizio. Anziani, nuclei familiari con fragilità al loro interno, persone malate e sole che devono farsi largo nella burocrazia lenta e scoraggiante, dove, per attivare qualsiasi servizio occorrono mesi tramite assistenti sociali oberate di lavoro. In tale contesto, diventa logico che la famiglia stessa ricorra ad altre soluzioni come quella della cosiddetta badante. Ma quanto costa ad una famiglia una soluzione come questa?

O l'eventuale degenza in una struttura? Troppo per le tasche di molte, troppo fino al punto di dover vendere magari l'unica abitazione di proprietà, o dilapidare i pochi risparmi di una vita. E qui inizia un circolo vizioso: pochi soldi, una badante disponibile a una misera paga, magari straniera e con la spada di Damocle del rinnovo del permesso di soggiorno legato alla disponibilità di un lavoro o meno.

Questo è quello che in realtà avviene e che consente al Comune di rispondere ai bisogni magari con un misero contributo badante piuttosto che con un'assistenza qualificata e per tempi sufficienti a garantire la qualità della vita delle persone assistite e la qualità del lavoro degli operatori. Diminuire le ore di assistenza domiciliare vuol dire di fatto scegliere di tagliare servizi primari alla persona, ai quali nessuna associazione o volontariato può sopperire e scegliere la strada più facile e spietata da parte dell'amministrazione per far quadrare il bilancio.

E il volontariato?

Non siamo contrari al volontariato, all'impegno gratuito di persone che dedicano parte del loro tempo per soddisfare un biso-

gno della collettività, anzi alcuni operatori sono anche attivi nelle reti di solidarietà, ma bisogna fare anche le dovute differenze. Probabilmente un volontario che ha fatto il meccanico tutta la vita potrà svolgere alcune attività, ma non possiamo pensare che l'assistenza domiciliare si riduca alla presenza ad un domicilio, alle attività di compagnia o ad un semplice sostegno alle attività quotidiane di una persona in difficoltà. Spesso le persone che assistiamo sono portatori di patologie anche gravi che richiedono professionalità e conoscenza, che il volontario nella quasi totalità dei casi non ha. Non a caso sono anni che il Comune richiede personale qualificato, in possesso di titoli professionali per i quali le lavoratrici, in quanto nella gran parte donne, hanno dovuto fare numerosi sacrifici e nella maggioranza dei casi pagarsi di tasca propria la formazione. Ci chiediamo come ad oggi questo non sia più una discriminante. Siamo convinti che noi e le nostre colleghe di lavoro abbiamo la professionalità, acquisita anche con anni di lavoro, per capire e segnalare eventuali criticità dell'utente siano esse di tipo clinico e sociali.

La pandemia doveva cambiare tutto

La pandemia che ha colpito in prevalenza la popolazione anziana e fragile ha portato alla luce le carenze del nostro sistema socio-sanitario. La popolazione più debole ha visto accentuarsi la solitudine e la necessità di aiuto per mantenere una modalità di vita dignitosa. Durante la pandemia gli operatori domiciliari hanno sempre svolto il loro lavoro entrando nelle case delle persone fragili nelle quali nessuno, neanche i parenti stretti avevano accesso e dove hanno cercato, con estrema difficoltà di soddisfare i bisogni, facendosi a volte carico di problematiche non di loro competenza e lavorando in condizioni di estremo rischio, privi di ogni sicurezza. Nessun premio per noi operatori dei servizi appaltati nemmeno la misera cifra riconosciuta agli operatori sanitari pubblici per il rischio durante la pandemia.

Ora con il nuovo appalto in cui le ore non vengono garantite, rischiamo di essere puniti ancora di più anche sul piano sala-

riale e dei propri diritti., se il monte ore non potrà essere garantito. Con il PNRR arriveranno fondi di cui una parte potrebbe destinata alla domiciliarità non solo per quel che riguarda le cure sanitarie ma anche per tutti quegli interventi che possono consentire la permanenza a domicilio, evitando ospedalizzazioni inappropriate o ricoveri in RSA. Chiediamo quindi che anche la Regione Toscana e il Comune di Firenze incrementino con le dovute risorse questi servizi, a supporto della popolazione anziana e a valorizza-



zione del ruolo dell'assistenza domiciliare.

Cosa vogliamo e cosa chiediamo

Vogliamo un aumento dell'investimento nel settore che permetta il blocco delle riduzioni di orario del servizio domiciliare e il riconoscimento vero del nostro lavoro.

Vogliamo un servizio che risponda realmente ai bisogni dell'utenza e non ai vincoli di bilancio.

Vogliamo avere il tempo per svolgere il nostro lavoro in modo dignitoso.

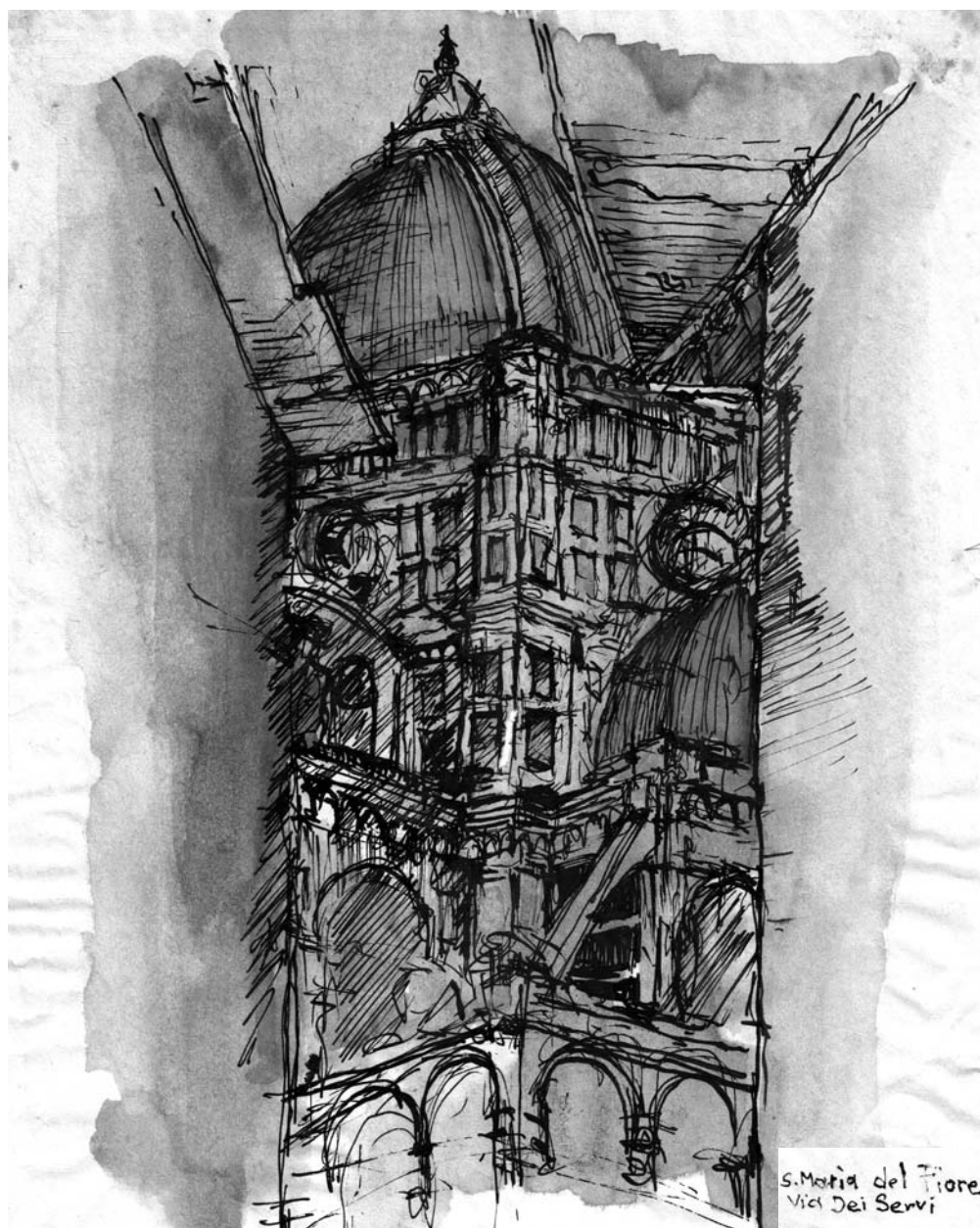
Vogliamo un'organizzazione del nostro lavoro che non preveda buchi di orario, con allungamenti indiscriminati dell'orario di lavoro, messa a disposizione di mezzi idonei per lo svolgimento del servizio e/o rimborsi per l'uso del mezzo proprio, che non sia la misera cifra forfettaria di 35 euro che copre poco più del costo di una settimana, senza contare l'usura del mezzo e l'eventuale rischio di danni a nostro carico.

Vogliamo una sede da cui prendere servizio, dove procurarsi i DPI necessari e confrontarsi con i responsabili e fra colleghi sulle problematiche quotidiane, per un miglior coordinamento nello svolgimento del servizio.

Chiediamo alle Istituzioni la valorizzazione di questo servizio sia in termini quan-

titativi che qualitativi e alle associazioni e ai cittadini di sostenere la nostra lotta per un miglioramento della qualità e quantità dei servizi e per il miglioramento delle nostre condizioni lavorative.

Per la dignità del lavoro e la qualità dei servizi



“Un mondo di mondi. L'avventura umana dalla scoperta dell'agricoltura alle crisi globali contemporanee”

di Massimiliano LEPRATTI e Giorgio RIOLO*

È famosa l'osservazione fatta a suo tempo da Lukács in *Storia e coscienza di classe* secondo la quale uno dei limiti del pensiero borghese, oggi diremmo del “*capitalismo neoliberista*”, è quello di concepire il presente come problema storico. Il presente come storia. Questo è il punto da cui partire.

La storia, nella duplice accezione, come teatro, nel tempo e nello spazio, dei fatti umani e sociali e come storiografia, come disciplina, come sapere, è un campo decisivo dove si decidono molte cose. La visione unitaria che essa ci consente di avere la avvicina quindi molto alla politica. Alla politica “buona”, beninteso, come connessione generale e come attività volta a trovare soluzioni, anche conflittuali, del vivere umano e sociale.

I due autori si sono posti il fine di scrivere una sintesi, un compendio dell'intera storia del genere umano avendo alcuni principi ordinatori. In primo luogo, un libro di divulgazione. Come saggio di cultura generale. Tanto più importante oggi dove l'analfabetismo di ritorno non è solo nell'uso della lingua, italiana in questo caso. Quasi fosse un libro ausiliario per le scuole superiori, non è una ricerca storica. È, a maglie molto strette, il risultato di impostazioni, di metodologie storiche e politiche che originano da Marx, dai vari marxismi, dalle varie scuole del “*terzomondismo*”, dello sviluppo ineguale, da Samir Amin, da Immanuel Wallerstein, da Frantz Fanon ecc. E dalla visione del sistema-mondo di Fernand Braudel e dalle varie tendenze della scuola delle Annales, in primo luogo di Marc Bloch e di Lucien Febvre.

È detto esplicitamente che è un contributo

alla “*storia globale*”, avversante eurocentrismo e occidentalocentrismo, così tenaci e radicati nella mentalità diffusa, non solo delle classi dominanti, in Europa e nell'Occidente tutto. Pertanto molto spazio è riservato agli apporti di altre culture, di altre civiltà, di altri continenti.

Il pregiudizio della “*superiorità bianca*” (Samir Amin), è una sfida per chi nel mondo si pone il fine di cambiare le cose, si pone dal versante delle alternative al sistema. E ancora non se ne è venuto a capo. Malgrado le conquiste della decolonizzazione e malgrado l'affacciarsi nel prosieguo della storia di soggetti, gruppi umani e popoli prima esclusi, non esistenti. Come diceva Jean-Paul Sartre, nella straordinaria prefazione a quel libro altrettanto straordinario che è *I dannati della terra* di Frantz Fanon, i 500 milioni abitanti di diritto del pianeta (1961), l'Occidente cioè, e poi gli indigeni, i nativi nel resto del mondo. È una sfida permanente e la battaglia culturale e la battaglia politica sono più attuali che mai.

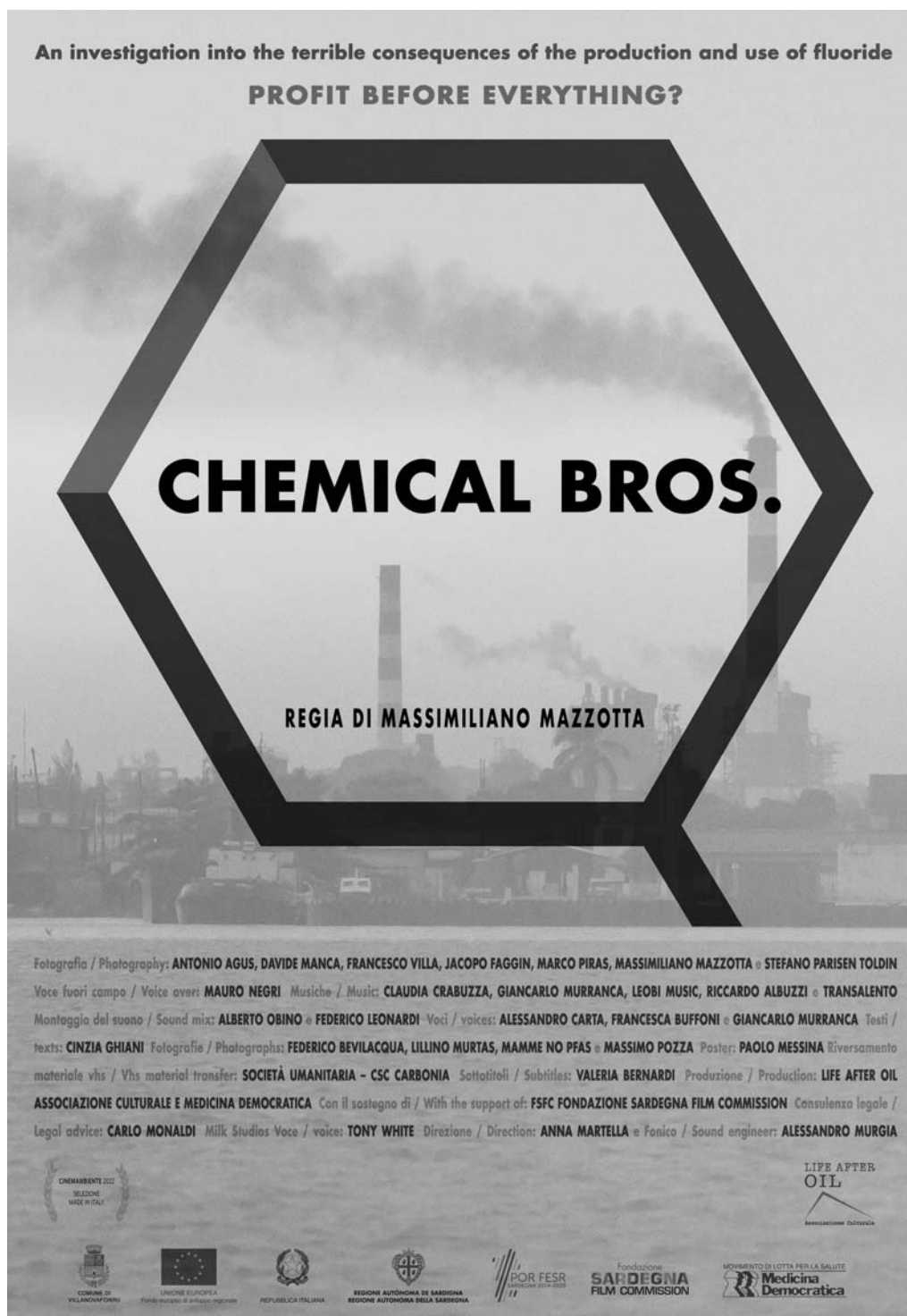
Un principio ordinatore è anche il tentativo di tenere assieme, secondo quella visione unitaria, i vari momenti dell'intero storico-sociale. Secondo una visione multifattoriale e multidimensionale. Le disegualianze economiche e di potere, il rapporto tra attività umane e natura e ambiente, la condizione della donna ecc. sono costantemente tenuti in considerazione.

L'economia è importante, ma non determina tutto. Pertanto si cerca costantemente di non cadere nell'economicismo e nel determinismo, così diffusi nella storia dei marxismi, del movimento reale, operaio, socialista e comunista.

*Asterios editore, Trieste 2021, pp. 400.

Il presente come storia, si diceva. I capitoli finali, dedicati al malsviluppo, alla nuova globalizzazione-mondializzazione e alle enormi disuguaglianze attuali prodotte dal capitalismo contemporaneo, alla crisi ecologica-climatica e alla presente crisi epidemiologica, costituiscono il risultato di un

approccio che è patrimonio ormai consolidato del movimento altermondialista e delle sinistre alternative su scala mondiale. Storia e politica, appunto. La passione suscitata in Antonio Gramsci, espressa nella per molti versi commovente ultima lettera dal carcere al figlio Delio.



Referenti di *Medicina Democratica* *Movimento di Lotta per la Salute - O.N.L.U.S.*

SEGRETERIA NAZIONALE

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

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

IBAN: IT31D0503401708000000018273
presso Banca Popolare di Milano, oppure con bollettino postale sul c/c **001016620211.**

Redazione e diffusione della Rivista

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

CALABRIA

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

SICILIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

LAZIO

- Edoardo Turi, Viale delle Medaglie D'Oro 203 00136 Roma, tel 3482503928 e-mail- edoardo.turi2@gmail.com

PIEMONTE

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

LOMBARDIA

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

PUGLIA

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

CAMPANIA

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

BASILICATA

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

TOSCANA

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

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

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 rodeghieromc@gmail.com;
- Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato n° 44/2, 33030 Pianiga (VE), tel. 3497447189, e-mail: paolonardin48@alice.it (referente per Padova e provincia);

MARCHE

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

LIGURIA

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

SARDEGNA

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

E' tutto collegato
le figure delle strade
con il brillio delle stelle.

Si assiste alla fine dei tempi
perchè così in alto
fino a distruggere anche il cielo
siamo arrivati solo in questa era.

Ad alcuni è dato conoscere
ad altri è dato vedere
ad alcuni è dato sapere
ad altri è dato parlare
ad alcuni è dato decidere
ad altri è dato impazzire
ad alcuni è dato ascoltare
ad altri è dato imbrogliare.

Gabriella BERTINI