



FORUM
per il
DIRITTO
alla
SALUTE

**DOCUMENTO COSTITUTIVO E
PROGRAMMATICO**

26/03/2022

INDICE

PREMESSA	2
SULLA SALUTE SERVE UN’AZIONE SOLIDALE NAZIONALE, EUROPEA E INTERNAZIONALE	2
UNA ELABORAZIONE DI POLITICA SANITARIA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE. CONTRO IL PASSAGGIO DA SERVIZIO A SISTEMA E LA RIMUTUALIZZAZIONE DEL SSN CHE NON PRODUCE MA ACQUISTA SERVIZI DAL PRIVATO.....	4
LA RIFORMA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE E IL PROGETTO DI AUTONOMIA REGIONALE DIFFERENZIATA RENDONO LA SALUTE IN ITALIA PIÙ DISEGUALE.	6
UN MOVIMENTO DI LOTTA PARTECIPATO, DEMOCRATICO E UNITARIO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE.....	10
A. LAVORO IN SANITÀ, AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO, RAPPORTO CON IL SOCIALE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	12
B. FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN).....	12
C. LAVORO E FORMAZIONE IN SANITÀ	13
D. PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA E RAPPORTI ISTITUZIONALI	13
E. INNOVAZIONE TECNOLOGICA, SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA	13
F. DIRITTI E SALUTE DI GENERE	14

PREMESSA

1. Questo Documento rappresenta un aggiornamento del primo Atto costitutivo dell'attuale Associazione Forum per il Diritto alla Salute, inizialmente gruppo informale nato nel 2016 da persone provenienti da realtà diverse operanti nell'ambito della sinistra e della politica sanitaria e costituitasi poi in Associazione nel 2019.

Il Forum per il Diritto alla Salute è un'Associazione aperta e partecipata: si rivolge a donne e uomini del movimento operaio e democratico, dell'antifascismo, dell'ambientalismo, del femminismo, altermondialista, pacifista e della solidarietà, ai rappresentanti dei lavoratori e alle organizzazioni sindacali, alle associazioni religiose, alle associazioni degli utenti, agli operatori della sanità, agli amministratori pubblici, alle organizzazioni del Terzo settore e a tutti gli interlocutori che condividono l'urgenza di una battaglia politica nazionale, in attuazione della Costituzione, nell'Unione Europea (UE) e internazionale, in applicazione della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

L'obiettivo dell'Associazione è far convergere su piattaforme comuni, il più possibile condivise, i soggetti politici e sociali, gli attivisti del movimento per la salute, i lavoratori e i cittadini, perché dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la Legge di Riforma Sanitaria n. 833 nel 1978, si è assistito ad un grave impoverimento culturale, specchio dei cambiamenti della società prodotti dalla progressiva rivincita del sistema di produzione, vita e consumo dominanti fondati sulla l'accumulazione di capitale e la corsa ai profitti anche in medicina.

SULLA SALUTE SERVE UN'AZIONE SOLIDALE NAZIONALE, EUROPEA E INTERNAZIONALE

2. Per questo è necessario rilanciare iniziative politiche e sociali nel paese, nell' UE e nel mondo, a difesa del diritto alla salute, promuovere analisi, riflessioni e proposte per difendere e salvaguardare il SSN, messo a dura prova dalle politiche di austerità in Europa e in Italia ed estendere tale diritto ai paesi del mondo che ne sono totalmente privi. La politica sanitaria nazionale, dell'UE e internazionale sui vaccini anti Covid-19 è emblematica.

Un movimento per il diritto alla salute oggi non può che essere internazionale perché internazionali sono le cause che stanno portando alla crisi del welfare nell' Occidente industrializzato:

- la globalizzazione finanziaria che con la delocalizzazione delle attività produttive ha spostato in paesi con più basso costo del lavoro e minori tutele sociali e ambientali la produzione di merci e ricchezza, riducendo il Prodotto Interno Lordo (PIL) nell' Occidente e nei paesi più ricchi e industrializzati e quindi la contribuzione fiscale alla base del welfare;
- il collasso dei paesi del socialismo reale del capitalismo di stato e dei paesi post coloniali, che, con il modello cinese, ha ridotto i timori di rivoluzioni sociali nell' Occidente industrializzato, alla base del compromesso socialdemocratico tra capitale e lavoro che è stato fondamento del welfare;
- la crisi ambientale e climatica che pone urgenti limiti allo sviluppo e che scarica parte dei propri costi sull'ambiente.

Ed è infatti sui paesi poveri, l'ambiente, il lavoro e le donne che i paesi ricchi hanno finora scaricato i costi del loro benessere e del welfare come base del consenso popolare attraverso la costituzione di una estesa classe media diseguale al suo interno ma simile per cultura e consumi, fragile base delle democrazie.

Non dimentichiamo che furono proprio i timori di rivoluzioni sociali alla base del compromesso tra capitale e lavoro su cui si basa il welfare come conquista del movimento operaio e democratico e concessione delle classi dominanti. Timori che ora vengono meno consentendo l'erosione di quelle conquiste.

Mentre l'impresa privata e il capitale finanziario puntano al welfare come nuova fonte di profitti con la "white economy".

La pandemia ancora in atto ha dimostrato la debolezza e la fragilità dei sistemi sanitari e del welfare nel mondo, ad iniziare dall' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e la loro subalternità all'economia del profitto come per la politica sui vaccini.

La pandemia è però lo "shock" sociale che si sta utilizzando per imporre nuove politiche in campo sociale e sanitario cui si aggiungono i venti di guerra che attraversano i continenti le cui prime vittime sono le popolazioni civili, la loro salute e le strutture sociali e sanitarie.

3. Questa strategia in Italia passa oggi attraverso il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede interventi strutturali sul SSN con finanziamenti per la ristrutturazione di strutture di proprietà pubblica, acquisti di strumentazione diagnostica e informatica, ma nulla per l'assunzione di personale dipendente, lasciando in questo ampio spazio al privato anche no profit.

Le stesse Case della comunità, non appaiono per ora molto diverse dalle Case della salute, sulla cui esperienza però il Ministero della salute e le Regioni non hanno avviato nessuna valutazione, che invece emerge impietosa dal Dossier del Servizio Studi del Parlamento (2021) e che, con gli Ospedali di comunità, entrambi senza operatori pubblici previsti, si configurano come un contenitore di iniziative private e del terzo settore con fondi pubblici.

Le Centrali operative territoriali – vera novità organizzativa senza sperimentazione – sembrano più che altro un sistema di smistamento della domanda verso i vari erogatori, anche queste affidabili al privato, attraverso una visione tutta tecnologica della presa in carico.

Il PNRR è un'opera di ingegneria istituzionale calata dall'alto, tecnocratica e verticistica, in invarianza di sistema e di normativa, che "ristrutturerà-facendo" il SSN approdando alla logica di Sistema in cui il pubblico propriamente detto (il SSN) e il privato collaborano per fare appunto Sistema. Quando si usa la parola "Sistema" al posto di "Servizio" in SSN non è per errore ma per scelta. Una rivincita dei nemici della Riforma sanitaria del 1978, giudicata superata.

Siamo peraltro consapevoli che le forme e i contenuti che il SSN ha assunto sono ormai lontani dalla proposta originaria, che pure era frutto di un compromesso tra i difensori di un sistema mutualistico con ampio spazio al privato, come testimoniano gli art. 25 e 26 della L. n. 833/1978 con le convenzioni con i medici di famiglia e le strutture sanitarie private, e i sostenitori di un modello di SSN universalistico fondato sulla produzione diretta di servizi e la fiscalità generale progressiva come prevista dalla Costituzione. L'attacco alla L.n. 833/1978 si acuisce negli anni '90 con i D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1990 che mettono le vere basi per l'espansione del privato convenzionato e della medicina integrativa, confermati dal D.Lgs. n. 229/1999.

I temi indicati alla conclusione del Documento rappresentano i cardini del progetto dell'Associazione Forum per il Diritto alla Salute, sede di analisi, elaborazione, dibattito e organizzazione di conflitto sociale, per concretizzare proposte finalizzate alla formulazione di punti di programma e vertenze.

Marciamo sulle spalle di giganti: Bernardino Ramazzini, Augusto Giovanardi, Giulio Maccacaro, Franco Basaglia, Giovanni Berlinguer, Laura Conti, Giovanni Bert, ma il debito che dobbiamo al loro pensiero e alla loro azione deve essere onorato attraverso una nuova elaborazione e pratica collettiva.

La prassi senza teoria è cieca e viceversa.

UNA ELABORAZIONE DI POLITICA SANITARIA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE. CONTRO IL PASSAGGIO DA SERVIZIO A SISTEMA E LA RIMUTUALIZZAZIONE DEL SSN CHE NON PRODUCE MA ACQUISTA SERVIZI DAL PRIVATO

4. Stiamo assistendo dunque ad un attacco al diritto alla salute attraverso lo smantellamento del SSN - produttore diretto di servizi - universalistico e fondato sulla fiscalità generale - non dichiarato esplicitamente ma non per questo meno grave.

Questo disegno si è sviluppato attraverso le scelte portate avanti dagli ultimi governi di centrodestra e di centrosinistra ed è alimentato da una campagna promossa dalla Confindustria, dai grandi gruppi assicurativi, da università pubbliche e private, dal mondo finanziario, dalle centrali cooperative, dal Terzo settore e dagli organi di informazione, per convincere i cittadini dell'insostenibilità economica del SSN pubblico propriamente detto, attraverso l'errore apparentemente semantico, ma in realtà adottato strategicamente, del passaggio da Servizio a Sistema.

La parola Servizio ha infatti una valenza etica e sociale che la parola Sistema non ha, ma questa serve a giustificare che il SSN pubblico e il privato in tutte le sue forme (accreditato, esternalizzato, convenzionato, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati, singoli professionisti a Partita IVA, lavoro interinale) collaborano per fare appunto Sistema.

Un processo di "rimutualizzazione" del SSN che prevalentemente acquista beni e servizi dal privato, smistando la domanda e "controllando" la prestazione per consentirne la liquidazione economica. Una rivincita dei difensori del sistema mutualistico, oggi più pervasivo e fonte di profitti privati con fondi pubblici.

5. Le forze politiche della sinistra e il movimento sindacale purtroppo non hanno svolto un ruolo minore in questi processi. Per molti anni la sinistra è stata ai Governi nazionali e regionali.

Il D.Lgs. n. 502/1992 e il suo "ammorbidente" con il D.Lgs. n. 517/1993 non hanno mai visto una opposizione reale. La sinistra è stata più interessata a gestire i processi che a prevederne o contrastarne gli esiti, rinunciando ad un ruolo riformatore e accettando le tre invariabili del sistema: ospedale, medicina di base e privato convenzionato. La sinistra più radicale, pur denunciando i processi in atto, ha in molti casi partecipato alla gestione degli stessi. Il D.Lgs. n. 229/1999 ha mancato di coraggio dimostrando l'egemonia del modello fondato sulla sussidiarietà orizzontale (equiparazione pubblico-privato, soprattutto privato sociale) con esso sancito.

Gli stessi operatori sanitari hanno tentato invano di democratizzare il processo di aziendalizzazione, verticalizzazione autoritaria, riduzione di spesa, servizi, e privatizzazioni, ma spesso però sono stati più attenti ai loro interessi corporativi.

Un cambio di passo lento ma strategico dalla Legge n. 833/1978 anche se già in tale legge vi erano appunto le "bombe a orologeria" (artt. 25 e 26) che consentendo le convenzioni con il privato, ad iniziare con i medici di medicina generale (MMG), volute all'epoca dagli avversari della Riforma sanitaria e al SSN su modello Beveridge (salute come diritto) – presenti a destra, centro e sinistra – e contrari all'abbandono del modello Bismarck (assicurativo). Non si dimentichi che nei paesi UE il modello Bismarck è prevalente anche in paesi

come Francia e Germania, fino a poter dire che si raggiunge il modello Beveridge tramite un sistema Bismarck.

Il mondo dell'imprenditoria oggi, attraverso le assicurazioni sanitarie integrative nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL), ma nei fatti sostitutive, partecipa a questo processo e sottrae ulteriori risorse al finanziamento pubblico tramite la loro defiscalizzazione, penalizzando i lavoratori attraverso minori aumenti in busta paga e riducendo il montante pensionistico. Inoltre le assicurazioni private collettive, una volta stipulate dal datore di lavoro, diventano incontrollabili nel loro rapporto con l'assicurato, cambiando arbitrariamente i loro servizi, non diversamente dal mondo bancario-assicurativo, anche perché non regolamentate con leggi specifiche come in Francia.

6. Il disegno è oggi chiaro: il blocco delle assunzioni nella Pubblica Amministrazione, più stringente per le Regioni in piano di rientro e commissariate, è stato regolarmente aggirato da un vero e proprio "falso in bilancio" tramutando le "spese per il personale" in "spese per l'acquisizione di beni e servizi" (che nascondono comunque l'acquisizione di manodopera). Questa deriva, ormai in atto da anni, ha portato al 50% del fondo per il SSN all'accreditamento con il privato e le esternalizzazioni anche in settori strategici per l'assistenza in ospedale (società che forniscono infermieri) e sul territorio (società che forniscono assistenti sociali, psicologi, ecc., assistenza domiciliare, protesica, disabilità, riabilitazione, lungodegenza, Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA, Hospice) oltre a manutenzione, Centri Unici di Prenotazioni (CUP), lavanolo, pasti, informatica, pulizie, portierato, eccetera.

Per queste ragioni non basta più rivendicare maggiori finanziamenti nelle leggi di bilancio annuali, perché questi finanziamenti vanno anche al privato fino al 50%, ma devono essere destinati solo al SSN pubblico: in questo bisogna individuare oggi la contraddizione principale.

Le Regioni sono scrupolose interpreti del dettato neoliberista delle istituzioni europee che si erano pronunciate in materia con la lettera di Trichet e Draghi del 2011. Le politiche governative hanno attuato una riduzione costante dei finanziamenti pubblici per la sanità, che in Italia, rapportata al PIL, è tra le più basse d'Europa.

Vi è stata la precisa volontà di non investire in Sanità. Ciò ha portato la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia sotto la media OCSE (\$ 2.622 verso \$ 2.868), mentre molti paesi in Europa continuavano a investire molto più dell'Italia, tanto che la nostra spesa media pro capite, all'inizio della pandemia era inferiore del 35% a quella francese (4.068 \$) e del 45% a quella tedesca (4.869 \$). In meno di dieci anni, vi è stato un definanziamento della sanità di oltre 37 miliardi di Euro.

L'ultima legge di bilancio 2022 ha stabilito ulteriori progressivi tagli, tali da mettere in questione il diritto alla salute e l'universalismo delle cure. Analoghi processi sono in atto nel contesto europeo mentre a livello globale, con la crisi economica aggravata dalla pandemia e dalle guerre i governi colpiscono le politiche per la salute.

Le rassicurazioni circa il mantenimento o addirittura l'aumento delle risorse finanziarie per la sanità sono quindi false e ingannevoli. I servizi di assistenza sul territorio (Distretti, Cure primarie, Salute mentale) e le risorse per la prevenzione (Dipartimenti di prevenzione) sono stati i primi esposti alle decurtazioni della spesa in personale.

L'attacco al SSN trova sponde nella legge del Terzo settore e del privato cosiddetto "no profit", che implica una trasformazione del mondo del volontariato e delle cooperative da imprese con importanti finalità sociali, utili e di valore, a imprese finalizzate al profitto, incentivate ad investire in forme di assistenza sanitaria integrative e in prospettiva sostitutive dell'intervento pubblico. È la vittoria della sussidiarietà orizzontale, cavallo di battaglia delle grandi lobby private e confessionali.

Le Regioni, sono chiamate a fare il lavoro sporco: riducono e spremono il personale, tagliano e privatizzano i servizi, accorpano ed esternalizzano. Le liste d'attesa si allungano e i ticket aumentano. È un assalto all'universalismo che non ha bisogno di leggi di riforma, troppo pericolose elettoralmente.

LA RIFORMA DEL TITOLO V DELLA COSTITUZIONE E IL PROGETTO DI AUTONOMIA REGIONALE DIFFERENZIATA RENDONO LA SALUTE IN ITALIA PIÙ DISEGUALE.

I servizi sanitari regionali non garantiscono più equità di accesso e uniformità dei livelli di assistenza sul territorio nazionale. Essi rappresentano il 70% dei bilanci regionali per più del 60% per personale direttamente dipendente o convenzionato/accreditato/esternalizzato. A quindici anni dalla modifica del Titolo V con l'introduzione del federalismo si registra in sanità la frammentazione del Paese, l'indebolimento del senso di cittadinanza nazionale, la balcanizzazione dell'assistenza, anche di quella farmaceutica, un progressivo smantellamento di garanzie formali e sostanziali, la declinazione del diritto costituzionale alla salute in tanti modi diversi a seconda della residenza e del reddito, cambiando radicalmente lo spazio e le prospettive dei diritti di cittadinanza che cessano di essere uguali su tutto il territorio nazionale per affermare l'appartenenza a una regione come fonte primaria del diritto alle risorse per la salute. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al di là della validità dello strumento, non sono garantiti in modo uniforme sul territorio nazionale.

L'assenza di un governo democratico del sistema emerge in modo particolarmente evidente nella anacronistica figura monocratica e autoritaria del Direttore Generale delle aziende sanitarie e ospedaliere, privo di contrappesi e controlli democratici. Questa deriva è aggravata da ASL e Distretti di grandi dimensioni che perdono ogni legame con il decentramento amministrativo e la prossimità.

Gli stessi Comuni e le Aree metropolitane, per cui è comunque previsto un ruolo dalla normativa, non sembrano in grado di esercitarlo, anche per la complessità della materia, delegando tutto alle Regioni, limitandosi a protestare per la chiusura di Presidi sul proprio territorio o a pratiche clientelari.

7. Il federalismo ha prodotto così un centralismo regionale, anziché statale, con la comparsa di meccanismi competitivi di mercato tra Regioni. La migrazione sanitaria, derivante originariamente dalle carenze nell'offerta di servizi in molte aree del Sud, è ora ulteriormente alimentata dall'interesse di attrarre utenti extraregionali incrementando le entrate coi proventi della mobilità sanitaria e la compensazione economica tra Regioni penalizza ulteriormente le Regioni meridionali già sfavorite dal l'iniquo finanziamento a "quota capitaria pesata" che ha avvantaggiato finora le Regioni con la popolazione più anziana.

Di conseguenza, si fa strada in alcune regioni il progetto dell'Autonomia regionale differenziata che come disegno di legge collegato alla Legge di bilancio 2022 ne impedirà la messa in discussione con un Referendum, non previsto sulle materie finanziarie. In tal modo si ferisce mortalmente l'uniformità del SSN.

Lo Stato, rappresentato dal Ministero della Salute, non sembra in grado di esercitare la propria capacità di coordinamento unitario e di indirizzo in quanto comunque subalterno a logiche e culture del pensiero unico dominante, tanto da non essere stato capace in questi anni di produrre sistemi informativi e informatizzati adeguati ed omogenei a livello nazionale: notifica delle malattie infettive, vaccinazioni, cartella clinica, come si è visto durante la pandemia. Oppure di produrre documenti di valutazione delle politiche nazionali e regionali: assistenza domiciliare, Case della Salute, prevenzione, assistenza ospedaliera.

Lo stesso Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha smesso di essere l'organo di consulenza tecnico scientifica del SSN, carenza che ha dato vita a molteplici ruoli di organismi autoreferenziali e di istituzioni private (GIMBE, FIASO, FEDERSANITÀ) o alla nascita di strutture dal ruolo ambiguo, benché cogestite da Stato e Regioni, ma sottratte ad ogni controllo democratico, come AGENAS.

La Conferenza unificata Stato-Regioni e Stato-Regioni-Città sembrano il luogo dove le Regioni settentrionali più forti proteggono i loro interessi a discapito delle regioni meridionali, spesso assenti o non adeguatamente presenti e competenti. Fino alla recente guerra delle ordinanze sull'epidemia.

Si rischia il fallimento di un progetto che era iniziato con la riforma universalistica, solidaristica, basata su principi di efficacia ed efficienza per l'insieme dei cittadini nata con la L. n. 833/1978.

Il cinismo della politica neoliberista si prefigge di spianare la strada alle grandi imprese del complesso sanitario privato e assicurativo, portando a rendimento stabile gli oltre 30 miliardi che già i cittadini pagano di tasca loro per la sanità privata (ticket, assicurazioni, intramoenia) e appropriandosi della gestione diretta di larghe fette dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. In questo contesto continua a prosperare e ad assumere forme nuove la corruzione.

Non si tratta di riproporre una centralità dello Stato: il Ministero della salute non è mai stato in passato e non è oggi un luogo propulsore di riforme sociali democratiche nel segno dell'uguaglianza.

Gli artt. 6 e 114 della Costituzione sono invece il giusto quadro istituzionale di riferimento repubblicano da sviluppare con nuove forme di un equilibrio tra Stato, Regioni, Aree metropolitane e Comuni, ma è necessario un radicale impegno democratico e istituzionale e una diversa progettualità per garantirne l'attuazione.

8. Non bisogna tuttavia nascondersi che questo disegno delle classi dominanti si basa anche sul consenso di parte della società, oggi maggioritaria, più benestante e garantita anche grazie al welfare, che abbraccia modelli individualisti (es.: libertà di scelta), legati al consumo in base al reddito, anche spinta dalla campagna d'opinione messa in atto.

Il modello è: per l'emergenza l'ospedale pubblico o privato accreditato, per il resto l'assicurazione individuale o collettiva.

Inoltre gran parte dei paesi dell'UE hanno sistemi assicurativi modello Bismarck, a partire da Francia e Germania, ma regolati da leggi nazionali, con cui perseguono finalità del modello Beveridge. I paesi con sistemi modello Beveridge puro sono ormai pochissimi (anche l'Italia come la Gran Bretagna non possono più completamente annoverarsi in questo modello) mentre gran parte del mondo è privo di ogni minima tutela sanitaria pubblica.

Non dimentichiamo che alcune categorie privilegiate non di poco peso (parlamentari, giornalisti) hanno assicurazioni sanitarie sostitutive: come si pensa che possa venire da loro un'azione contro il modello assicurativo?

Inoltre i lavoratori del settore privato accreditato ed esternalizzato, spesso precari, atipici o partita IVA, non avendo altre prospettive di reddito, vedono coincidere i loro legittimi interessi di tutela del diritto al lavoro e alla retribuzione con il mondo imprenditoriale, diventando spesso massa di manovra per i datori di lavoro, quando si prospetta la possibilità di reinternalizzazioni o riduzione e blocco dell'accreditamento. Gli stessi giovani sembrano aver perso speranza, e quindi interesse, in un lavoro pubblico stabile, gratificante e ben retribuito, premessa del welfare, preferendo percorsi alternativi tra cui il "mutualismo", a volte forma di contestazione spontanea e dal basso delle carenze istituzionali, altre volte più vicino alla sussidiarietà orizzontale sostitutiva del pubblico.

Per tale ragioni ogni ipotesi di blocco dell'accreditamento e delle esternalizzazioni in sanità deve farsi carico del destino degli operatori che dipendono dalle imprese private. Al tempo stesso va richiesto con forza il passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali convenzionati e della continuità assistenziale (guardia medica).

Tuttavia sta ai movimenti per il diritto alla salute l'onere di dimostrare che la produzione pubblica dei servizi sanitari è meglio.

Innanzitutto diciamo con forza che non vogliamo più farci carico della quota di profitto insita nei finanziamenti pubblici al privato, al netto dei salari dei lavoratori. Profitto che viene massimizzato dal privato con lo sfruttamento del lavoro, spesso precario, interinale e P.IVA, e con l'evasione fiscale e contributiva, che prende altre strade nel mondo della finanza e degli investimenti. Il privato si riappropria così della ricchezza che gli viene sottratta tramite il prelievo fiscale.

Inoltre gli accreditamenti e le esternalizzazioni obbligano le AS a destinare una parte delle loro risorse

all'appalto e al controllo delle attività privatizzate con fondi pubblici distogliendole dalla produzione diretta di servizi.

9. Per la prima volta, dopo molti anni, alcuni indicatori di salute della popolazione italiana mostrano un peggioramento. Gli anni di vita in buona salute si sono ridotti e l'Italia ha la punta massima europea di morti per inquinamento.

La stessa pandemia si è trasformata in sindemia colpendo di più gli strati meno abbienti della popolazione, i malati cronici, i fragili e gli anziani, mentre la trasformazione di molti posti letti ospedalieri in reparti Covid e il rinvio di cure e interventi chirurgici di elezione, ha aumentato la mortalità per molte patologie oppure ha dirottato queste attività sul privato anche per scelta delle Regioni.

Infine, insieme a pochi altri paesi, perdiamo punti nella classifica europea della qualità dei servizi sanitari. L'aumento delle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi è da tempo autorevolmente segnalato, come pure si allarga la variabilità territoriale dei livelli qualitativi e quantitativi dell'assistenza.

D'altronde è noto che il miglioramento dello stato di salute della popolazione è determinato soprattutto da fattori esterni ai sistemi sanitari: ambiente di vita e di lavoro, aria, acqua, suolo, casa, reddito, lavoro, istruzione, trasporti, servizi, cultura.

Se i determinanti di salute peggiorano, peggiora anche lo stato di salute e il SSN non può fare da tampone di tutte le criticità che il sistema economico stesso determina se non entrando in crisi per insufficienza di risorse mai adeguate.

Produrre malattie cronico degenerative è infatti un doppio guadagno per il sistema: prima non le previene perché troppo costoso, poi ci guadagna con diagnostica e cure.

Per questo la salute e la prevenzione devono entrare in tutte le politiche: ambiente, lavoro, energia, trasporti, istruzione.

È necessario altresì impedire una medicalizzazione della risposta ai problemi sociali che alimenta il consumismo sanitario e la domanda di prestazioni incongrue. Questa domanda distorta, generata dal sistema dei consumi, dalla pubblicità e dalla propaganda sui media e su internet, non può essere ostacolata solo con l'appropriatezza prescrittiva. Non solo perché l'appropriatezza e la medicina basata sulle prove di evidenza (EBM) è ovviamente relativa alle scoperte della scienza stessa, ma perché se supera cure inadeguate al tempo stesso ne convalida altre a volte più costose e impegnative (farmaci epatite C, vaccini). L'appropriatezza non deve essere uno strumento per il risparmio ma per la salute degli assistiti.

Inoltre vi è stato un uso paternalistico e autoritario dell'appropriatezza, in controtendenza rispetto al desiderio di conoscenza, partecipazione che la stessa maggiore istruzione media e internet mostra e alimenta, seppure in modo distorto, rendendo gli assistiti sempre meno "pazienti" e sempre più "esigenti".

10. La corruzione nel SSN esiste, ma è stata spesso enfatizzata, insieme ai temi dell'appropriatezza prescrittiva e del consumismo sanitario, per giustificare il paradigma della "insostenibilità" economica del SSN deviando l'attenzione dall'uso privato delle risorse pubbliche, che le vanificano rendendole insufficienti.

La corruzione c'è come in tutta la PA italiana e nel privato, ma è figlia dell'illegittimità su cui si basano molte scelte delle Aziende Sanitarie (AS), lasciando successivo spazio all'illegalità. Questa illegalità diffusa è espressione dell'assalto alla spesa pubblica del privato e della degenerazione del sistema politico e amministrativo che lascia ampio spazio a prassi di eletti e funzionari tese più a controllare il mercato degli appalti e del lavoro per tornaconto personale che a risolvere i problemi che ostacolano la migliore soddisfazione dei bisogni dei cittadini

11. Lo stesso movimento di lotta per la salute deve uscire dalla ridotta della difesa del SSN invadendo il campo dell'economia politica attraverso una sua critica radicale ad iniziare dal sistema fiscale che deve tornare

progressivo come prevede la Costituzione anche attraverso forme originali di lotta all'evasione e all'elusione fiscale, che minano le risorse per il welfare.

Le risorse per il SSN e il welfare vanno cercate anche nella riduzione delle spese militari, in costante aumento e nel blocco delle grandi opere inutili.

Il movimento di lotta per la salute e il movimento pacifista possono trovare importanti convergenze nella riconversione della spesa militare, dell'industria bellica e la progressiva trasformazione del modello di difesa in un sistema popolare di difesa civile non armato, nell'ambito di una politica internazionale di neutralismo attivo.

Di tutto ciò l'opinione pubblica non ha piena consapevolezza e l'iniziativa politica delle forze che si richiamano al patrimonio del movimento operaio e democratico, della sinistra e delle principali forze sindacali, nei rispettivi ruoli, è stata finora su questo tema carente, sia nell'analisi che nell'indicazione di prospettive.

C'è invece bisogno di una vasta mobilitazione sociale e di una forte iniziativa politica, in alternativa alle linee governative attuali, che vada oltre la denuncia e le posizioni puramente difensive centrate sulla conservazione dell'esistente, perdenti in quanto non tengono conto dei cambiamenti socio-economici e dell'evoluzione dei bisogni di salute, delle conoscenze scientifiche e delle tecnologie rispetto a quando fu istituito il SSN nel 1978.

Se il servizio sanitario universalista è oggi messo in discussione, noi sosteniamo la necessità di ricostruirlo e ridefinirlo, affrontando i problemi della programmazione sanitaria non dal lato dell'offerta ma da quello della domanda: i bisogni di salute della popolazione devono guidare la definizione dell'offerta sanitaria e non il contrario.

La prima sfida è quindi una revisione di priorità dal punto di vista della prevenzione e della cura, per affrontare il cambiamento del quadro epidemiologico, di cui vanno considerati gli aspetti più rilevanti, come l'aumento della popolazione anziana e delle patologie multiple legate alla cronicità, i bisogni sanitari dei migranti, la frammentazione della rete familiare multigenerazionale, l'emergere di nuovi tipi di famiglia, l'aumento della povertà che porta soprattutto la popolazione fragile a rinunciare alle cure o a ricorrere ad alternative improprie.

Tali obiettivi peraltro non si possono raggiungere senza un' incisiva partecipazione democratica sia nella forma della democrazia diretta, tramite l'adozione di pratiche di partecipazione degli utenti, dei loro procuratori civici e degli operatori della sanità, sia nella forma della democrazia delegata agli organi elettivi, i Comuni in primo luogo ad iniziare dai determinanti ambientali e sociali di salute: acqua, aria, rifiuti, casa, reddito, lavoro, casa, trasporti, istruzione, cultura, assistenza sociale.

Per questo Il Forum per il Diritto alla Salute propone di superare la figura del delegato del Sindaco alla sanità, dando questo ruolo agli Assessori al sociale di Comuni, Municipi ed Aree metropolitane.

Il Distretto della ASL, nella più precisa formulazione data dal D.Lgs. n.229/1999, è andato in crisi per le sue grandi dimensioni, le carenze di personali sostituite con precariato, accreditamento e esternalizzazioni, le difficoltà di coordinare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione spesso facenti capo a strutture diverse come gli ospedali soprattutto se AS Ospedaliera Autonoma, ai Dipartimenti delle AS o al privato accreditato e dalle oggettive difficoltà di rapporto con Comuni e Municipi.

È facile oggi dire che il Distretto non ha funzionato, dopo non averlo messo nelle condizioni di funzionare, pensando quindi a un suo superamento di fatto perché obsoleto.

Formule come la separazione tra committenza e produzione, le Case della comunità e le Centrali operative, avulse dal Distretto, risponderanno a queste criticità trasferendo al privato la produzione dei servizi.

UN MOVIMENTO DI LOTTA PARTECIPATO, DEMOCRATICO E UNITARIO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

12. Tutti i soggetti devono partecipare alla definizione degli obiettivi di salute, di efficacia assistenziale, efficienza operativa e accessibilità che il servizio pubblico deve darsi e il cui raggiungimento va verificato, (audit/budgeting civico/bilanci e progettazione partecipati), e devono anche disporre di informazioni utili al governo dei territori sul piano urbanistico, delle produzioni industriali e agricole, dei servizi sociali, dell'inquinamento, delle patologie, delle condizioni sociali, così da rendere possibile la centralità/vincolo primario della promozione della salute in tutte le politiche, che è la principale delle prevenzioni.

Ciò oggi viene impedito da lacune di trasparenza, dall'orientamento alla pura promozione dell'immagine aziendale e dai tagli del personale con eliminazione o riduzione dell'attività epidemiologica, che è un taglio alla partecipazione democratica. C'è bisogno invece di una rendicontazione oggettiva e fruibile ai fini del controllo democratico degli atti delle AS, dei loro bilanci sociali o di missione e dei loro bilanci economici. Tale attività se necessario va intermediata da un organo terzo, indipendente e pubblico.

Sulla base di queste premesse è nata l'Associazione Forum per il Diritto alla Salute, un organismo aperto e partecipato finalizzato al coordinamento reciproco tra operatori della sanità e del sociale, lavoratori, cittadini, sindacalisti, cariche elettive, amministratori pubblici e incaricati di attività di governo, e quanti, sia soggetti politico-sociali non istituzionali che singole persone, dedichino la loro attività alla lotta per il diritto alla salute, allo studio tecnico-scientifico dei suoi determinanti biologici, politico-sociali, ambientali e alla tutela dei diritti e della qualità del lavoro, professionale e non, dipendente e non, in alternativa e in contrasto alle politiche di austerità e neoliberiste nazionali, europee e internazionali.

La prospettiva che proponiamo è la salute come tematica "intersezionale" che attraversi più contenuti, piattaforme e movimenti.

Per questo il Forum per il Diritto alla Salute guarda con attenzione a tutte le forze del movimento operaio e democratico, dei movimenti di lotta spontanei e auto organizzati, del mondo del lavoro e sindacale, a cui intende contribuire come spazio di analisi, elaborazione e raccolta di linee programmatiche in campo sanitario e sociale, facendosi veicolo di partecipazione democratica alla battaglia politica per il diritto alla salute.

Riteniamo che anche sulle forme di lotta per il diritto alla salute vada aperta una riflessione.

Innanzitutto facciamo nostro il motto ambientalista "pensare globalmente, agire localmente", perché non è più sufficiente l'elaborazione teorica e culturale se questa non si somma a vertenze e azioni di lotta locali nelle regioni e nei territori con gli altri soggetti del movimento di lotta per la salute, le organizzazioni sindacali e politiche che vi partecipano.

Internet se da un lato ha favorito i contatti e la diffusione di saperi e conoscenza ha alimentato al tempo stesso, complice la pandemia, una partecipazione virtuale, prevalentemente online, fatta di post, click e "mi piace", che ha indebolito il rapporto diretto e l'azione attiva, favorendo anche comportamenti anonimi e l'odio da tastiera, superficialità e passività.

Si tratta anche in questo caso di tendenze funzionali ai disegni del pensiero unico dominante, anche in sanità, basate sulla rivoluzione informatica in atto che travolgerà, con i suoi tempi e le sue forme, il mondo del lavoro e la democrazia, se non diventerà terreno di elaborazione, vertenza e contrattazione: gli algoritmi, la telemedicina e la robotica sono già entrate ampiamente nel conflitto sociale e in sanità.

Già oggi assistiamo a una velocizzazione dei processi del lavoro tramite l'automazione con il lavoro sanitario che diventa a sua volta appendice della macchina informatica dominata dall'algoritmo.

È necessario ricreare un movimento collettivo, ampio e partecipato, attraverso forme di lotta alternative,

originali e nonviolente che prefigurino nei contenuti e nelle forme la società e la sanità che vogliamo. Un movimento forse in un primo momento in minoranza ma non minoritario.

Perché ciò avvenga in modo efficace il Forum per il Diritto alla Salute si propone come punto di riferimento per tutti coloro che vogliono difendere il SSN pubblico e come rete di collegamento in cui si esprimono diverse posizioni, rappresentando la complessità dei territori e degli argomenti, con la sola discriminante di accogliere chi, condividendo le premesse e le finalità di questo Documento, vuole partecipare, sul terreno della difesa della salute, alla costruzione di un'alternativa politica e sociale in Italia, in Europa e nel mondo.

Si segnalano di seguito quindi alcuni grandi temi su cui è necessario creare momenti di dibattito in cui costruire proposte concrete e una piattaforma.

A. LAVORO IN SANITÀ, AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO, RAPPORTO CON IL SOCIALE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

1. Disabilità, fragilità, inclusione sociale, assistenza domiciliare, riabilitazione, lungodegenza, RSA, Hospice: per il blocco dell'accreditamento con il privato la reinternalizzazione dei servizi attraverso l'elaborazione di obiettivi intermedi: contratto unico pubblico-privato, stessi requisiti tecnici, contrattuali e di personale, loghi del SSN obbligatori, limitazione e controllo sociale dell'uso del profitto.

Quale integrazione sociosanitaria e rapporto col welfare sociale?

Come garantire il diritto alla salute di migranti, senza fissa dimora e in cerca di primo impiego? Superare la normativa sull'obbligo di residenza e l'esenzione del ticket per reddito solo ai disoccupati allargandolo agli inoccupati. Superamento della compartecipazione alla spesa (ticket).

2. Salute mentale, disabilità e dipendenze: cosa rimane delle Leggi n. 180/1978, n. 309/1990 e n.104/1992? Solo il privato e il terzo settore possono gestire le comunità e il post acuzie?

Quale bilancio del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)?

Il privato è ormai prevalente nella gestione della salute mentale e riabilitazione nell'età evolutiva: è una deriva inarrestabile?

Oltre il proibizionismo e per la legalizzazione della cannabis.

Il disagio psicologico in età adolescenziale e giovanile.

3. Prevenzione e promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro. Come integrare la prevenzione nel Distretto e con le cure primarie? Come superare la separazione con le tematiche ambientali e le Agenzie regionali per l'ambiente? Che fine ha fatto la prevenzione nei luoghi di lavoro? Che rapporto con l'Ispettorato del lavoro? Quale ruolo del Ministero della Salute, di quello del Lavoro e dell'INAIL? (vedi contributo allegato 1).

Per la tutela della salute in età scolare oltre la "medicina scolastica".

4. Promozione delle cure primarie e sviluppo della sanità d'iniziativa, superamento del modello ospedale centrico. Superamento delle convenzioni della medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale convenzionata e continuità assistenziale (guardia medica) e passaggio alla dipendenza anche attraverso sperimentazioni originali. Riduzione del numero di assistiti per MMG/PLS. Obbligo di lavoro nell'ambito del Distretto. Se e come garantire la scelta del medico?

B. FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

5. Risorse economiche e finanziamento del SSN. Evasione ed elusione fiscale, progressività del prelievo fiscale. Blocco delle assicurazioni integrative/sostitutive nei CCNL e delle agevolazioni fiscali e detraibilità.

Riduzione delle spese militari e per le grandi opere. Trasformazione del modello di difesa.

Oltre la quota capitaria pesata.

Squilibri territoriali e regionali. LEA? Come garantirli?

6. Oltre le sperimentazioni gestionali per i finanziamenti pubblici del SSN.

7. Consumismo, consumismo sanitario, appropriatezza e medicina difensiva. Meno è meglio? Slow medicine?

C. LAVORO E FORMAZIONE IN SANITÀ

8. Operatori e condizioni di lavoro nei servizi, contratti di lavoro, precariato, reinternalizzazioni, contratto unico del SSN e della sanità.

Per lo sblocco delle assunzioni nella PA e un piano straordinario di assunzioni a tempo indeterminato nel SSN con concorsi regionali per profili professionali e specializzazioni con graduatorie a scorrimento.

9. Il ruolo del medico e delle professioni sanitarie, per una critica dei ruoli sociali (vedi contributo allegato 2). Oltre il corporativismo e l'ordinismo.

10. Quale formazione e Università. Oltre il numero chiuso e per un insegnamento sociale. Un Corso di laurea in medicina generale e cure primarie (vedi contributo allegato 3).

D. PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA E RAPPORTI ISTITUZIONALI

11. Partecipazione dei cittadini, degli operatori, audit/budgeting civico/bilanci e progettazione partecipata, trasparenza. Per la riduzione della dimensione delle AS e dei Distretti, oltre la figura del Direttore Generale e per la democrazia nelle AS.

12. Autonomia amministrativa delle Regioni, superamento dell'attuale sistema di federalismo e di governo della sanità locale.

13. Ruolo del terzo settore (no profit?), del volontariato e del mutualismo.

14. Ruolo degli Enti locali, dei Comuni e dell'Area metropolitana. Programmazione e gestione democratica e partecipata del SSN. Rapporto Stato, Regioni, Comuni, Municipi, Aree metropolitane. Quale ruolo per gli Assessorati alla salute e al sociale, delle Agenzie di sanità pubblica (ove presenti) e della Conferenza socio-sanitaria cittadina?

15. Contro la sussidiarietà verticale e orizzontale privatistica e fiscale.

16. Illegittimità, illegalità, legalità e lotta alla corruzione.

E. INNOVAZIONE TECNOLOGICA, SCIENTIFICA ED ORGANIZZATIVA

17. Formazione del personale sanitario, ruolo di internet, della telemedicina e della robotica.

18. Finanziamento pubblico e promozione della ricerca indipendente dalla committenza privata di mercato.

19. Integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca tra SSN e Università.

20. Continuità di cura e nuovi modelli di assistenza territoriali ed ospedalieri.

21. Politica del farmaco attraverso il rilancio di una azienda pubblica nazionale ed europea.

22. Innovazione dell'organizzazione del lavoro, delle strutture e dei processi assistenziali, didattici e di ricerca.

23. Messa in sicurezza e riconversione ambientale delle strutture del SSN.

F. DIRITTI E SALUTE DI GENERE

24. Medicina di genere.

25. Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) e aborto farmacologico (RU486).

26. Consultori: che fine ha fatto la L. n. 404/1975? Contraccezione.

27. Obiezione di coscienza e IVG.

28. Punti nascita.

29. Fecondazione assistita (PMA).

30. Violenza sessuale e domestica.

31. Movimento LGBTQTI+.