

LA SALUTE NON E'
UNA MERCE
LA SANITA' NON
E' UN'AZIENDA



COORDINAMENTO NAZIONALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

LA SALUTE NON È UNA MERCE, LA SANITÀ NON È UN'AZIENDA!

Un virus pandemico si aggira per l'Europa e scalza convinzioni e convenienze in tema di salute e di servizi sanitari. In Italia la conduzione dell'emergenza pandemica ha fatto emergere gravi inadeguatezze frutto delle politiche attuate negli ultimi due decenni.

Il servizio sanitario pubblico ha dovuto reggere l'impatto dell'emergenza mostrando limiti derivanti dal definanziamento (a favore della sanità privata) e dall'indebolimento della medicina territoriale.

La sanità privata è intervenuta tardivamente, costretta dalle istituzioni. La pandemia ha mostrato gli effetti criminali, in termini di decessi aggiuntivi, della deriva del sistema sanitario, pur con differenze di gravità tra regioni. Le responsabilità dei governi, centrali e regionali, che si sono succeduti negli ultimi decenni sono divenute palesi: le leggi di privatizzazione, frutto di politiche bipartisan, sono le principali responsabili e vanno abrogate come va avversato l'approccio che le ha prodotte.

La "normalità" ante covid si è dimostrata malata e occorre una inversione di rotta. Per noi la salute non è solo uno stato di benessere psico-fisico ma il risultato del rapporto tra gli individui nel proprio contesto di vita, se quest'ultimo è malato il malessere individuale è un sintomo e occorre curare il contesto. La salute è un bene e un diritto, l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale deve avere quale obiettivo prioritario l'attuazione di questo diritto.

E' il momento di una nuova riforma della sanità fondata sull'affermazione della salute, dell'ambiente salubre e sulla riduzione delle disuguaglianze quali diritti costituzionali da attuare da parte degli enti pubblici.

I punti focali da cui partire e sui quali poniamo l'attenzione e le proposte sono i seguenti.

-Il **Servizio Sanitario Nazionale** è parte dell'economia fondamentale, deve essere universale, senza discriminazioni di accesso e finanziato dalla fiscalità generale (e progressiva per reddito); il suo intervento e l'efficacia va misurata in termini di incremento della salute collettiva, con strumenti come il Referto Epidemiologico Comunale, anziché di volumi e tempi di prestazioni erogate.

-La **spesa sanitaria pubblica** deve essere adeguata e indirizzata verso la prevenzione primaria, basata su condizioni di vita e ambientali sane, con obiettivi di salute valutati con strumenti epidemiologici e non economicistici. Il sistema sanitario pubblico deve essere costituito da personale sanitario e non sanitario, stabile e numericamente congruo, con livelli retributivi consoni e deve contare su una disponibilità di posti letto ospedalieri in linea con le esigenze di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione che si vogliono perseguire.

-I **LEA** (Livelli Essenziali di assistenza) devono essere rimodulati e finanziati sulla base della appropriatezza e sostenuti da prove di efficacia.

-La **prevenzione** deve avere come perno una medicina territoriale che includa partecipazione, riconoscimento e attenzione alle esigenze sanitarie e sociali locali, alle specificità di genere e di età come pure di riconoscimento di ogni diversità.

-La **medicina territoriale** deve essere in costante coordinamento con il settore ospedaliero, riempiendo di contenuti la proposta delle "case della salute", non come semplice sommatoria di ambulatori, ma come punti di incontro delle esigenze locali (servizi sanitari, socio-sanitari e sociali), cambiando il sistema di remunerazione. Anche i migranti "irregolari", ove non ricompresi nella normativa nazionale o regionale, devono avere accesso alle cure primarie tramite un medico di MMG. Il sistema deve essere partecipato dagli utenti e dagli enti locali e avere anche una funzione di "sentinelle" dell'ambiente e comprendere servizi di medicina del lavoro. In una fase intermedia la proposta potrebbe partire dalla rinascita dei distretti sanitari locali. Nell'entità territoriale di base (che riprenderà il nome di Unità Socio Sanitaria Locale/USSL), confluiranno le Case della Salute e vi troverà sede il Dipartimento di Salute Mentale con i Centri di Salute Mentale, eliminando ogni forma di contenzione anche in caso di TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) le cui modalità vanno ripensate.

-I problemi di **salute mentale** emergenti in conseguenza dello shock pandemico e delle tensioni ubiquitarie e quotidiane nel mondo del lavoro e nella società, legate anche a disparità di genere e ad altre disuguaglianze, vanno affrontate con un adeguamento dei servizi di assistenza e prevenzione psicologica gestite da strutture apposite del SSN coordinate a livello nazionale.

-Va superata l'**impostazione aziendalistica** fondata esclusivamente sulle "compatibilità" economiche, slegata dai reali risultati di salute, basata sulla figura monocratica dei direttori generali; va eliminata anche la catena del "rapporto fiduciario" dei lavoratori spesso ridotti al silenzio anche in caso di gravi inadempienze dei vertici. Va azzerata la normativa che permette la libera professione intramoenia, altro fattore di disuguaglianza. Le unità sanitarie devono



essere territorialmente limitate per una risposta più precisa ai problemi e per permettere una reale partecipazione della popolazione e il controllo delle attività.

-La **progressiva privatizzazione** in quasi ogni ambito sanitario e la concorrenza hanno indotto anche il servizio pubblico a seguire logiche produttivistiche. Va rimosso ogni finanziamento alla sanità privata, abolire le agevolazioni fiscali per la spesa sanitaria privata veicolata da assicurazioni e fondi sanitari; riprendere una programmazione sanitaria partecipata a livello locale e nazionale eliminando ogni commistione pubblico-privato che determina la privatizzazione di fatto dei servizi.

-Occorre realizzare un'**industria pubblica del farmaco**, dei reattivi di laboratorio e dei dispositivi biomedicali (considerando anche la presenza dell'Istituto Chimico Farmaceutico militare di Firenze) contro le speculazioni e i ricatti delle multinazionali farmaceutiche.

-Occorre intervenire nell'ambito della **formazione universitaria e delle specializzazioni** conseguenti evitando la precarietà dei giovani medici laureati bloccati nell' "imbuto formativo" e dei neospecialisti che affrontano "l'imbuto lavorativo". Il settore della formazione e ricerca in ambito sanitario e la gestione dei crediti ECM deve essere prioritariamente guidato da realtà pubbliche adeguatamente finanziate per poter essere esenti da conflitti di interesse e, dove non possibile, da provider indipendenti

-La **salute della donna** va promossa a partire dal riconoscimento delle specificità, attraverso la medicina e la farmacologia di genere, tuttora misconosciute in Italia; attraverso il riconoscimento dei diritti di pari opportunità in tutti i campi, sanciti dalla Costituzione: il diritto all'autodeterminazione nelle scelte di vita, alla partecipazione, al lavoro vanno affermati con il rafforzamento di azioni strategiche di prevenzione, attraverso servizi territoriali per la sua salute, in primis i consultori.

-Le donne costituiscono il 60% dei medici sotto i 40 anni e il 78% del personale infermieristico: La pandemia ha mostrato sia il loro ruolo fondamentale nella sanità, sia la vera **condizione di vita della donna**: un lavoro spesso precario, retribuito in misura inferiore rispetto agli uomini, reso altresì difficile dagli impegni in attività di cura. La battaglia per il diritto alla maternità libera e consapevole è stato un cardine del movimento delle donne, ancora oggi contrastato dalla presenza di numerosi medici obiettori. La pandemia ha peggiorato la situazione e occorrono strategie efficaci di "sostegno" e prevenzione: riorganizzarsi per la difesa e il rafforzamento dei diritti delle donne a partire dal riconoscimento della medicina di genere.

-Vanno ripristinati i servizi che un tempo si chiamavano di **medicina scolastica**, rivalutandoli come Centri per la Salute nelle Scuole, quali servizi territoriali fondamentali.

-Occorre rinnovare una regia centrale, ma non centralistica, di un servizio sanitario davvero nazionale per diffusione e qualità dei servizi, rimuovendo ogni ipotesi di **"regionalismo differenziato"**, garantendo uniformità di accesso, e di qualità, alle cure in tutta la nazione rivedendo, in prospettiva, anche il titolo V della Costituzione.



-Le **residenze sanitarie assistenziali** come quelle per disabili fisici e psichici vanno poste in carico al SSN: va riconosciuta la necessità di cura della persona anziana, cronica, non autosufficiente; devono avere requisiti e caratteristiche di valutazione e presa in carico, di cura, assistenza e riabilitazione uguali in tutte le Regioni rivedendo parametri e qualità, prevedendo Comitati di familiari che si riuniscono regolarmente; le strutture devono essere aperte al territorio.

-Anche la **sanità animale e le produzioni alimentari** sono decisive; per evitare nuovi rischi per la collettività: bisogna procedere ad una trasformazione agro-ecologica delle produzioni riconvertendo gli allevamenti intensivi, estendendo le coltivazioni biologiche e riducendo l'uso di concimi chimici e pesticidi.

-La **tutela della salute (dentro e fuori i luoghi di lavoro) e dell'ambiente** sono connesse e interdipendenti e vanno affrontate in modo unitario e non distribuite su competenze diverse, regolate dai risultati di indagini epidemiologiche costanti sul territorio. I controlli devono essere esenti da qualunque conflitto d'interesse.

-Il **riconoscimento delle malattie professionali** deve passare dall'INAIL alle USSL; il medico competente deve essere convenzionato con il SSN pubblico e non un semplice consulente (ricattabile) del datore di lavoro. Gli infortuni dei medici di base devono essere riconosciuti dall'INAIL.

-Occorre adottare una **nuova organizzazione del lavoro** che sia fonte di benessere per i lavoratori e non di stress: andrà previsto nel Dlgs 81/08 un titolo specifico sul rischio organizzativo, attuare l'art. 46 della Costituzione con una legge che definisca come i lavoratori partecipino alla gestione delle imprese. Dovrà essere rafforzato il ruolo dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) che devono poter partecipare attivamente alla Valutazione dei rischi.

-Va affermato l'obiettivo del **MAC zero** (cambio delle produzioni, eliminazione dalle produzioni delle sostanze tossiche). Nessuno "scudo penale" per gli infortuni da Covid.

Questi sono i temi per una nuova riforma che inverta il declino e la progressiva riduzione dei servizi e la deviazione dalle finalità costitutive della riforma sanitaria del 1978.

Chiamiamo le associazioni, i comitati, le lavoratrici e i lavoratori, i sindacati, ad una collaborazione a un impegno fattivo e partecipato per il raggiungimento di questi obiettivi, con una nuova stagione straordinaria di lotte per l'affermazione e la piena realizzazione del diritto alla salute per tutte e per tutti, nell'ambito di un SSN pubblico dove tutela ambientale, diritto e difesa della salute, diritti sociali e del lavoro siano l'espressione della riconversione complessiva del SSN nell'interesse dei cittadini in una società più equa e rispettosa dei loro bisogni e della salute collettiva e individuale.

Per aderire, compilare il form a questa pagina: <https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=10110>

ACRONIMI

LEA = Livelli essenziali di assistenza - ovvero tutte le prestazioni che devono essere fornite ai cittadini su tutto il territorio nazionale

MMG= medico di medicina generale (o medico di base o di famiglia)

TSO= trattamento sanitario obbligatorio che viene applicato in specie per i malati mentali su richiesta di uno psichiatra con controfirma del sindaco

ECM= educazione continua in medicina (crediti annuali obbligatori derivanti da partecipazione a eventi formativi)

MAC zero= livello massimo di esposizione a salvaguardia della salute; zero si riferisce alle sostanze cancerogene, teratogene e immunodepressori. In altri termini non vi deve essere nessuna esposizione.