



# **40 anni dopo la l.833 è necessaria una nuova Riforma della Sanità**

**per**

**una sanità universale, gratuita,  
nazionalmente omogenea,  
basata sulla prevenzione,  
l'inclusione e il territorio.**

**CUB Sanità Italiana  
Confederazione Unitaria di Base**

Sede nazionale: Milano, V.le Lombardia 20 - tel. 02- 70631804  
[www.cub.it](http://www.cub.it) - e mail [sanitanazionale@cub.it](mailto:sanitanazionale@cub.it)

**Nota.**

**In questo opuscolo verrà utilizzato il maschile e il femminile in maniera intercambiabile, coscienti del fatto che per decenni le lavoratrici furono escluse dal racconto dei fondamentali processi storici, tra cui quello della lotta della classe operaia, anche se svolsero un ruolo fondamentale che oggi ritroviamo dove c'è chi si ribella allo sfruttamento.**

## **1978: LAVORATRICI E LAVORATORI CONQUISTANO LA SANITA' NAZIONALE**

*“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.”*

Solo dopo 30 anni, nel 1978, la norma Costituzionale divenne legge, attraverso la l.833/78 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ispirato ad un modello universalistico. E non per caso: la Costituzione è frutto della Resistenza; il Servizio Sanitario Nazionale è frutto delle lotte operaie, tra cui la categoria dei lavoratori ospedalieri si distinse quanto a partecipazione e rivendicazioni dall'alto contenuto civile, che non si fermavano solo a richieste quali il salario o l'orario di lavoro. Puntavano alto: sia alla qualità del servizio, che a togliere la Sanità dalle mani delle “baronie mediche” che tenevano saldamente ogni servizio ospedaliero nelle mani dei primari e dei loro sottoposti medici, quasi come specie di mini-cliniche-private.

Prima del '78 il sistema sanitario italiano era basato su forme assicurativo-previdenziali categoriali, in cui il diritto alla tutela della salute era collegato alla condizione lavorativa e non era considerato un diritto universale di cittadinanza. Il “nuovo” degli anni 2000 è perciò un ritorno al passato. Lo sviluppo del welfare aziendale inserito nei contratti nazionali è un avvicinamento all'“americanismo” per cui in nome del profitto (realizzato dalle mutue e assicurazioni private legate al sistema bancario e industriale) si tende ad ampliare la precarietà a nuovi aspetti della vita: se perdi il posto in azienda, perdi anche le coperture mutualistiche.

Non vogliamo un'Italia “americana”, con lavoratori ricattati e 30 milioni di persone senza assistenza sanitaria, in cui la visita di Pronto Soccorso costa circa 1200 euro!

Le Casse Mutue furono enti assicurativi originati nelle società operaie dell'800, in cui i salariati si univano per generare un sistema di solidarietà, una specie di "welfare dal basso". Prima, solo chi poteva permetterselo pagava l'assistenza, mentre i più poveri potevano solo affidarsi alle Opere Pie e alla beneficenza.

Il fascismo smantellò gran parte del sistema di solidarietà operaia, dando origine a un sistema corporativo che nel dopoguerra generò le mutue di mestiere.

Il 1978, prima fu l'anno della legge Basaglia (13 maggio) che liberava dai manicomi le persone psichicamente sofferenti; il 22 maggio la legge 194, con la depenalizzazione dell'aborto, sancì il diritto di scelta delle donne per una maternità libera; poi in dicembre la l.833 istituiva il Sistema Sanitario Nazionale. Nella 833 la copertura sanitaria era estesa a tutti, per tutte le prestazioni previste con il finanziamento basato sulla fiscalità generale e non sull'adesione individuale e onerosa. Due leggi che furono il prodotto delle lotte operaie dal 1969 in poi, che unirono lavoratori pubblici e privati, dell'industria e dei servizi, in azienda e sul territorio.

## **LA CONTRORIFORMA INIZIA SUBITO.**

Ma già nel 1989 venivano introdotti i "ticket", incrinando il principio della gratuità delle cure, mentre lobbies, clientele, industrie del farmaco e imprenditori della sanità si preparavano a rimettere le mani sul SSN.

Con la riforma del 1978 i poteri italiani erano stati costretti dalle lotte delle lavoratrici e dei lavoratori a rinunciare alle mutue "corporative" e creare il Servizio Sanitario pubblico gratuito e uguale per tutti. Meno di 15 anni dopo lo stavano già smantellando e privatizzando.

Nel 1992, il governo Amato (ministro della Sanità il tangentista De Lorenzo) promulgò il D.L. 502/92, ripreso dal governo Ciampi

(D.L. 517/93): trasformava le USL in “Aziende” (le ASL) guidate da manager; spezzettava il sistema Sanitario Nazionale in sistemi regionali a bassa coesione. Soprattutto spalancava le porte alle strutture sanitarie private, attraverso il sistema dell’accreditamento: i privati divenivano parte di un meccanismo in cui è il SSN a pagare l’attività d’impresa in cambio di privilegi, controlli del tutto effimeri e basati su un sistema clientelare, come dimostreranno i numerosi scandali fino ai giorni nostri.

Lo stesso D.L.502/92, e successivamente gli interventi di ministri di tutte le tendenze (Bindi, Berlusconi, Turco, Sacconi, Renzi, Gentiloni) incentivavano con vantaggi fiscali l’istituzione dei Fondi Integrativi Sanitari, per l’accesso a prestazioni di sanità privata, aggiuntive e poi anche sostitutive a quelle erogate dal SSN. I Fondi potevano essere istituiti da Contratti Collettivi, enti o aziende a favore dei propri dipendenti. Lo sviluppo dei Fondi Sanitari è stato massiccio, anche grazie alle OO.SS. maggioritarie che hanno promosso, spesso in alternativa ai necessari miglioramenti salariali, accordi per il loro sviluppo e non di rado partecipano alla scelta degli amministratori e dirigenti. CGIL-CISL-UIL si vengono così a trovare in uno spiccato conflitto di interessi con la tutela del servizio pubblico a cui le diverse forme di privatizzazione fanno concorrenza.

## **I DIFETTI DEL PRIVATO, PIU’ I DIFETTI DEL PUBBLICO**

Il carattere pubblico del Servizio Sanitario permise e accentuò il clientelismo già presente nel sistema precedente (emerso alla piena coscienza dell’opinione pubblica con “Tangentopoli” nel 1992), dando spazio alla partitocrazia e alle assunzioni clientelari. I poteri dell’impresa utilizzarono questi mali per sponsorizzare un passaggio al privato che promuoveva la stessa corruzione su scala ancora più ampia. Già a metà degli anni ’90 in Lombardia iniziava il sistema della “sanità d’oro” che comprendeva giochi finanziari e

societari e che portò alla condanna di Formigoni e allo scandalo delle Fondazioni Maugeri e San Raffaele.

Nel periodo 1995-98 le strutture pubbliche erano già in forte calo, passando da 1.068 strutture del 1995 a 846 nel 1998 (-21%).

Con la riforma Bindi (1999) si lasciava integralmente alle Regioni il compito di finanziare il proprio Servizio Sanitario, accentuando la disuguaglianza delle prestazioni nelle diverse aree della penisola. La riforma del titolo V della Costituzione (2001) accentuò ancora frammentazione e disomogeneità dei servizi nei diversi territori, perfino nel costo dei necessari approvvigionamenti di presidi medici, strumenti, farmaci, a partire dai più semplici e dai più diffusi.

La legge costituzionale del 2012, che introduce l'obbligo dell'equilibrio dei bilanci della Pubblica Amministrazione accentua la priorità dei limiti alla spesa separatezza rispetto ai bisogni della cittadinanza. Ciò avviene mentre, da un ventennio, si riducono progressivamente le tasse a carico dei redditi più alti, dei grandi patrimoni e della finanza, si istituiscono sempre nuove agevolazioni e contributi a favore delle imprese, si attuano i salvataggi delle banche...



Nel 2017, l'assistenza ospedaliera in Italia era fornita da 1.000 istituti di cura, di cui il 51,80% pubblici ed il rimanente (48,20%) privati accreditati. Cioè appena metà del sistema ospedaliero italiano è ancora in mano pubblica, l'altra metà è già in mano privata. Non si è superato il male storico del clientelismo, si è creata una nuova commistione tra sistema politico, burocrazia ed interessi privati.

## **SMANTELLAMENTO DELLA VISIONE SOCIALE**

Il Sistema Sanitario italiano che dal suo avvio sino a poco oltre l'inizio degli anni 2000 era tra i primi dieci al mondo per qualità, universalità dell'accesso e gratuità, e al 50° posto per costo a carico della cittadinanza, perde colpi e quelle due caratteristiche si invertono. Perdono importanza l'attività di prevenzione realizzata dai servizi territoriali e dai distretti e la medicina delle cronicità, a favore di più remunerative specialità diagnostiche, di cura e intervento che necessitano solo di brevissimi ricoveri, eseguite per lo più con soli macchinari d'alta tecnologia costosissimi e poco personale, il più delle volte solo medico.

La netta divisione tra sistema Sanitario e sistema Socio-Sanitario-Assistenziale (ad es. la rete Residenze Anziani o per Disabili) ha come ragione il taglio economico, delegando agli Enti Locali la cosiddetta "cronicità", non più riconosciuta come stato di malattia ed espulsa dal SSN. Questi nuovi indirizzi di politica sanitaria nel Paese, uniti alla chiusura di centinaia di ospedali pubblici territoriali, promuovono la sanità privata e hanno contribuito alla battuta d'arresto della speranza di vita iniziata nel 2014, mentre avanza la denatalità persino tra le famiglie di immigrati, precedentemente ad alto indice.

## **TAGLI, CLIENTELISMO, GIGANTISMO, SFRUTTAMENTO**

La debolezza del tessuto sanitario territoriale, la fragilità del rapporto numerico dei posti letto per abitante, nonché del

numero di medici (e infermieri) per posto letto, nettamente sotto gli standard europei sono probabilmente la ragione per cui in Italia la mortalità da Covid-19 rispetto al numero di contagiati stia risultando in Italia del 40% più alta rispetto alla media dei più grandi Paesi Europei (3,49% contro 2,45% dei contagiati).

La pandemia dimostra definitivamente una serie di fatti fondamentali:

A) Il Sistema Sanitario pubblico è centrale per la tutela della salute della collettività e i continui tagli, conseguenti all'adesione alle politiche di austerità europee degli ultimi 10 anni che hanno fatto perdere 37 miliardi al fondo sanitario, sono stati una vera scelleratezza che ha privato la società degli indispensabili strumenti di difesa.

B) Il Sistema Sanitario pubblico ha anche pagato gravemente l'aver privilegiato il servizio ospedaliero e le scelte di gigantismo rispetto alla diffusione della medicina preventiva e territoriale. Dopo la 833, fino al 1992, anno della riforma De Lorenzo, le USL erano 659; nel 1995 le ASL, già "Aziende", erano 228; per arrivare a 101 nel 2017.

C) La Sanità privata, senza averne i pregi, ha i difetti peggiori del settore pubblico: opera per strutture ambulatoriali e ospedaliere alla ricerca del risultato economico, faticando ad adeguarsi alle regole di correttezza e ai bisogni sanitari della società e ignorando completamente la medicina territoriale e quella preventiva perché non remunerative.

D) La progressiva crisi del Sistema Sanitario pubblico favorisce consapevolmente il subentro dell'imprenditoria privata in quelle prestazioni che il pubblico non garantisce o lo fa a prezzi (ticket) che rendono competitive le prestazioni private. La sanità privata prospera grazie ai vuoti e alle inefficienze del pubblico. Anche nella pandemia, l'incapacità del sistema pubblico di continuare a garantire le prestazioni ha spinto i cittadini a rivolgersi al privato.



E) Il Sistema Sanitario pubblico paga regionalizzazione, clientelismo e privatizzazione, dove spesso l'uno è funzionale all'altra, in una disparità di organizzazione, offerta e tutela sul territorio che induce le "migrazioni sanitarie" tra regioni e che è emersa drammaticamente nella seconda ondata Covid.



F) La politica del personale sanitario nazionale è stata gravemente miope e carente, a partire dalle follie:

- dei percorsi di formazione, come ad esempio il numero chiuso nelle università, che hanno lasciato il paese in una condizione di carenza strutturale di personale sanitario, e nel caos dei profili e delle attribuzioni professionali;
- dei percorsi di assunzione, che vedono gli Enti pubblici tra i principali utilizzatori di lavoro precario, interinale e in appalto;
- della svalorizzazione delle figure professionali, che vedono i giovani e le professioni più numerose, non mediche e non apicali, subire trattamenti economici squalificanti e disincentivanti;

G) A sopperire alla grave crisi della Sanità, sia pubblica che privata, sono chiamate lavoratrici e lavoratori sempre più precarizzati, sempre più sottoposti a contratti privati anche quando operanti in strutture pubbliche. A questo personale viene chiesto di sopperire con il proprio sacrificio ai gravi deficit generati nel Sistema Sanitario sia pubblico che privato, sacrificio che viene brutalmente sfruttato per garantire impunità alle colpe delle gerarchie aziendali, per favorire il profitto degli imprenditori del settore.

A ciò si aggiunga l'età media degli operatori della sanità: il 21% degli infermieri ha più di 55 anni e fra i medici il 50%;

### **NON UN PROBLEMA DI COSTO, MA DI SPECULAZIONE.**

Per giustificare lo sfacelo e la privatizzazione si usa l'argomento dell'onerosità del sistema – come si era già fatto per le pensioni. “La sostenibilità futura del SSN potrebbe non essere garantita”. Ipocrite parole con cui l'ex-premier Mario Monti, disastroso tecnocrate liberista, promuoveva la privatizzazione della sanità.

A 42 anni dalla legge 833, dobbiamo constatare che il suo spirito è stato via via demolito da una serie di provvedimenti che servivano a soddisfare le lobbies affaristiche, da quelle dei baroni dell'università e della medicina a quelle del farmaco, a quelle dell'imprenditoria sanitaria, delle assicurazioni private, dell'alta burocrazia pubblica e così via.

Tuttavia, la spesa sanitaria italiana si attesta sul 7,1% del PIL, contro una media OCSE del 9%, con un costo pro-capite di 3400 dollari all'anno, contro una media OCSE di 4000. L'Italia è al 4° posto in Europa per spesa sanitaria e spende per salute quasi la metà della Germania. Il modello americano mostra chiaramente che la coesistenza di un servizio sanitario pubblico ed uno privato raddoppia il costo complessivo. La Sanità privata in Italia è un

costo aggiuntivo che con il suo 25% della spesa sanitaria complessiva, ne porta in alto l'incidenza sul PIL nazionale, ne accentua il carattere di sperequazione, ed è quindi la prima a dover essere abolita anche dal punto di vista della sostenibilità complessiva del sistema sanitario italiano.



# 10 PUNTI PER UNA NUOVA RIFORMA DELLA SANITA'

Sono queste le ragioni che ci fanno dire che il post-pandemia deve vedere al centro una **nuova Riforma della Sanità, nello spirito della legge 833**, di cui proviamo ad indicare i capisaldi.

1) **ABOLIZIONE DELLA REGIONALIZZAZIONE.** La Sanità deve tornare competenza (centrale) esclusiva dello Stato ed essere uguale in tutte le regioni, sviluppando un piano di omogeneizzazione delle prestazioni verso gli standard più alti. Fatto di investimenti in strutture, servizi, manodopera e formazione. Per quanto – come vedremo – una seria riforma Sanitaria possa in gran parte, nel medio periodo, autofinanziarsi e produrre un risparmio globale per la finanza pubblica e il sistema-paese, un piano di rilancio necessita sicuramente di risorse aggiuntive che devono essere trovate nelle spese inutili e improduttive dello stato, come le spese militari o le grandi opere che devastano il territorio, ma anche invertendo una tendenza a ridurre le tasse ai più ricchi e alla finanza, fino ad una eventuale vera imposta patrimoniale che non colpisca né lavoratori né ceti medi, ma quella finanza e grande impresa che, nel quarantennio del progressivo impoverimento dei cittadini, ha visto moltiplicarsi redditività, utili e potere.

2) **INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E CONTROLLO DEI LAVORATORI E DELLA CITTADINANZA.**

La Sanità deve ritornare al concetto di “Unità Socio-Sanitaria”, la cui gestione deve avvenire attraverso Comitati di Indirizzo territoriale, composti da rappresentanti delle istituzioni locali, delle associazioni di pazienti e familiari, delle associazioni professionali, delle Organizzazioni Sindacali, delle rappresentanze

del personale. La natura pubblica del sistema sanitario, infatti, non è sufficiente per garantire correttezza e onestà della gestione, libertà da lobbismo e corruzione, tanto più in un ambito in cui gli interessi in gioco sono altissimi. Per il controllo, la vigilanza e la trasparenza della gestione un ruolo fondamentale deve essere assegnato alla rappresentanza di lavoratrici e lavoratori, i primi a conoscere dettagliatamente la realtà del funzionamento dei servizi, nonché alle organizzazioni dell'utenza.

### 3) **TRASFERIMENTO ALLA GESTIONE PUBBLICA DELLE IMPRESE PRIVATE DI AMBITO SANITARIO E SOCIOSANITARIO.**

In particolare si deve iniziare da quelle indispensabili per la gestione delle emergenze come ospedali e servizi di cura; quelle a forte valenza di medicina di base come ambulatori e laboratori di analisi; quelle che abbiano forte incidenza sugli aspetti di gestione sociosanitaria come residenze per anziani, disabili ecc. In tutte queste tipologie, infatti, si denota una prevalenza della logica industrialista della massimizzazione della produttività a scapito della qualità delle prestazioni e della presa in carico integrale della persona. **Va perciò superata la logica produttivista anche nel settore pubblico** in cui si è progressivamente trasmessa: si pensi alle normative sui "minutaggi" di assistenza attribuita al singolo paziente – veri "tempi e metodi" di derivazione industriale - che vanno immediatamente abolite; si pensi alla preminenza dei grandi e grandissimi ospedali sulla medicina preventiva e territoriale.

Vanno definite per legge le caratteristiche specifiche (dimensionali, specificità degli interventi, composte da famiglie o utenti portatori di interessi ecc.) che consentano l'attività privata non lucrativa in ambito sociale e sanitario.

#### 4) RILANCIO DELLE FIGURE PROFESSIONALI E NUOVE ASSUNZIONI PUBBLICHE.

Oggi la Sanità pubblica non funzionerebbe senza le migliaia di operatori e operatrici che lavorano già nei servizi pubblici con contratti precari, interinali, cooperative e quant'altro e senza le centinaia di migliaia che lavorano in servizi in appalto e in accreditamento, che sono parte del servizio pubblico a tutti gli effetti, ma relegati in posizione subalterna e precaria.

**Tutto questo personale va assorbito stabilmente nel settore pubblico in base a titoli ed esperienza già maturata anche nel settore privato, cominciando dalla stabilizzazione a tempo indeterminato** di quanti sono stati assunti per l'emergenza Covid e che da soli non sono comunque nemmeno sufficienti a recuperare la perdita di posti generata dal blocco del turn-over.



Va superato lo sfruttamento che in questi anni ha contraddistinto l'intero settore. Per oltre 15 anni il tasso di sostituzione di chi va in pensione ha dato un saldo di circa -25%. Va perciò previsto un **piano straordinario di revisione e riempimento delle piante organiche dei servizi sanitari**, per superare lo sfruttamento che

anche i lavoratori pubblici “in produzione” subiscono e riportare i Servizi ad un livello tale da smaltire liste d’attesa e inefficienze. Agli “eroi” della sanità, vanno garantite adeguate condizioni di lavoro in una situazione che ha evidenziato come le condizioni di lavoro in Sanità siano fonte di stress e burn-out legati a mancanza di riconoscimento, decisionalità, e soprattutto alla mancanza di equità e alla costante violazione dei valori deontologici, fino alla “scelta di chi salvare”. La **riduzione dell’orario lavorativo a 30 ore** (a parità di paga) per tutto il personale rappresenta perciò sia una misura urgente di salute sul lavoro che una misura per l’assorbimento di tutti i precari.

Ma non basta: va rivista la filiera a partire dai corsi di accesso ai titoli professionali e universitari e dalla formazione permanente e qualificazione professionale, che non devono più essere onerosi per le lavoratrici ed i lavoratori.

E’ necessaria una svolta nel riconoscimento (culturale, di status e anche economico), della specificità e complessità professionale di attività essenziali per la coesione e il benessere sociale, quali sono i lavori di cura e di aiuto. Promuovere la professionalità del personale non significa solo dare dignità a chi lavora, ma difendere i pazienti e fruitori dei servizi alla persona di salute e assistenza, cioè l’intera cittadinanza.

Va, invece, combattuta tendenza alla frammentazione dei lavoratori e lavoratrici secondo linee di demarcazione per mestiere. Si tratta di una tendenza grave a spostare il conflitto all’interno della classe lavoratrice, deviando dal terreno della solidarietà e della contrattazione collettiva a quello del corporativismo e della contrattazione individuale, favorendo un paternalismo clientelare e autoritario, a danno del lavoratore e della qualità delle prestazioni. Anche per questo motivo gli Albi professionali, ormai privi di effettivi poteri (ad esempio sui minimi tariffari) e vero e proprio scudo per gli abusi, vanno aboliti

e sostituiti con semplici registri degli abilitati contrastando il fenomeno delle false partite IVA, sempre più diffuso in sanità come strumento di aggiramento dei CCNL.

## **5) INTERNALIZZARE E RE-INTERNALIZZARE I SERVIZI PRIVATI E/O APPALTATI, SIGNIFICA ASSORBIMENTO E ASSUNZIONE PUBBLICA DI TUTTI I LAVORATORI.**

In tutti questi anni l'impresa privata ha fatto una spietata concorrenza sleale al settore pubblico, usufruendo di contratti di lavoro largamente più favorevoli che consentivano uno sfruttamento esasperato della manodopera, soprattutto nel settore cooperativistico e nelle imprese religiose "di tendenza". Bisogna promuovere il superamento di questa concorrenza sleale, con il passaggio di servizi e personale alla proprietà e gestione pubblica e comunque con l'unificazione dei contratti dell'intero settore nel contratto oggi applicato ai dipendenti della Sanità pubblica. Le istituzioni pubbliche committenti hanno usufruito delle maggiori flessibilità date all'impresa privata nella gestione del personale per tagliare il costo dei servizi ai cittadini, in modo da ridurre le tasse alle imprese e ai redditi più alti e concedere ampi privilegi alla grande finanza, senza che questo producesse eccessivo scontento. Così i luoghi di cura si sono trasformate in fabbriche della salute e dell'assistenza, in cui la "produttività" è a scapito della qualità dei servizi. Dove nel servizio pubblico, prima, si impiegavano 2 lavoratori e lavoratrici, nelle strutture private se ne impiega 1 e mezza o anche una. Non è perciò accettabile, nemmeno come conseguenza della pandemia, una ulteriore riduzione dell'occupazione, che invece va riportata , già da subito a standard di intensità di personale accettabili per l'adeguata erogazione dei servizi, sia nel settore pubblico che privato, così come non si può continuare a considerare i dipendenti privati come personale di serie B,



escludendolo persino dalle premialità derivanti dall'esposizione al Covid concesse, pur con poca generosità, ai dipendenti pubblici. Né si può continuare a ignorare l'esigenza di forti aumenti salariali (ormai spesso sostituiti dal nefasto "welfare aziendale") e miglioramenti normativi, che ridiano dignità e riconoscimento alle professioni sanitarie e di aiuto, da sempre maltrattate, probabilmente anche per la scarsa considerazione riservata ai mestieri prevalentemente femminili.



## 6) GRATUITÀ DELLE CURE.

Secondo l'Istat ogni famiglia italiana nel 2018 ha avuto una spesa sanitaria minima di 120 euro al mese. La spesa media si aggira intorno ai 2500 euro all'anno. E' evidente la sperequazione in un'Italia in cui 5 milioni di persone vivono sotto la soglia di povertà assoluta, cioè guadagnano 1000 euro al mese per un nucleo di 3 persone. **L'abolizione di tutti i ticket e la gratuità delle cure** rappresentano perciò un fatto di civiltà, di solidarietà, di inclusione sociale reale e concreta, nonché uno strumento di

superamento del dumping concorrenziale con cui l'impresoria sanitaria privata e le assicurazioni cercano di scalzare il servizio pubblico universale.

## 7) **DOMICILIARITÀ, TERRITORIO, INTEGRAZIONE E UMANIZZAZIONE.**

Apparentemente le misure proposte aggraverebbero i costi della sanità, ma non è così. Un "buon" servizio sanitario nazionale sarebbe quello che parta dall'**integrazione socio-sanitaria affinché la salute sia volano dell'integrazione sociale** e questa sia strumento di prevenzione, di benessere e quindi salute e quindi anche di riduzione del costo complessivo della Sanità nel sistema-paese. Un vero e proprio circolo virtuoso.

E' perciò necessario **avviare la transizione dalla cura ospedaliera e residenziale alla cura territoriale e domiciliare**, quell'ottica che anche nell'"emergenza Covid" ha mostrato la maggior efficacia, dove attuata, impedendo il tracollo del sistema ospedaliero, sebbene le USCA non siano state attivate che tardivamente e insufficientemente.

Il potenziamento della medicina territoriale, a partire dalla figura del medico di base, è indispensabile anche alla luce dell'esperienza della pandemia, che ha evidenziato le conseguenze nefaste dell'arretratezza italiana in questo campo rispetto agli altri Paesi europei, dimostrando come la mancanza di una rete adeguata di medicina territoriale produca un aumento degli accessi di Pronto Soccorso, con le ovvie conseguenze: aumento dei costi, intasamento delle strutture ospedaliere, maggiore gravità dei casi intercettati, maggiore mortalità.

**Una adeguata assistenza domiciliare e territoriale umanizzerebbe i trattamenti**, sosterebbe la dimensione affettiva e familiare, attenuerebbe i costi di gestione dei grandi impianti ospedalieri. Tra l'altro svuoterebbe le RSA, luoghi inumani di

abbandono, a cui le famiglie si vedono costrette proprio per l'assenza di una assistenza domiciliare adeguata. Certo, è più facile investire in una profittevole "fabbrica della fine vita" dove vengono ammassati decine di anziani, anziché cercare di mantenere un dignitoso livello di vita familiare a persone "non-produttive" (si vedano le recenti dichiarazioni di un presidente di Regione). Così come è più profittevole ricostituire progressivamente i manicomi, strutture per disabili e portatori di disagio psichico, ormai riaperti per decine (anche più di 100) di posti letto in tutta Italia, quando l'autentica prassi "basagliana" della deistituzionalizzazione, nelle poche realtà in cui è attuata, ha mostrato piena fattibilità e una sostanziale riduzione del costo complessivo. Lo dimostra l'esperienza del Friuli, che con prestazioni di eccellenza si colloca nella fascia bassa – tra le regioni italiane - del costo dell'assistenza psichiatrica.



L'integrazione del servizio sanitario nazionale con il servizio sociale dovrebbe impiegare un'ampia diffusione dell'educazione alla salute e al cibo, della medicina preventiva e del benessere

psicoaffettivo, mediante la diffusione di servizi territoriali di dietologia, la costituzione della figura dello “psicologo di famiglia” convenzionato ASL. Nelle ASL vanno assunti un congruo numero di psicologi e psicoterapeuti, facendo terminare lo scandalo di ASL che per far funzionare i Dipartimenti si basano quasi esclusivamente sul lavoro non retribuito dei tirocinanti!

Da oltre un ventennio è stata ufficialmente accettata la necessità di sviluppare la Medicina di Genere, cioè una pratica della medicina che tenga conto delle differenze sia biologiche che socioculturali tra uomini e donne sia a scopo preventivo che diagnostico e terapeutico. Solo ultimamente questo orientamento ha trovato posto nella normativa nazionale, ma è un percorso che va potenziato e accelerato.

Ciò è tanto più importante in un paese come l'Italia in cui, secondo l'inchiesta dell'Istituto Superiore di Sanità del 2019, il numero di consultori disponibili per la popolazione è metà rispetto alle previsioni di legge e funziona a ritmo ridotto a causa delle carenze sia di risorse che di organico. Un presidio fondamentale per una medicina di inclusione sociale e prevenzione viene perciò in gran parte vanificato. E' perciò necessario potenziare la diffusione, le disponibilità e le funzioni dei consultori. Inoltre va drasticamente aumentato il numero di ospedali in cui sia presente il servizio di Interruzione Volontaria della Gravidanza, oggi presente all'incirca nel 60% dei reparti di Ostetricia. A questo scopo occorre rivedere la norma sull'obiezione di coscienza, prevedendo che tutto il personale operante nell'ambito del settore ostetrico-ginecologico sia impegnato al pieno rispetto della legge 194/75 sull'IVG, oggi disattesa da impressionanti percentuali di ginecologi, in alcune Regioni del Sud.

## 8) **PREVENZIONE E AMBIENTE.**

Non può essere immaginata una seria riforma della Sanità senza partire da quelle attività di **prevenzione e di tutela dell'ambiente e del territorio che hanno tanta parte nella condizione di salute e di malattia**. Se non bastassero gli studi sugli effetti patogeni dei diversi tipi di inquinamento (ad es. quello da radiazioni elettromagnetiche), lo rendono ancora più evidente grandi e drammatici fatti territoriali come l'impatto della siderurgia a Taranto o la devastazione causata dalle discariche abusive nella "terra dei fuochi" campana. Anche prescindendo dai fenomeni clientelari, corruttivi e criminali, è innegabile che i soggetti pubblici di controllo come gli SPSAL (Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) e le ARPA (Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale - che peraltro dal 1993 sono diventate appunto Agenzie autonome e sottratte al SSN), siano gravemente carenti di personale e di poteri dispositivi, al punto di non essere in grado di effettuare un volume adeguato di monitoraggi ed interventi pressoché in nessun territorio italiano. La tutela della salute attraverso la tutela dell'ambiente è invece parte fondante di un approccio moderno e realistico alla salute in generale. Basta pensare che secondo i dati dell'agenzia europea per l'ambiente, in Europa ci sono state, nel 2018, 495.000 morti premature per inquinamento e 84.000 solo in Italia. A partire dallo sviluppo dei percorsi formativi in ambito universitario, è necessario un piano di assunzioni e potenziamento drastico di quelle agenzie, affinché tale tutela divenga parte integrante e "pesante" del funzionamento della Sanità nazionale e il loro ritorno come parte integrante del SSN.

## 9) **RENDERE PUBBLICA LA MEDICINA DEL LAVORO.**

Di una seria riforma nel senso della medicina preventiva dovrebbe assolutamente fare parte **l'assorbimento nel Servizio**

## **Sanitario Nazionale delle attività di sorveglianza sanitaria nei posti di lavoro.**

In un Paese in cui il tasso di infortuni sul lavoro per 100.000 lavoratori è circa un terzo sopra la media europea, quattro volte quello dell'Olanda e doppio o triplo rispetto a paesi come Inghilterra e Germania, non è più possibile che il "medico competente" sulla tutela della salute e sicurezza in azienda dipenda in alcuna forma dall'azienda stessa. Deve essere un dipendente pubblico dotato di poteri di vigilanza, prescrizione e sanzione. Allo stesso tempo vanno riconosciute **piene tutele a quelle categorie della sanità oggi escluse dal riconoscimento della "malattia professionale"** anche per l'inadeguatezza delle patologie "tabellate" Inail.

Invece che un aggravio di costo per il SSN, queste misure rappresenterebbero sicuramente un risparmio, obbligando le aziende a maggior tutela del proprio personale e riducendo così la necessità per le strutture sanitarie pubbliche di erogare assistenza in casi spesso gravi.

## **10) RISORSE AGLI ENTI LOCALI.**

L'integrazione socio-sanitaria significa anche **restituire le risorse sottratte agli Enti Locali** dal taglio dei diversi fondi per la disabilità, la non-autosufficienza, le politiche rivolte ai giovani e così via, per le quali vanno ripristinati e aumentati i trasferimenti diretti da parte dello stato. Demandare le politiche sociali alle sole risorse dirette dei comuni significa semplicemente che le aree e i soggetti più poveri resteranno poveri e saranno sempre più vittima della spirale del degrado. Solo piani di rilancio della coesione sociale e l'assunzione di personale (educatori, assistenti sociali, assistenti domiciliari, OSS, psicologi e altre figure sociali e sanitarie da impiegare sul territorio) potrebbe innescare una nuova dinamica di inclusione, socialità, benessere e quindi

creatività e sviluppo. Soprattutto nelle grandi aree urbane del meridione, nelle periferie delle grandi città sono necessari quegli interventi sociali di animazione, prevenzione e inclusione sociale che sono durati solo per una breve stagione e che oggi, con una miopia criminale e interessata, non esistono più.

In questi mesi, la gestione della pandemia da covid-19 ha stimolato una ripresa della discussione sulla salute sociale e sul servizio sanitario italiano. Crediamo sia ora di trarne le conclusioni mettendo al centro una proposta precisa: una nuova riforma complessiva del sistema.

**C**onfederazione



**U**nitaria di **B**ase