

Il welfare fa bene all'Italia

Rossana Dettori

RPS

Nel 1978, l'approvazione di tre grandi riforme sociali – la legge 180 di riforma della psichiatria, la legge 194 sulla tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza e la legge 883 di riforma sanitaria – contribuì a migliorare le condizioni di vita dei cittadini del nostro paese. L'articolo ricorda quale siano stati il contesto

politico e il percorso di mobilitazione sindacale e sociale che hanno accompagnato l'approvazione delle leggi; e sottolinea i punti di forza delle tre riforme ma non si limita a rievocarle come conquiste del passato, piuttosto segnala come siano ancora estremamente attuali, conservando tutto il loro potenziale innovativo.

1. Gli anni settanta, anni di lotta e di conquiste sociali

Gli anni settanta sono stati anni di grandi lotte sindacali e di grandi conquiste. Il 1978, in particolare, è stato un anno cruciale per il nostro paese: sono state approvate, in pochi mesi, tre leggi fondamentali nel percorso di riconoscimento e tutela dei diritti individuali e collettivi e di emancipazione delle persone. Esse hanno restituito cittadinanza e diritto di parola a persone che fino a quel momento non ne avevano avuti (i matti, ma anche le donne). Si provava a uscire dalla logica repressiva (che associa cura a custodia) all'origine dei manicomi e dell'assistenzialismo risarcitorio e classista delle mutue, per iniziare a parlare di salute e di diritti universali. Sono tre grandi riforme sociali, che hanno migliorato la vita di tutti i cittadini del paese e ridisegnato il welfare.

Queste leggi sono state rese possibili da quel terreno fertile di partecipazione collettiva, di discussioni e di lotte sviluppatesi negli anni sessanta e settanta in Italia e in Europa, che hanno visto uniti studenti e lavoratori con l'obiettivo di migliorare le condizioni materiali e di riconoscere piena cittadinanza a tutti, indipendentemente dal sesso, dalle condizioni economiche, dall'appartenenza a ceti o gruppi sociali. Basti ricordare l'importanza delle rivendicazioni del movimento femminista, o del movimento per il diritto alla salute, che molto deve alle

lotte operaie per un lavoro sicuro e salubre. Sono state leggi indirizzate e sostenute da un fertile dibattito scientifico e culturale. Si pensi, per esempio, alle tesi di Basaglia sull'istituzione negata o alle elaborazioni di Giulio Alberto Maccacaro e Giovanni Berlinguer su medicina e potere, nonché alla Dichiarazione Onu di Alma-Ata (12 settembre 1978) sulla salute globale.

Le tre leggi del 1978 di cui parliamo sono state sicuramente anticipate e rese possibili anche dalla legge n. 405 del 1975, che istituiva i consultori familiari. Si trattava (e si tratta ancora) di servizi assolutamente innovativi, non solo perché rappresentavano il primo luogo concreto per l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, ma anche per il ruolo inedito, di soggetti attivi e non solo di utenti, che viene assegnato ai cittadini fruitori del servizio; si sperimentano, infatti, nuovi rapporti fra utenti e operatori, dando a entrambi la possibilità di intervenire nell'organizzazione degli spazi e dei servizi. Si prefigura così la *partecipazione* dei cittadini come determinante di salute e di buona assistenza.

2. La Riforma Basaglia, la legge 180: dall'esclusione sociale alla cittadinanza

La prima legge a essere approvata nel 1978, il 13 maggio, è stata la 180, che ha sancito la fine del manicomio vietando l'internamento delle persone malate di mente e liberando così i matti dall'istituzione totale, dalla segregazione in un luogo «altro», separato dal mondo reale, dalle pratiche custodialiste di esclusione, e aprendo le porte ad un'idea di salute mentale fatta di presa in carico e di inclusione sociale. Il punto di rottura è stato il riconoscimento del malato di mente come persona titolare di diritti e di cittadinanza. E quindi la nascita di un diverso rapporto fra le persone malate e gli stessi operatori con le prime assemblee in cui tutti avevano diritto di parola e di voto, con il riconoscimento del diritto al lavoro retribuito (al posto dell'«ergoterapia») e la nascita delle prime cooperative di operatori e utenti. Sappiamo che vi sono state resistenze al cambiamento, anche tra i lavoratori; ma complessivamente è prevalsa la spinta riformatrice, che ha visto come protagonisti della mobilitazione sindacato e operatori, anche con esperienze innovative nelle pratiche di salute mentale. Basti ricordare, fra i tanti episodi, l'autogestione da parte di un gruppo di infermieri di un reparto dell'Ospedale psichiatrico «Santa Maria della Pietà» di Roma

(raccontato nel film *Padiglione 25* del regista Massimiliano Carboni). Si è costituito così un movimento che ha portato alla «distruzione del manicomio come fatto urgentemente necessario», di cui parlava Basaglia a Londra nel 1964 in una memorabile relazione al congresso internazionale di psichiatria. Nella stessa relazione Basaglia dichiara che: «Isolato, segregato, reso inoffensivo dalle mura che lo rinchiudono, il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra un animale docile e inoffensivo e una bestia pericolosa, sempre finché si consideri la malattia come un male irreparabile contro cui non c'è niente da fare se non difendersene. Ma il manicomio – nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, come protezione dall'invasione dei "centri d'infezione" – sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato» (Basaglia, 1964). È questa la rivoluzione che compie la legge 180 abolendo il manicomio.

Perciò oggi preoccupano molto le dichiarazioni del ministro dell'Interno, quando afferma che con la legge 180 migliaia di famiglie sono state abbandonate al loro destino, che tutti i giorni è un bollettino di guerra e che lo Stato fa finta di niente. Paventando così un inaccettabile ritorno dei manicomi. La legge 180 è quella che ha aperto, pur con tante difficoltà, i servizi di salute mentale sul territorio. Il problema, come conferma anche una recente indagine del Ministero della Salute (2017), è che nei servizi psichiatrici ci sono novemila operatori in meno rispetto al fabbisogno, che troppo si spende in residenze che sempre più assomigliano a cronicari, mentre i tagli alla sanità hanno colpito i servizi di prossimità decisivi per fare inclusione sociale. Per questo è indispensabile investire in risorse, tracciare linee guida che parlino di qualità dei servizi, a partire dall'abolizione della contenzione, e di servizi territoriali aperti per ventiquattr'ore al giorno. La legge 180 va dunque applicata, non superata o modificata, e riempita di contenuti. Il problema sta nell'affrontare, finalmente, il tema delle risorse umane ed economiche necessarie alla qualità del lavoro e dei servizi. La recente chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) – gli ultimi baluardi del manicomio sopravvissuti alla Riforma Basaglia – è stata completata nel febbraio 2017 (grazie all'importante lavoro del comitato StopOpg, promosso tra gli altri dalla Cgil e dalla Fp Cgil nazionali), e ha certamente rappresentato una conquista nel solco della legge 180 (in controtendenza), ma necessita di essere sviluppata per superare ogni logica manicomiale. Per questo continua l'impegno per attuare la legge 81/2014, la riforma che ha chiuso gli Opg e av-

viato il difficile processo per il loro superamento, con la costituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) ma soprattutto con l'offerta di percorsi di cura alternativi alla detenzione in Rems.

Il modo migliore per celebrare la legge 180 è sfuggire alla retorica e alla demagogia. Occorre mobilitarsi per affermare principi e obiettivi della riforma: con un rilancio e una riqualificazione dei servizi di salute mentale – sofferenti per mancanza di risorse e di personale – e più in generale delle politiche sanitarie e sociali, insieme a una ripresa della battaglia culturale per sradicare lo stigma che associa pericolosità e follia, emarginando e discriminando le persone con disturbi mentali e i loro familiari. È anche per questo che un vasto cartello di associazioni (promosso anche dalla Cgil) ha lanciato a governo, Parlamento e Regioni un appello per la convocazione di una conferenza nazionale su «Diritti, libertà, servizi per la salute mentale» (maggio 2018).

3. Tutela sociale della maternità e interruzione volontaria di gravidanza, la legge 194

Alcuni giorni dopo l'approvazione della Riforma Basaglia, il 22 maggio 1978, il Parlamento vota la legge 194, che si ispira agli stessi principi di partecipazione e democrazia. Con la legge 194, pur contrastata da settori della chiesa cattolica, si superano le politiche moraliste e un pensiero che attribuiva alle donne una *minore* capacità di giudizio e di scelta. Infatti, il vero valore dirompente, innovativo, di quella legge è stato riconoscere alle donne la possibilità di scegliere se diventare madri, di autodeterminarsi e decidere del proprio corpo e delle proprie relazioni. È riduttivo e fuorviante sostenere che è solo la legge che consente alle donne di abortire; ciò sottende ancora un giudizio in qualche modo moralistico. È indubbiamente la legge che ha posto fine all'aborto clandestino (e alle morti delle donne), spesso eseguito da persone senza scrupoli con pratiche devastanti sul corpo delle donne, costrette magari a viaggi all'estero (peraltro solo coloro che potevano permetterselo), ma è anche e soprattutto la legge che ha dato diritto di parola e di scelta alle donne sulla propria salute e sul proprio corpo, e che ha promosso maternità e paternità responsabili.

Ed è la legge che ha messo in discussione i principi politico-culturali basati sulla morale, che spesso non tengono conto neanche delle evidenze scientifiche, affermando per la prima volta, di fatto, la laicità

dello Stato quale fondamento dell'attività legislativa, indispensabile per la garanzia e la tutela dei diritti di tutti i cittadini.

La legge 194 è stata, fin dalla nascita, una legge contrastata. Nel 1981 fu promosso persino un referendum abrogativo, che vide sconfitti i detrattori della legge e ne sancì un sostegno popolare largamente maggioritario. Tuttavia ancora oggi resta fortemente ostacolata la sua applicazione: l'elevato numero di medici obiettori presenti nei servizi mette a rischio, quando non rende impossibile, praticare l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e quindi l'esigibilità del diritto delle donne ad autodeterminarsi. E per questo che devono essere apprezzate e diffuse le scelte di quelle Regioni – il Lazio – che hanno deciso di affermare concretamente il diritto di vedere applicata la legge 194. Il 4 agosto 2016, il Tar del Lazio ha respinto i ricorsi presentati contro la delibera regionale che impone ai consultori pubblici di prescrivere, oltre agli anticoncezionali, anche la cosiddetta «pillola del giorno dopo» e di garantire alle donne che ne hanno bisogno i certificati per accedere all'interruzione volontaria di gravidanza. Ciò a conferma che la legge 194 non esonera gli obiettori dei consultori ad assicurare l'assistenza antecedente e successiva all'intervento di Ivig. Per questo la Cgil sostiene che nei consultori pubblici, da rafforzare e riportare almeno alla previsione di legge (uno ogni 20 mila abitanti), non ci debbano essere obiettori, e che nei servizi pubblici non dovrebbero essere loro affidati compiti di direzione e responsabilità, pena la non esigibilità per le donne di un diritto sancito per legge. Senza i consultori maternità e paternità responsabili rischiano di restare principi astratti. I consultori sono luoghi dove le trasformazioni della famiglia, le nuove coppie, le persone provenienti da altri paesi, possono trovare accoglienza e risposte, contribuendo così alle pratiche di inclusione e integrazione, indispensabili in una società in evoluzione, multietnica, dove nessuno è escluso o straniero. Da tempo la Cgil è impegnata per la piena attuazione della legge 194, con il reclamo presentato nel 2015 e accolto dal Comitato europeo dei diritti sociali, che ha affermato come il diritto all'obiezione di coscienza non possa ostacolare il diritto all'Ivig, e ancora con l'impegno nel movimento #Save194 per la difesa e il rilancio della legge 194.

4. La riforma sanitaria, la legge 833

Conclude il ciclo riformatore del 1978 la legge 833 di riforma sanitaria, approvata il 23 dicembre, che ha abolito le mutue e istituito il Si-

stema sanitario nazionale, così come lo abbiamo conosciuto fino a oggi, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale.

Anche questa legge è stata resa possibile da una grande mobilitazione di cittadini, utenti e operatori, che perseguiva il diritto per tutti ad una sanità uguale, e non diversificata a seconda del censo, del contratto di lavoro, o dell'appartenenza a categorie diverse, come stabiliva invece il sistema delle mutue. Il sistema mutualistico infatti riconosceva una copertura sanitaria più o meno generosa a seconda della mutua cui si era iscritti.

La legge 833, finalmente, mette in pratica l'articolo 32 della Costituzione, affermando che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività tramite il Servizio sanitario nazionale». La riforma sanitaria definisce i tre pilastri su cui si fonda il diritto alla salute e l'accesso alle cure e su cui si basa quindi l'organizzazione dei servizi sanitari: la prevenzione, la cura, la riabilitazione. Assegna così al sistema sanitario il mandato di prendersi carico della persona per perseguire obiettivi di salute e di benessere, e non più solo di cura e riparazione della malattia.

Negli anni successivi alla riforma si sono susseguiti ulteriori interventi legislativi: ricordiamo la legge 502 del 1992, che nasce con l'esplicita volontà di introdurre logiche e meccanismi di mercato in un modello fino a quel momento universale per rispondere – così dichiaravano i proponenti (l'allora ministro De Lorenzo in primis) – alle inefficienze del sistema pubblico. Questa legge, nei confronti della quale fin da subito la Cgil si è espressa con posizioni critiche, trasforma le Unità sanitarie locali (Usl) in aziende e dichiara utile una «competizione» tra strutture sanitarie pubbliche e strutture private in un sistema di «quasi mercato». Si apre così la strada ad una rischiosa privatizzazione del servizio sanitario. Con un decreto approvato dopo appena un anno – il d.lgs. 517/1993 – la privatizzazione del Ssn viene attenuata, visto peraltro che i primi effetti si erano rivelati assai problematici per la stessa tenuta finanziaria delle Asl.

Ma è solo nel 1999, con la legge 229, la cosiddetta Riforma Bindi (ministro della Salute nel Governo Prodi), che si compie l'ultima grande riforma per via legislativa del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 1 della legge 229/99 ristabilisce decisamente la funzione pubblica e universale del Ssn, dichiarando al comma 1 che: «La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale; e al comma

2 precisando che ciò avviene grazie all'istituzione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e al loro finanziamento integrale: «Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse». Con gli articoli dedicati al rapporto fra pubblico e privato – in particolare introducendo la regole delle «tre A»: Autorizzazione, Accreditamenti, Accordi – la legge ristabilisce la centralità della programmazione e della regolazione pubblica nel fissare obiettivi, volumi di attività e quindi spesa dedicata a prestazioni erogate nelle strutture private, nel tentativo di assicurare l'appropriatezza, e non il profitto ricavabile dalle attività, come criterio guida dell'offerta sanitaria. La questione, come sappiamo, resta di assoluta attualità, considerando che oltre metà delle prestazioni Ssn è assicurata oggi da strutture private. Ma la legge prova a rimettere ordine negli obiettivi del sistema ridefinendo la struttura del Distretto socio-sanitario e del Dipartimento di prevenzione e mirando all'integrazione tra sanità e sociale, l'altra grande questione irrisolta del welfare italiano. Non a caso pochi mesi dopo la legge Bindi viene approvata la riforma dell'assistenza sociale, con la legge 328/2000 (la cosiddetta Riforma Turco, l'allora ministro delle Politiche sociali), nata con l'obiettivo di creare un sistema integrato di interventi sociali per assicurare i Livelli essenziali di protezione sociale accanto a quelli sanitari. Riforma che non è mai stata compiutamente applicata.

5. Dopo la lenta erosione del Ssn il necessario rilancio

In questi anni, dopo la legge Bindi e la Riforma Turco del 2000, e nonostante la stipula di due Patti per la salute tra governo e Conferenza delle Regioni (per gli anni 2010-2012 e poi 2014-2016) avessero assicurato un finanziamento e una base programmatica più stabili, abbiamo continuato ad assistere a una lenta erosione del sistema sanitario nazionale universalistico. Da una parte, dovuta ad un'applicazione della riforma del Titolo V della Costituzione, che ha indebolito il ruolo dello Stato a garanzia del diritto alla salute e alle cure in tutto il

territorio nazionale, affidando enormi spazi alle scelte regionali (e non solo su aspetti meramente organizzativi), che hanno prodotto una frammentazione del Servizio sanitario nazionale e creato grandi differenze tra i sistemi sanitari regionali, dovute non solo alle diverse capacità dimostrate dalle amministrazioni ma anche dalla mancanza di un ruolo regolatore dello Stato. Dall'altra, la crisi è stata indotta da ripetute e pesanti riduzioni del finanziamento della sanità pubblica.

Il Servizio sanitario nazionale è oggi ferito dai tagli inferti da insensate politiche di austerità. Persino la Corte dei Conti ha lanciato ripetuti allarmi (cfr. Corte dei Conti, 2018). Solo grazie all'impegno quotidiano di tanti operatori che hanno smentito con i fatti le campagne denigratorie sui fannulloni, il Ssn è rimasto un baluardo fondamentale per la tutela della salute e ha impedito che la lunga crisi economica causasse danni ancora più profondi. Il Ssn, pubblico e universale, per quanto imperfetto e maltrattato, ha dimostrato di essere un vantaggio per tutti. Al contrario, nei paesi dove per rispondere ai bisogni sociali ci si è affidati a risposte di mercato gli effetti sono stati fallimentari. Per questo l'Organizzazione mondiale della salute (Oms) raccomanda una copertura sanitaria universale: per tutti e ovunque.

Pertanto questa è una urgente necessità: oggi più che mai, a fronte dei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali, che hanno fatto emergere nuovi bisogni di salute e di cure, accentuandone altri – si pensi alla drammatica carenza di risposte alle persone non autosufficienti –, e al protrarsi degli effetti della crisi economica da cui fatica a uscire il nostro paese, serve un Ssn pubblico fortemente integrato con un sistema di protezione sociale. Per questo bisogna insistere per riportare a unità il sistema sanitario e garantire Lea uniformi e adeguatamente finanziati, affinché siano davvero esigibili, su tutto il territorio nazionale. Ed è necessario lavorare per una integrazione socio-sanitaria vera e compiuta, indispensabile per dare risposte concrete alla presa in carico globale delle persone in condizioni di fragilità, con cronicità, delle diverse forme di disabilità, in primo luogo con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, passo necessario per l'integrazione con quelle sanitarie.

Non è vero che il Ssn sia insostenibile, vi sono ampi margini di investimento. La spesa sanitaria italiana resta tra le più basse in Europa e nel mondo.

In ambito Oecd (2018) l'Italia ha una spesa sanitaria pubblica e complessiva inferiore alla media. La figura 1 mostra come la spesa dell'Italia, pro capite e in rapporto al Pil, è al di sotto di quella media Oecd e largamente al di sotto di quella di diversi paesi europei.

Qui figura 1

RPS

Rossana Dettori

Lo stesso rapporto Oecd colloca l'Italia, per la speranza di vita e per gli indicatori di salute e di qualità dell'assistenza, in posizione migliore rispetto a molti altri paesi; ma è evidente che il mancato investimento alla lunga produce un peggioramento e lascia inevasa una parte della domanda di salute e di cure. In questo senso il rapporto Oecd indica nella prevenzione e nella non autosufficienza due carenze serie del nostro sistema socio-sanitario.

Infatti, di fronte a questo disinvestimento, il sistema pubblico arretra e i cittadini sono così costretti a pagare di più o a rinunciare alle cure (si stima una spesa *out of pocket* di circa 30 miliardi). L'aumento della compartecipazione ha portato un consistente spostamento di prestazioni verso il privato, favorito in molte Regioni, che hanno deciso di spostare dal pubblico, per affidarle al privato, parte delle prestazioni attinenti alla diagnostica e alla riabilitazione.

I tagli e le politiche di risanamento meramente economico, soprattutto nelle Regioni con piani di rientro, hanno indebolito i servizi sanitari. Con gli accorpamenti e gli accentramenti, che hanno creato aziende sanitarie gigantesche, il territorio si svuota, i servizi si allontanano dai cittadini e le periferie e i territori più lontani dai centri maggiori perdono servizi pubblici.

In questi anni il Ssn è stato oggetto di ripetuti interventi volti al mero contenimento, attuato per lo più con tagli lineari della spesa, più che ad una sua riqualificazione. In tal modo non si è riusciti a porre la dovuta attenzione alle esigenze di innovazione legate all'emergere di nuovi bisogni di salute dei cittadini. Soprattutto, la rincorsa al rispetto dei vincoli di finanza pubblica ha messo in crisi il sistema. Stretto nella morsa dell'economicismo e del risparmio a tutti i costi, il Sistema sanitario perde capacità di programmazione e di rinnovamento e vengono intaccati i principi della legge 833.

C'è da chiedersi ora se questa situazione è destinata a cambiare e se i livelli di finanziamento del Ssn per i prossimi anni saranno adeguati alle sfide da affrontare. Per adesso i documenti di programmazione economica (ad esempio il Documento di economia e finanza 2018, Def) prevedono un crollo della spesa sanitaria, con una crescita ad un tasso medio annuo dell'1,4%, mentre per il Pil nominale si stima una crescita media annua del 3%. Ne deriva che il rapporto fra la spesa sanitaria e il Pil decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, a un livello pari al 6,3%, ovvero a un livello di guardia rispetto alla garanzia dei Lea, secondo molti esperti.

Alla ripresa dell'economia non consegnerà quindi un incremento pro-

porzionale del finanziamento pubblico del Ssn, che non viene considerato un investimento nonostante la raccomandazione del procuratore generale della Corte dei Conti Alberto Avoli (2018): «Non viene adeguatamente considerato il contributo che la sanità pubblica è in grado di offrire non soltanto con riferimento al benessere delle generazioni presenti e future, ma anche in relazione all'economia e alla crescita economica, soprattutto in termini, tra l'altro, di fonte di occupazione e di reddito, nonché quale importante ambito di ricerca scientifica e di innovazione tecnologica» (Corte dei Conti, 2018, p. 138).

Un altro elemento che potrebbe mettere in discussione il diritto universalistico nell'accesso al Ssn è la crescita di centinaia di fondi sanitari privati (cosiddetti) integrativi, che potrebbero riportare il sistema a quanto già vissuto con le mutue; cioè a differenti garanzie di copertura sanitaria – più meno ampia – a seconda dell'appartenenza a fondi sanitari forti o a fondi deboli, in ragione del contratto di lavoro applicato e delle capacità economiche degli iscritti ai fondi. Viene meno il principio che tutti i cittadini hanno diritto – universale in base ai bisogni e non alle capacità economiche – alla cura, alla prevenzione, alla riabilitazione. Viene meno, di fatto, il welfare solidaristico e inclusivo. E ancora preoccupa che diversi di questi fondi erogino prestazioni non integrative bensì sostitutive di quelle già presenti nei Lea. Tutto ciò sta imponendo al sindacato un cambiamento, per orientare decisamente i fondi verso prestazioni integrative e non in concorrenza con quelle offerte dal Ssn pubblico.

6. Quarant'anni dopo, attualità e rilancio delle grandi riforme del welfare

Le tre grandi riforme del welfare italiano non sono storia passata da commemorare, ma conquiste da difendere e da rilanciare per la loro grande e spinta innovatrice. Sono ancora del tutto fondanti i principi che le caratterizzano: la centralità della persona, la libertà di scelta, la salute come diritto universale che non può soggiacere a logiche di mercato.

Dobbiamo continuare ad affermare che le condizioni di vita delle persone (reddito, lavoro, abitazione, ambiente, relazioni sociali) sono determinanti di salute e malattia, pertanto riguardano anche la medicina e l'organizzazione dei servizi.

Occorre riportare al centro dell'agenda politica e dell'investimento

pubblico il rilancio del Servizio sanitario nazionale come patrimonio della nazione. Un patrimonio che è stato però indebolito: l'accesso ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) non è assicurato in modo uniforme ed equo in tutto il territorio nazionale e per tutti. Sulla carta i cittadini italiani dispongono di un «set» di livelli essenziali di assistenza tra i più generosi d'Europa, ma intanto la nostra sanità è agli ultimi posti per finanziamento pubblico. Così i nuovi Lea, da positivo risultato, rischiano di trasformarsi in illusione collettiva, con un effetto boomerang sulla fiducia dei cittadini. Mentre le disuguaglianze e le povertà si sono acuite, fra territori e fra persone di diverse condizioni sociali ed economiche. Troppi cittadini rinunciano alle cure o sono costretti a viaggiare, o a pagare, per ottenere l'assistenza cui avrebbero diritto, spesso a causa dei ticket o dei tempi di attesa. Così come le carenze di personale si riflettono inevitabilmente sulla qualità dei servizi: mancano (e mancheranno) migliaia tra medici e infermieri.

Di fronte a tutto questo, la Cgil non condivide l'idea – che talora riappare – di creare un secondo pilastro privato che affianchi quello pubblico, e cioè di dare più spazio e risorse ad assicurazioni e fondi sanitari privati, ma piuttosto propone una grande mobilitazione, con Cisl e Uil, per ristabilire il rispetto in tutto il paese del diritto costituzionale alla tutela della salute e alle cure, con Livelli essenziali di assistenza di qualità, per tutti e senza distinzioni, per una profonda innovazione dell'offerta del welfare socio-sanitario. Lo reclamano le trasformazioni demografiche, epidemiologiche e sociali avvenute in questi quarant'anni. Le priorità riguardano la prevenzione, il rafforzamento delle cure primarie e l'integrazione sociosanitaria, la lotta agli sprechi e alla corruzione, una riorganizzazione dei servizi che risponda alle esigenze di salute dei cittadini, la valorizzazione del personale che in tutti questi anni ha comunque garantito la tenuta del sistema. Non dimenticando che ormai è riconosciuta l'esistenza di un impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche) sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie (Ministero della Salute, 2016). Per questo la Cgil¹ ha rivendicato, nell'attuazione dei Lea e in tutte le attività, a partire dalla prevenzione, che siano considerate espressamente le questioni di genere, adeguando tutti gli strumenti di

¹ Si rinvia al convegno, *Una sanità pubblica, forte, di qualità per tutti*, organizzato dalla Cgil il 4 e 5 luglio 2017 a Roma. Per un approfondimento cfr. www.sossanita.it/una_sanita_per_tutti_cgil_2535.html.

programmazione, gestione e valutazione degli interventi. Riconoscere le differenze di genere (considerando l'esistenza di diversi orientamenti sessuali e identità di genere, oltre a quella maschile e femminile (Toniollo, 2018) nella tutela della salute e nella medicina, vuol dire dunque agire sia sui determinanti biologici che sui determinanti sociali, psico-sociali, culturali, economici che possono *creare salute o malattia* di genere. Questo vuol dire fare salute e assistenza sanitaria collegando diversi aspetti: la sfera biologica con la sfera socio-ambientale, che è dovuta all'irruzione del sociale nel campo medico (decisiva per le stesse leggi 180, 194 e 833). Fare salute e medicina di genere è certamente un bene per le donne, ma consente azioni di prevenzione, di diagnosi e di cura più efficaci e appropriate per tutti.

Occorre dunque restituire forza e risorse al Ssn pubblico e universale, anche per riorganizzarlo verso i crescenti bisogni di cura, legati alle cronicità e alla non autosufficienza, alla salute mentale e alle dipendenze. È indispensabile valorizzare il personale, la principale forza del Ssn, con la stabilizzazione dei precari, sbloccando le assunzioni, garantendo sempre più sia la formazione universitaria che quella continua. L'assistenza sanitaria consiste essenzialmente nel lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazioni professionale delle lavoratrici e dei lavoratori. Lavorare per garantire la salute, la cura, persino la vita delle persone, è una grande responsabilità, non sempre riconosciuta adeguatamente. Servono indubbiamente competenze e «gesti tecnici», ma senza capacità di relazione umana e sensibilità la qualità dell'assistenza peggiora. Le tantissime lavoratrici e lavoratori che in sanità operano con serietà e dedizione vanno valorizzati come una delle risorse più preziose che il nostro paese possiede (Cgil, 2008).

Questi sono i motivi per cui il 19 settembre, a Salerno, nel quarantesimo della legge 833, è stata avviata una campagna di mobilitazione Cgil, Cisl e Uil, con iniziative sindacali in tutto il paese per il rilancio del nostro Servizio sanitario nazionale dal titolo «Salute: diritti, lavoro, sviluppo: l'Italia che vogliamo». Per confermare ancora una volta che il diritto alla salute e alle cure deve essere assicurato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, come vuole la stessa riforma sanitaria e, soprattutto, la nostra bella e preveggenza Costituzione.

Riferimenti bibliografici

- Basaglia F., 1964, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, in Basaglia F. (a cura di Ongaro Basaglia F.), 2005, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino.
- Cgil, 2008, *Legge 833, una grande conquista un impegno da attuare*, disponibile all'indirizzo internet: <http://old.cgil.it/Archivio/Welfare/CGIL%20per%20%20XXX%20LEGGE%20833.pdf>.
- Corte dei Conti, 2018, *Giudizio sul Rendiconto finanziario dello Stato 2017*, giugno, disponibile all'indirizzo internet: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/documenti_procura/giudizio_di_pacificazione/2018_giudizio_sul_rendiconto_generale_dello_Stato_2017_pg_avoli.pdf.
- Ministero della Salute, 2016, *Il genere come determinante di salute*, «Quaderni del Ministero della Salute», n. 26, aprile, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf.
- Ministero della Salute, 2017, *Rapporto sulla salute mentale 2016*, disponibile all'indirizzo internet: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2731.
- Oecd, 2018, *Health Statistics 2018*, disponibile all'indirizzo internet: www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm.
- Toniollo M.G., 2018, *Un welfare italiano che non discrimini per orientamento sessuale e identità di genere*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 233-247.