



**COME SI ESCE  
DALLA SINDEMIAMIA?**  
CONGRESSI PER LA SALUTE

# **COME SI ESCE DALLA SINDEMIAMIA?**

**Report finali dei 4 tavoli di lavoro**

**CONGRESSO NAZIONALE PER LA SALUTE**

**06 - 07 NOVEMBRE 2021**

**BOLOGNA**



# Indice

<b>REPORT FINALE TAVOLO 1 _ "SISTEMA SANITARIO"</b>	<b>05</b>
<i>di Luca Negrogno, Assemblea per la Salute del Territorio di Bologna</i>	
<b>REPORT FINALE TAVOLO 2 _ "CHE COS'È LA SALUTE?"</b>	<b>15</b>
<i>di Caterina Falanga, FEM. IN Cosentine in lotta.</i>	
<b>REPORT FINALE TAVOLO 3 _ "PANDEMIA: A CHE PUNTO È LA NOTTE?"</b>	<b>23</b>
<i>di Simona Ferlini</i>	
<b>REPORT FINALE TAVOLO 4 _ "MOBILITAZIONE: CHE FARE?"</b>	<b>31</b>
<i>di Davide Dibitonto, Circolo Nomade Accelerazionista</i>	

**Report finale \_ Tavolo 1**

# **Sistema sanitario**

*di Luca Negrogno, Assemblea per la Salute del Territorio di Bologna*

# Introduzione

Il Tavolo 1, intitolato “Sistema sanitario”, si è svolto presso il Centro Sociale Anziani Croce Coperta e aveva come obiettivo quello di ragionare sugli attuali nodi critici della sanità e di guardare alle esperienze di prossimità, nate dentro e fuori i servizi sanitari, per evidenziarne il portato, in termini di pratiche e di linee di azione le cui ricadute possono condurre verso un cambio di sistema, più vicino alla nostra idea di salute. Nel corso del Tavolo così come in questo testo, abbiamo utilizzato il termine “servizio” per intendere lo spirito con cui è nato il nostro Servizio Sanitario Nazionale, ovvero facendo riferimento alla sua valenza etica e sociale; parliamo invece di “sistema” per riferirci al complesso entro cui si dà la nostra sanità oggi, inclusi i processi dinamici di esternalizzazione.

Nelle due giornate, è emersa una profonda varietà di realtà e soggettività provenienti da diversi contesti regionali. Per citarne alcune: Medicina Democratica, il Coordinamento Regionale Sanità del Lazio, il Comitato “Riapriamo Villa Tiburtina”, la Campagna Dico32, Movimento per la difesa della Sanità Pubblica Veneziana, Collettivo Amalia (Bologna), Movimento Nazionale Persone con Disabilità, Crash (Bologna), Obiezione Respinta (Pisa), Ambulatorio Città Aperta (Genova), L’Arco (Bologna), Flamincos (Cosenza), Siamo tutti Ippocrate (Brescia), Laboratorio Salute Popolare e Làbascolta (Bologna), Laboratorio Popolare Borgovecchio e Centro Sociale Anomalia (Palermo), Chiara Giorgi (storia del welfare e del servizio sanitario, La Sapienza - Roma), Beatrice Busi (ricercatrice indipendente), Francesca Zanni (Centro di Salute Internazionale). Il tavolo è stato facilitato da Luca Negrogno e Martina Consoloni.

Il Tavolo ha anzitutto evidenziato la necessità di tornare a produrre un’analisi critica del Sistema Sanitario che sia fermamente orientata ai valori della sanità pubblica, gratuita, universale e accessibile. Questa nostra posizione, condivisa da tutte le persone partecipanti al Tavolo, si trova infatti in una condizione di grave minorità nel dibattito pubblico nazionale. La posizione maggioritaria, anche a sinistra, si basa su una sostanziale accettazione del concetto di “mix pubblico-privato”, ritenuto un efficace sostituto del concetto di “Servizio Sanitario”: questa posizione che noi criticiamo, facendo leva sul concetto di “sussidiarietà” e sui valori del cattolicesimo riformista e di sinistra, ritiene di poter svolgere un controllo e una correzione delle dinamiche liberiste all’interno dei sistemi sanitari, introducendo dispositivi e processi che, richiamandosi alla “comunità”, possano bilanciare con l’ottica dei diritti la tendenza privatistica e mercificata. Gli ultimi 20 anni hanno invece dimostrato che, contrariamente agli auspici di questa parte politica, la realtà è che una volta aperta la strada

alla destrutturazione dell'unità organizzativa e politica del Servizio Sanitario Nazionale la logica prestazionale e orientata al profitto tende sempre ad infiltrarsi a tutti i livelli e a sovradeterminare scelte strategiche e meccanismi di governo.

Questi processi si accompagnano a una crescente sfiducia delle persone verso la sanità pubblica, a una mancanza di una cultura e di un immaginario della salute intesa nella sua accezione di bene comune, come riflesso dell'incapacità della politica di veicolare una concreta pratica di servizio pubblico. Per questo, è emersa la necessità di una vera e propria operazione culturale sui territori, a partire anche da una critica anti-istituzionale e da un'autocritica (in quanto movimenti sociali e soggettività coinvolte nei tentativi di produrre un cambio di sistema).

Nel corso delle due giornate, a più riprese è stato oggetto di discussione il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), preparato per rilanciare l'economia dopo la pandemia di COVID-19, il quale prevede una "missione" (la n. 6) incentrata proprio sulla sanità, seppure anche altre azioni vadano a incidere sulla strutturazione dei servizi socio-sanitari. A questo proposito è stato osservato che la definizione delle diverse azioni del PNRR si svolge in continuità con le tendenze degli ultimi anni, a partire dall'assenza di investimenti sulle risorse umane. Infatti già da anni il blocco delle assunzioni penalizza il Servizio Sanitario Nazionale, un fenomeno che va legato ai meccanismi striscianti di privatizzazione, poiché, come effetto di questo blocco, la spesa sanitaria pubblica si concentra sull'acquisizione di beni e servizi. Oggi il 50% della spesa sanitaria è assorbita da questa voce, con la conseguenza che il privato, in varie forme, viene lautamente finanziato attraverso il fondo sanitario nazionale e finisce per esprimere una superiorità epistemologica, politica e organizzativa sulle scelte di allocazione e programmazione.

Dal punto di vista culturale, il PNRR ha visto il protagonismo dell'asse Bocconi-Cattolica-Confindustria e la sua formulazione risente dell'impostazione ideologica e degli interessi rappresentati da questi soggetti. In particolare è mancato qualsiasi reale dibattito pubblico sulle scelte politiche e organizzative. Questo pone anzitutto un problema di democraticità interna al nostro servizio sanitario, facendo il paio con una grave tendenza a cui stiamo assistendo nell'ultimo anno: la condizione di ricattabilità, l'arretramento sul piano delle tutele collettive, il clima di repressione diffuso a scapito del lavoro aggravano una tendenza che negli ultimi anni ha riguardato molti comparti della forza-lavoro impegnata nel welfare. Come già accadeva per le lavoratrici e i

lavoratori del privato e del privato sociale, anche nel Servizio Sanitario Nazionale si sono affermati sempre più esplicite forme di minaccia, controllo, intimidazione, volte ad evitare la presa di parola da parte di lavoratrici e lavoratori sulle condizioni del servizio, in termini di efficacia, equità e dignità del lavoro.

Oltre al problema di democraticità, c'è da segnalare che in ogni caso la "nostra" parte politica non è riuscita ad esprimere una voce capace di influenzare il dibattito pubblico. Per quanto si debbano ammettere le differenze che esistono tra la cultura del riformismo cattolico e la linea ingegneristica-neoliberale delle politiche di gran parte del governo, dobbiamo riconoscere che l'ala cattolico-riformista non è riuscita nei fatti a proporre una credibile alternativa di sistema e di conseguenza dobbiamo avere il coraggio di tornare a proporre una alternativa politica all'una e all'altra impostazione, fiduciosi che anche chi fino ad oggi si è riconosciuto nelle culture riformiste possa riconoscere in noi un percorso con cui interloquire per riaprire un dibattito ampio e autocritico, volto a ottenere ricadute reali nella difficile situazione attuale.

Le riflessioni del Tavolo 1 hanno anche messo sotto scrutinio le mobilitazioni degli ultimi anni, portandone in evidenza i limiti. Sicuramente sono mancate negli ultimi anni forme di grande mobilitazione capaci di saldare in una riflessione comune lavoratori e lavoratrici e cittadinanza. La proliferazione di inquadramenti contrattuali tra lavoratori e lavoratrici che, a diversi gradi di tutela, abitano le diverse regioni dei servizi sociosanitari e assistenziali non ha certamente aiutato. Resta da superare la cultura corporativistica delle professioni e la visione tendenzialmente limitata delle organizzazioni sindacali. Le esperienze di mobilitazione recenti, sviluppatesi durante la sindemia (ad esempio, Villa Tiburtina a Roma) hanno invece riportato al centro il tema della partecipazione e del controllo popolare. La mobilitazione di quartiere a Rebibbia ha messo in luce la necessità di forme popolari e "dal basso" di mobilitazione, le uniche capaci di fornire orientamento e supporto tale alla cittadinanza, in un momento così difficile di chiusure e limitazioni, per stare nella rete dei servizi. Anticipando qui una delle conclusioni a cui siamo giunti nel nostro tavolo, queste esperienze, insieme a quelle di mutualismo, potrebbero essere utili per ripensare e riprogrammare quale dovrebbe essere lo spazio della partecipazione popolare nella struttura delle Case di Comunità, al fine di far ricadere su questo ambito una proposta rivendicativa e di mobilitazione che impatti direttamente con i contenuti assetti e ingegneristici del PNRR.

Non si tratterebbe di un processo isolato. L'esperienza delle lotte in Toscana ha mostrato l'importanza di questo

tema. Con le ultime leggi sulla partecipazione popolare in Toscana si è creato uno spiraglio legislativo e alcuni gruppi stanno pensando a strumenti di controllo popolare da mettere in piedi anche in termini legali, forzando questo spazio dentro le istituzioni. La particolarità del territorio toscano e la vivacità del suo attivismo sono dimostrate anche dalla peculiarità della Casa della Salute Le Piagge a Firenze, la quale, a differenza delle altre sul territorio nazionale, è rimasta aperta durante il lockdown, realizzando effettivamente il principio di vicinanza ai bisogni popolari a cui le Case della Salute dovrebbero essere orientate. Le altre case della salute sul territorio nazionale, che si sono realizzate solo come mera aggregazione economicistica di servizi ambulatoriali, non hanno saputo interpretare questo ruolo durante la pandemia.

Rispetto alle esperienze di mutualismo costruite dal basso grazie all'impegno e alla generosità dei movimenti, è stato sottolineato il rischio che queste si accontentino di avere un orizzonte politico limitato, di aspirare semplicemente ad essere "riconosciute" come parti del servizio in un'ottica che semplicemente riproduce la sussidiarietà. Certamente molto spesso colmano dei vuoti del sistema (in particolare, abbiamo individuato come ambiti carenti quelli della salute migrante, la salute mentale e la salute sessuale), in particolare in alcuni contesti geografici e rispetto ad alcune aree di grave marginalità ed esclusione sociale, è quasi eroico il lavoro svolto da compagne e compagni impegnat\* in queste attività mutualistiche. Tuttavia temiamo che queste attività possano incancrenirsi e richiudersi su loro stesse, senza un chiaro orizzonte di "estinzione" in una proposta politica più ampia. Piuttosto, è utile guardare a queste esperienze per portare in luce i bisogni di salute che solitamente rimangono sommersi, in quanto sperimentazioni spesso multiprofessionali e popolari. Nelle mobilitazioni per un servizio pubblico e universale, in un'ottica di rete con lavoratrici e lavoratori del SSN, queste esperienze sono da valorizzare come indicazioni e allusioni verso nuove modalità di rapporto con i territori, come anticipazioni di una nuova epistemologia della cura, come pratiche reali di una nuova partecipazione popolare, al di fuori dagli steccati corporativi delle professioni e da ogni tendenza di valorizzazione capitalistica. In particolare si è sottolineata la funzione politica di queste esperienze come veicoli di discussione con la popolazione, come strumento per stare sui territori riconsegnando alla popolazione strumenti di inchiesta e di riflessione sulla sanità, come strumenti di costante contrasto delle dinamiche razziste ed eteropatriarcali (che pure in un servizio pubblico possono svilupparsi, nonostante siano a parole negate dalle leggi), come pratiche reali in cui si può realizzare una prima deprivatizzazione dei bisogni sociali e un cambiamento della "domanda di salute".

Ecco in sintesi le domande aperte emerse dai due giorni di dibattito:

***Che cos'è un servizio pubblico? Come si torna a costruire una cultura della "azione pubblica"?***

Come possiamo ricostruire cultura, mobilitazioni, proposte, per contrastare efficacemente i processi dinamici di **privatizzazione** e **commercializzazione della salute**, in particolare l'intramoenia (ma anche l'extramoenia e il privato accreditato), le assicurazioni e il fatto che questi processi non riguardino unicamente la sanità sensu strictu, ma anche i nostri sistemi di welfare, laddove la sussidiarietà sembra avere una funzione di "stabilizzatore sociale" (ovvero vendere servizi a prezzi calmierati).

***Come ci posizioniamo rispetto alla sussidiarietà e quindi al fatto che alcuni servizi non siano, di fatto, pubblici? Ci sono differenze se questi servizi sono esternalizzati a una piccola cooperativa di compagn\* o a una grande SPA o a un consorzio di cooperative (la riforma del terzo settore forse ha reso queste distinzioni irrilevanti)? Come possiamo su questo riaprire un dibattito ampio che ci consenta di rimettere in discussione un mantra che negli ultimi 20 anni è sembrato indiscutibile anche "a sinistra"?***

***Come rafforzare le reti tra ambulatori/laboratori popolari e servizio pubblico?***

In alcuni casi emerge necessario **rinnovare le pratiche di lotta e di mobilitazione**, laddove ad esempio le vertenze non siano riuscite ad andare oltre una dimensione solo settoriale e corporativa, proprio a partire dagli operatori sanitari. Bisogna costruire un nuovo immaginario, che sappia anche valorizzare gli esiti progressivi del mutualismo e delle culture sussidiaristiche ma in una rinnovata ottica di pubblicità del servizio, dignità del lavoro, demercificazione delle procedure e della governance. Bisogna necessariamente costruire nuove alleanze con i movimenti dei disabili e degli utenti, offrendo a questi ultimi la possibilità di sottrarsi a quelle forme edulcorate e spuntate di "partecipazione" che proliferano nel nostro sistema sussidiaristico senza mai tematizzate i veri squilibri di potere.

Le/I cittadine/i e le/i lavoratrici/ori non sono rappresentati nella gestione della sanità, poiché mancano spazi di effettiva partecipazione. Un esempio in questo periodo è quello del PNRR, sul quale il controllo popolare è

completamente assente.

*Come rivendicare il diritto "a programmare"?*

*Come avviare processi partecipati dalla popolazione?*

Rispetto alle **Case di Comunità**, introdotte con PNRR, quello che sta emergendo è che si riproduce attraverso di esse una mera composizione di prestazioni ambulatoriali, senza nessuna attenzione alla salute pubblica e preventiva e senza nessuna reale nuova formula organizzativa volta all'integrazione sociosanitaria. A questo proposito, è emersa come possibile azione quella di scrivere delle linee guida su come le nuove strutture dovrebbero essere realizzate. Per esempio, questo ambito potrebbe essere quello in cui si realizza una lotta per la realizzazione del modello delle MICROAREE in luogo di meri aggregati di prestazioni ambulatoriali.

Rispetto al **processo di digitalizzazione** della sanità, accelerato dalla pandemia e rafforzato dal PNRR, la preoccupazione più forte è relativa a un'ulteriore esternalizzazione delle funzioni. Si teme che la "telemedicina" diventi alla lunga solo una nuova occasione per ridurre la necessità di contatto umano e quindi proseguire nella strada della riduzione di competenze umane a vantaggio di una iperinflazione tecnologica.

I difetti del **regionalismo differenziato** (necessario su questo aderire alle campagne già presenti in Lombardia ed Emilia - Romagna).

Le debolezze della **medicina del territorio** e la necessità di una riforma sia dell'inquadramento contrattuale sia della formazione della medicina generale.

## Quali potrebbero essere i punti di ricaduta della nostra analisi?

Il confronto tra diversi punti di vista e posizioni non è assolutamente concluso. Le proposte politiche avanzate in questo tavolo vanno ancora a pieno analizzate rispetto alla loro possibile ricaduta reale. Bisogna evitare che questi elementi di analisi restino mere petizioni di principio teoriche. Bisogna non proporsi come mero campo astratto di opinione, o identificarsi nostalgicamente come promotori di un semplice ritorno al passato dello statalismo. Bisogna inoltre riconoscere che, ad oggi, nessuno dei campi su cui abbiamo agito con delle semplici “campagne di opinione” (libero accesso universale ai vaccini attraverso la sospensione dei brevetti, espulsione del privato dal servizio sanitario nazionale, ecc) corrisponde ad effettive possibilità di mobilitazione efficace. Bisogna anche essere capaci di riconoscere che non si sono mai a pieno realizzati i dispositivi “utopici” proposti dai movimenti per la medicina critica che puntavano sul Servizio Sanitario Nazionale come luogo di base per una lotta successiva orientata alla partecipazione popolare e alla deprivatizzazione dei bisogni di salute. Analogamente bisogna riconoscere che, dopo la stagione delle lotte culminata con la promulgazione della legge 833, della legge 180 e della legge 194, il delicato equilibrio di compromesso raggiunto dalle forze politiche ha mostrato tutte le sue debolezze: senza pratiche di mutualismo e di attivismo “dal basso” non sarebbe possibile fare affidamento sulla semplice lettera delle leggi per vedere rispettati i diritti che sanciscono. Bisogna riconoscere che la nostra proposta può divenire credibile e trovare effettive gambe su cui camminare concretamente solo nella misura in cui identifica un nuovo modello di azione pubblica in sanità. Questo modello riguarda il contatto con la popolazione, la capacità di legare i temi dei lavoratori e lavoratrici e i bisogni della popolazione, con un occhio attento alle forme di oppressione che pure all’interno di un servizio sanitario pubblico si possono riprodurre, in quanto patriarcale, coloniale e neurotipico. A questo proposito riteniamo che questo tavolo sia stato un grande passo avanti perché, forse per la prima volta negli ultimi anni, ha permesso un dialogo franco tra esperienze che non si erano mai parlate tra di loro e che, anche solo per un motivo “generazionale”, rischiano spesso di non trovare un linguaggio comune. Sicuramente è stato importantissimo il confronto tra le “vecchie” esperienze di mobilitazione, dirette prosecutrici delle lotte degli anni ‘70, e “nuove” esperienze di mutualismo nate nell’ambito dei movimenti dal basso interessati al “welfare del comune”. Il confronto tra questi diversi soggetti ha permesso da una parte di chiarire che l’obiettivo delle nuove forme di mutualismo non è quello di diventare sistemiche, nel senso di “integrate” nel sistema sanitario come un’ulteriore nicchia, ma di proporsi come vettori che alludono a nuove critiche anti-istituzionali, che mettano in connessione popolazione, lavoratrici e lavoratori, che siano strumenti di mobilitazione e partecipazione. In questo senso è apparsa utilissima l’esperienza dei percorsi mutualistici nati a contatto con sacche geografiche di esclusione e

con la marginalità sociale. Altrettanto importante è stata l'esperienza nata sul campo della salute di genere, del contrasto al sessismo e alle dinamiche eteropatriarcali presenti nel servizio sanitario pubblico. Proprio grazie a queste esperienze si è arrivato a riconoscere che non c'è possibilità di immaginare nuove forme di mobilitazione senza percorsi dal basso di autodeterminazione, che permettano l'emersione di bisogni, altrimenti destinati a rimanere nascosti e insabbiati, di popolazioni marginalizzate e oppresse. D'altra parte, il confronto con le forme di mobilitazione popolare per la riapertura dei presidi sanitari durante la pandemia (per esempio Villa Tiburtina a Roma) ha messo in evidenza come, oltre alle giuste battaglie di opinione, sia necessario pensare a forme di mobilitazione capaci di coinvolgere direttamente la popolazione nella rivendicazione concreta di risposte effettive e materiali ai propri bisogni.

Nella considerazione delle aree di riflessione e di dibattito su cui siamo ancora carenti e su cui bisognerà approfondire la nostra azione, vediamo come centrale quella della costruzione di nuove reti di confronto e di dialogo. Manca una rete reale tra le esperienze di mutualismo e chi lavora all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, lo abbiamo già detto. Sarà compito delle mobilitazioni e degli incontri su territori nei prossimi mesi quello di correggere questa debolezza. Ma è utile anche ricostruire le reti di chi lavora nel privato sociale, accreditato, convenzionato, nel terzo settore. Bisogna rivendicare condizioni di lavoro gestite secondo un unico contratto nazionale per tutt\* l\* operator\* ma prima di tutto bisogna iniziare a ricostruire incontri in cui iniziare a parlarsi. Riteniamo un problema che in questo nostro incontro nazionale non abbiamo avuto modo di confrontarci con nessuna delle reti di operator\* sociali esistenti. Un'altra questione importante è la possibilità di mobilitazione di popolazioni come quella delle persone disabili, che possono in questo momento essere interlocutrici fondamentali per far emergere le contraddizioni e costruire un nuovo fronte di mobilitazione. Non è da escludere che sia necessario creare nuovi spazi di riflessione e mobilitazione, attivando nuove reti di persone attualmente insoddisfatte del modo di funzionamento dei servizi (persone neurodivergenti, disabili che si battono per la realizzazione di reali progetti di vita indipendente, gruppi che si battono per il superamento dei protocolli stigmatizzanti e medicalizzati rispetto alla transizione di genere, ecc)

La campagna sulla realizzazione delle Microaree come focus per promuovere la convergenza di professionisti e movimenti ci sembra un ambito promettente, da verificare con ulteriori approfondimenti. Il principio generale della rivendicazione di controllo popolare sulla programmazione e sulla rilevazione dei bisogni sociosanitari può intersecare l'azione di diverse soggettività e convergere con l'individuazione delle Case della

Comunità come possibile ambito di mobilitazione.

È assolutamente da valorizzare l'ipotesi che nuove forme di mobilitazione e il tentativo di creare nuovi spazi di discussione e di riflessione, possano intercettare il malcontento di tant\* professionist\* sanitar\* oggi fortemente penalizzati dall'assenza di reale democrazia nelle ASL e in generale nella programmazione dei servizi sociosanitari. La preminenza dell'ottica privatistica e prestazionale, oltre a immiserire i servizi in termini di equità sociale e di accessibilità, ha anche frustrato il lavoro professionale dell\* operator\*; la tendenza alla destrutturazione dell'analisi territoriale dei bisogni sociosanitari ha portato ad una medicalizzazione e sanitizzazione di bisogni sociali sempre crescente. Se il servizio sanitario si trasforma in strumento di controllo medico e repressivo delle contraddizioni sociali, l\* operator\* possono esserne molto insoddisfatt\*; è necessario creare ambiti nuovi di riflessione e critica sui territori. Inevitabilmente questo percorso dovrà intersecarsi con chi si sta occupando di questioni ambientali, urbanistiche, in generale di ecologia e cura nei movimenti. Riteniamo inoltre che, al di là delle diverse interpretazioni delle responsabilità politiche che possiamo dare sui processi intervenuti a partire dagli anni '90 nel Servizio Sanitario Nazionale, le nostre proposte di rilancio debbano collocarsi all'interno di una riflessione più ampia sulla necessità di ricostruire un welfare universalistico e attuare forme di tassazione progressiva dei redditi.

A questo proposito elenchiamo un'ultima serie di punti su cui riteniamo che ogni territorio dovrà inventare qualcosa nei prossimi mesi: riforma e ripensamento della formazione universitaria, volta mettere in crisi la medicalizzazione delle questioni sociali e l'egemonia del pensiero pro-esternalizzazioni, mappatura delle azioni e strutture contro-istituzionali, delle esperienze di mutualismo, dei progetti di coinvolgimento della cittadinanza. Si tratta in generale di promuovere in ogni territorio dei contro-think tank che possano proporre rivendicazioni comuni e proposte operative contro le ideologie dominanti, creare un nuovo immaginario sulla salute pubblica anche a partire dalla condivisione di narrazioni, forme di comunicazione, percorsi artistici ed esperienziali.

**Report finale \_ Tavolo 2**

# **Che cos'è la salute?**

*di Caterina Falanga, FEM. IN Cosentine in lotta.*

# Apertura

Il tavolo si è aperto con una brevissima presentazione delle realtà partecipanti ed alcuni esempi territoriali circa casi di malasalute e malasanità. Vi è stata una definizione e ridefinizione di che cos'è la salute oggi; da un lato riprendendo l'introduzione al tavolo, dall'altro convenendo su come la salute sia stata circoscritta all'aspetto sanitario e dei servizi che, seppur fondamentali, dovrebbero essere parte integrante della stessa e non una sua definizione.

Si è concordato su quanto la salute rappresenti uno stato di benessere collettivo ed individuale, basato sulla cura anche e specialmente dell'ambiente che ci circonda e della natura tutta. Un benessere con al centro le persone nella loro eterogeneità ed autodeterminazione, per il rispetto e l'ampliamento delle quali, risultano essenziali vari aspetti oltre alla salute fisica, in particolare: salute psichica e relazionale, affettività, sessualità, benessere sociale ed economico -con particolare attenzione al diritto al lavoro ed all'abitare- nonché la qualità di vita della popolazione in toto, che da queste determinanti si produce.

Ripercorrendo brevemente anche le scelte politiche che dal 1978 ad oggi hanno portato ad una mercificazione della salute, rinchiudendola in una gabbia individualista fondata sull'assenza di malattia fisica nella singola persona - visione che ha prodotto una salute ospedalizzata ed ospedalocentrica - ci si è confrontati sulle motivazioni che hanno portato a questa condizione. Tra le principali, sicuramente una forte "maleducazione alla salute" ed alla cura dovuta ad una mancanza di cultura, alla violenza sistemica imperante da imputare ad una classe politica cieca ma anche al predominare delle logiche neoliberiste e manageriali che in primis hanno generato carenza di fondi nel pubblico, conseguenza e consequenzialità della presenza dell'imprenditoria privata in tutti gli ambiti dei servizi e della vita quotidiana.

Poiché in un primo momento ci si è focalizzati sui servizi prettamente sanitari, si è arrivati ad una prima conclusione condivisa; per focalizzarsi sulla salute così come descritta precedentemente, facendo fronte comune, c'è bisogno che in ogni territorio si arrivi ad un livello stabile ed accettabile dei servizi sanitari stessi, perché in regioni dove i LEA non sono sufficienti e/o dove si vive con la paura di aver bisogno di un pronto soccorso (e sono molte) tutto il resto passa, nel pratico, inevitabilmente in secondo piano, con il prodotto di una consapevolezza e di una coscienza collettiva

viziata dalle condizioni quotidiane in cui versa quel territorio specifico.

RI-pubblicizzare la salute e la sanità. Universalità, equità, accessibilità, prossimità, queste le parole chiavi poste in essere per una ridefinizione ed umanizzazione della salute, affinché inizi ad essere demercificata.

## Necessità e primi passi

Come fare per far sì che si creino i presupposti necessari alla costruzione di una buona salute? Quali vertenze potremmo iniziare a "nazionalizzare"?

La prima e prorompente risposta è la **lotta al privato**. Infatti, l'ingerenza dei privati che da modello integrativo sono arrivati a rappresentare un modello sostitutivo del SSN pubblico, rimane il problema principale del definanziamento dei settori pubblici tutti e della vuota omogeneità (ed iniquità) che producono gli indicatori nazionali (per la sanità ad esempio tetti di spesa, posti letto per acuzie e post acuzie, senza tenere in considerazione territori e popolazione).

### ***Come combattere il privato sul piano della salute?***

1. **Piano assunzioni (partendo dai fabbisogni regionali e condividendo i dati, fino alla costruzione di una richiesta nazionale).** Insistere sul piano assunzioni dovrebbe e potrebbe essere la prima causa comune di noi tutt\* partecipanti al Congresso. Fare assunzioni stabili nel pubblico è la più forte risposta contro il privato e da garanzia di una migliore qualità di vita della popolazione: riducendo di fatto il precariato di lavoratori/lavoratrici della sanità, ma specialmente andrebbe a far diminuire l'emigrazione sanitaria, (e quindi i debiti regionali con fondi che potrebbero essere destinati all'interno) le liste d'attesa si accorcerebbero poiché aumenterebbe l'offerta sanitaria, producendo più equità e permettendo, a chi non ha possibilità di spostarsi o semplicemente non vuole, di curarsi nel luogo in cui vive. Alla lunga, con maggiore personale si potrebbe anche pensare ad una riapertura - effettuando delle spese minime e razionalizzate- delle varie strutture sanitarie dismesse, creando dei poli sanitari diffusi, realmente territoriali, anche monospecialistici, purché funzionanti. In più, cosa molto importante, con un copioso piano assunzioni non saremmo più in deficit di fabbisogno reale, di conseguenza non potrebbero essere più accreditate con il SSN e con i SSR tutte quelle strutture private che fondano la loro legittimità sull'integrazione dei servizi e delle prestazioni carenti nel pubblico, a causa anche del poco organico disponibile.
2. **Abolizione dell'intramoenia.** È una condizione di sperpero di denaro pubblico e guadagno per poch\*, non risolve il problema delle liste d'attesa, lo aggira e spesso anche male. Non c'è più posto per il privilegio di classe all'interno degli ambulatori e degli ospedali.
3. **Stop esternalizzazioni.** Basta cooperative cerniere, basta precariato e sfruttamento. Risorse realmente pubbliche e nel pubblico, che siano ottimizzate e stabili.

In generale, si è d'accordo sul creare delle proposte comuni che superino le nostre eterogeneità, non nel senso che le ignorino ma che le inglobino in maniera strutturale senza creare la vuota omogeneità in stile filogovernativo dando parametri che non tengono in considerazione i territori, la popolazione specifica e la vita della gente.

Proposta: dati regionali da far confluire in un dato nazionale sulle assunzioni e sui blocchi del turn over.

Sul piano operativo, medio-lungo termine:

### ***Come creare una salute migliore?***

1. **Fare rete, in primis tra di noi.** Condivisione del sapere per decostruire lo status quo e costruire proposte nonché maggiore consapevolezza nella società, anche tramite azioni e diffusioni culturali mirate. La necessità di una rete/movimento/coordinamento nazionale emerge in più punti.
2. **Costruire un osservatorio (nazionale) su dati specifici ed interpretarli in maniera funzionale a specifiche rivendicazioni.** In primis partire dalle diseguglianze, considerando quelle determinanti che generano ed influiscono sullo stato di benessere collettivo ed individuale. Così da incidere e mobilitarsi anche su fattori come reddito, ambiente, diritti civili e sociali. Poi usarlo, nel tempo, su dati e questioni specifiche in maniera funzionale a lotte condivise.
3. **Lottare per un reddito di autodeterminazione universale** che generi maggiore equità e quindi accessibilità anche alle cure in senso stretto ed ai servizi in generale, nonché alla cultura, al lavoro, alla casa. Reddito di autodeterminazione universale che sia, in primis, un mezzo per uscire dalla violenza, sia quella sistemica/istituzionale che quella specificatamente di genere, verso le donne e le libere soggettività, le quali pagano sempre un prezzo doppio in tutti i disequilibri esistenti, a causa di una costanza emarginazione e violenza dal mondo del lavoro, sanitario, familiare, sociale. Con conseguente violenza economica, istituzionale e scarsa possibilità di autodeterminarsi liberamente. Un reddito universale influirebbe notevolmente su una condizione di salute generalizzata e reale, contrastando la violenza.
4. **Far sì che la cura sia realmente universale e per tutti e tutte, nessun esclus\*.** Particolare riferimento alle persone migranti che, a prescindere dalla loro condizione sociale, politica e civile, dovrebbero entrare subito in possesso di una tessera sanitaria, sia in Italia che altrove, poiché “la condizione dello straniero”

non dovrebbe essere una storia a parte, e significare ancora disparità di trattamento e diversità. Almeno per diritti fondamentali come la cura e salute, vogliamo che questo sia garantito a 360° a prescindere dalle condizioni e dall'etnia, e non solo per quanto concerne la rete dell'emergenza-urgenza. In Italia ciò ancora non avviene.

5. **Dare maggiore rilievo e diffusione alla medicina di genere**, sottolineando i gap sanitari che dalle donne e libere soggettività arrivano a ripercuotersi su tutti e tutte. Vi è stata una larga parentesi su consultori, aborto, obiettori, applicazione dei diritti nel mondo sanitario. Si è arrivati\* alla conclusione di come i consultori rappresentino perfettamente quei problemi sociali, politici, culturali ed economici che vanno a colpire la figura delle donne e delle soggettività tutte, divenuti ormai veicolo di minimizzazione e denormalizzazione della salute psichica e relazionale, in quanto si è normalizzata la sofferenza di talun\* "categorie". I presidi consultoriali sono ad oggi delle scatole vuote, e come personale e come strumentazioni, motivo di emigrazione sanitaria, di abbandono, di ricorso al privato ed alla ospedalizzazione.

Nati come una conquista dopo battaglie mirate, rappresentano uno dei deficit predominanti, comune in ogni singola regione. Emblema della salute non strettamente "sanitarizzata", ne fanno capire comprendere l'arretratezza. Diritto all'autodeterminazione, aborto non vissuto come un trauma, movimenti pro vita, obiettori e rischio di compromettere la propria stessa vita tentando di abortire clandestinamente o abbandonando il farmacologico dopo la prima pillola poiché si subisce violenza psicologica: sono tutti fattori che rientrano nella salute della persona. E c'è bisogno che questa torni (o arrivi) ad essere democratica, sociale, generale, umanizzata.

Per i consultori, uno degli strumenti utili alle realtà che si muovono in tal senso è sicuramente quello delle assemblee. Ritornare a fare assemblee in loco, coinvolgendo popolazione e personale sanitario, portando avanti le singole lotte e diffondendo una cultura sana, transfemminista iniziando ad educare alla buona salute, sono tutte pratiche essenziali che possono essere condivise dai e nei vari territori.

6. **Scandire l'importanza della prevenzione** che è ancora ad oggi un concetto sterile e vuoto mentre lo stesso dovrebbe mettere la persona al centro considerandone le condizioni sociali, economiche, affettive e psicologiche, e non solo quelle fisiche (che tra l'altro non sono adeguatamente trattate perché anche la mera prevenzione ospedaliera è fallace). Prevenzione come trampolino di lancio nel mantenimento e raggiungimento di una buona salute, e per far sì che ciò sia diffusa e reale occorre una medicina realmente territoriale e di prossimità che sia al di fuori delle pratiche e logiche ospedaliere, nonché dagli spazi fisici

ospedalieri. Ridare il giusto ruolo sociale anche ad ostetriche e psicologi/psicologhe per poter strutturare un accompagnamento reale alla persona, in ogni sua necessità e libera volontà. A causa di una prevenzione inesistente, le persone non si prendono cura di sé, non si lavora per creare una cittadinanza attiva e consapevole, le collettività “del domani”, e l’aspettativa di vita è notevolmente intaccata. Responsabilizzare e coinvolgere di più anche i municipi, i sindaci e le sindache, e le province.

7. **Incidere sulla cultura**, con la consapevolezza di trovarci in una società pensata e strutturata da uomini e per uomini in senso tradizionale e imposto. (Imposto sia agli uomini cis che a donne e soggettività non binary; violenza trasversale). Forte necessità di educare gli educatori e le educatrici, partendo dall’asilo, i neo genitori, ma specialmente di educare il personale medico e sanitario, al fine di non perpetuare e subire ulteriormente quella violenza sistemica che alberga nel mondo della sanità/salute. Si propongono: momenti di formazione da fare anche nelle scuole e nelle università, mappando la percezione nei/ nelle giovani che devono ritornare ad essere al centro, e condividendo i report di ogni iniziativa svolta nelle varie regioni su delle linee guida comuni, per creare un centro dati, al fine di studiare la situazione nazionale e territoriale. Un altro strumento è quello dei questionari anonimi a livello nazionale per fornire lettura dei bisogni e priorità d’azione. I questionari sono stati pensati in primis per quanto riguarda sessualità, malattie sessualmente trasmissibili, (ricollegandoci a prevenzione e consultori) affettività e salute psicologica. In generale, strumento da declinare in modi e periodi differenti ed usare per vari casi di studio/vertenze.
8. **Fare rete e stare in rete!** Si propone di creare una cartella drive condivisa e mettere tutto lì, ovviamente avviando iniziative in parallelo e concentrandosi su un macrotema per volta. Si propone di rivedersi ogni sei mesi, monitorando le situazioni ed eventuali avanzamenti, un modo per condividere i dati territoriali al fine di strutturare rivendicazioni e per lottare in base ai punti critici emersi in maniera comune.
9. **Essere presenti sui territori, nel pratico, e partire dai territori.** Si è parlato di varie esperienze empiriche e di mutuo soccorso, dei diversi percorsi diffusi, nei quali centrali risultano gli ambulatori popolari e di come sia emblematico che questi siano siti in territori periferici, abbandonati, con scarsi servizi ed alto tasso di povertà. Si è parlato di veri e propri sportelli di accompagnamento della persona e di sostegno psicologico. Ad esempio sono state prese le esperienze bolognesi degli sportelli diffusi dove, al contrario degli ospedali, vi è la presa in carico della persona, ed un indirizzo verso un ente, un servizio pubblico o un aiuto psicologico personale. In più, altro esempio molto apprezzato sono state le microaree di Trieste.

## TAVOLO 2 \_ "CHE COS'È LA SALUTE?"

**NB: attenzione! Bello e utile, sì, ma mutualismo non vuol dire assistenzialismo o giustificazione dello Stato. Ogni ambulatorio popolare è una vittoria ma anche una sconfitta, perché esiste a causa di un vuoto che non dovrebbe esserci. Si vuole arrivare a far sì che questi elementi siano un di più e che agiscano sulla sensibilizzazione e la consapevolezza, sulla cultura nella società. Lo Stato deve ritornare a prendersi carico del/della cittadino<sup>2</sup> in tutta la sua personalità e complessità.**

## Conclusioni

Al netto dei modus operandi eterogenei, circa aspetti mobilitativi ed anche agitatori da unire alle pratiche quotidiane, alle ricerche ed all'interpretazione dei dati, si conclude su quanto sia necessario costringere le dirigenze nazionali, da quelle partitiche a quelle economiche e di governo, a far diventare diventare sistemiche ed istituzionalizzate nuove pratiche e concezioni di salute, inclusive, efficienti, a 360 gradi. Reddito, casa, prevenzione, educazione, servizi ed accompagnamento, devono essere una pretesa. Muoversi sia con le singole vertenze, con la diffusione di una cultura transfemminista che può essere unico motore per un cambiamento lento ma radicale - in quanto del concetto di cura ne fa quotidianità- ma anche con onde agitatorie nazionali, partecipate, perché è essenziale creare un rapporto di forza valido.

Emerge la necessità di coinvolgere tutt\*! Non si può rifare tutto solo ai movimenti, collettivi, associazioni, (in una scala valoriale molto mista e vasta che va dalla militanza quotidiana alle organizzazioni laiche), perché vi è una crisi di partecipazione anche in tal senso e solo far comprendere quanto il problema della salute e della sanità sia politico e sociale, problematizzandolo in maniera pubblica, può far unire una moltitudine (in senso di varietà) alla causa.

### **Domanda:**

Partecipare, prima di costruirle materialmente, a delle mobilitazioni insieme? Collegate a quanto discusso in merito alla salute. Eventualmente partecipare a qualcosa sul piano nazionale anche senza esserci definit\*, al fine di testare il terreno e vedere come si risponde intorno a noi. Pensiamo magari alle prossime mobilitazioni: Napoli Sabato 13 Novembre, Movimenti disoccupati, Roma 20 e 27 Novembre.

Report finale \_ Tavolo 3

# Pandemia: a che punto è la notte?

*di Simona Ferlini*

# Introduzione

Il tavolo “Pandemia: a che punto è la notte?” si è tenuto nella sala tenda del Centro Sociale Anziani di via Papini.

Hanno partecipato diverse realtà sociali, e tecnici esperti dell’ambito sanità (medici, biologi, operatori sanitari, lavoratori del settore gestionale della sanità pubblica).

Sono stati individuati diversi ambiti di ragionamento e approfondimento, su cui si è discusso a tratti anche in modo acceso e con un dibattito che spesso non ha trovato una sintesi comune, ma che ha comunque offerto a tutt\* spunti di riflessione e nozioni di ragionamento.

## Stato dei servizi sanitari

Abbiamo condiviso la consapevolezza che era noto da tempo a scienziati e politici che una pandemia prima o poi sarebbe arrivata, nonostante ciò l'evidenza è stata che siamo tutti stati colti impreparati, ed è continuata anche a fatti compiuti una sottovalutazione della situazione e una linea politica che non ha basato la sua azione sulla consultazione di esperti e di studi autorevoli ma su valutazioni che salvassero più gli aspetti economici che i bisogni di salute.

La pandemia ha evidenziato le conseguenze della privatizzazione e della distruzione della sanità territoriale, e i limiti di una sanità basata sulla medicalizzazione, sulla prestazione e sul farmaco, piuttosto che sulla prevenzione sull'inserimento dell'ambito salute in un contesto politico sociale che la determina, sulla specializzazione, piuttosto che sull'integrazione e il coordinamento di diversi ambiti, sull'accentramento della cura negli ospedali piuttosto che la ramificazione dei servizi sui territori.

Un altro problema considerato è stato quello della conoscenza perduta nell'approccio alle malattie infettive, sia della popolazione generale, sia dei decisori politici, sia nella formazione degli operatori sanitari. Abbiamo assistito fin dallo scoppio dei primi casi in Cina a segnali non raccolti sia in termini mondiali, sia a partire degli ambulatori di base dove fin dalla fine del 2019 venivano rilevate patologie respiratorie anomale. Abbiamo quindi messo a critica una medicina basata sulla terapia e sull'alta tecnologia e impreparata alla lettura dei sintomi e segni di patologia che vengono "dal basso", dalla popolazione che si interfaccia con la medicina di base. Riassumendo per punti, abbiamo condiviso la presenza di:

- Segnali non recepiti
- Solitudine dei pazienti, con difficoltà a individuare i servizi a cui rivolgersi, esacerbata dal lockdown
- Piani pandemici non aggiornati e basati sull'attesa del vaccino
- Disinformazione degli operatori sanitari, formazione inadeguata e conoscenze perdute nella gestione delle epidemie

Proposte:

- Rafforzamento e ricostruzione della sanità territoriale
- Programma di lavoro: Raccolta esperienze e criticità - cosa si sarebbe potuto fare? cosa vuol dire essere preparati alla prossima pandemia?

## Contesto sociale

Col termine “sindemia” si deve intendere che il Covid è un trigger di altre malattie croniche ma anche di problemi ambientali e disuguaglianze socioeconomiche. Le popolazioni che più sono specchio di questo assunto sono:

- Gli invisibili, le persone non riconducibili a una classificazione binaria del genere (LGBTQIA+) marginalized oriented
- I malati cronici
- Gli stranieri senza permesso di soggiorno, stranieri non integrati, donne , che vivono anche un problema di accesso all’informazione (le donne doppiamente sia per frequenti barriere linguistiche, sia per una rete sociale più inconsistente)

Per quanto riguarda le problematiche ambientali e di sfruttamento sconsiderato della superficie terrestre e degli animali abbiamo ragionato su come il salto di specie sia stato possibile a causa della diffusione di allevamenti intensivi in cui i virus proliferano e si selezionano, di come col consumo di suolo la distanza tra ecosistemi selvatici e antropizzati si riduca e di come questi fattori abbiano simultaneamente favorito il salto di specie del Coronavirus Sars-Cov-2, quindi come il modello produttivo capitalista neoliberale sia il fattore principale di morte e malattia della popolazione.

Ci siamo interrogati sulla novità giuridica e politica del green pass e di come questo non sia una risposta sanitaria all’emergenza pandemica ma meramente economica per garantire la ripresa della produzione.

Proposte:

- Come sopra: Programma di lavoro: Raccolta esperienze e criticità - cosa si sarebbe potuto fare? cosa vuol dire essere preparati alla prossima pandemia?
- Collegamento con movimenti ecologisti, in particolare pensare in prospettiva a battaglie su allevamenti intensivi

## Vaccini e immunità collettiva

Partendo dalla considerazione che non si può fermare una pandemia se non si costruisce una immunità collettiva, abbiamo condiviso l'importanza di una campagna che richieda il ritiro di tutti i brevetti, consentendo una vaccinazione globale, che sia accessibile anche alle aree più povere del mondo.

Riguardo a questo discorso, le osservazioni fatte sono anche quella dell'importanza dell'organizzazione della campagna vaccinale (il vaccino è efficace se fatto a tutt\* ma anche in un arco di tempo ristretto, cosa che non sta avvenendo, e che ci sia bisogno di una larga spesa in infrastrutture per consentire l'accesso di tutt\*) e quella riguardo il fatto che il vaccino sia solo una delle soluzioni, che va affiancata a un potenziamento del sistema delle 4T (testing, tracing, treating, timely).

Riguardo al vaccino, abbiamo individuato come sicuramente una comunicazione e informazione inefficiente abbia generato sentimenti di confusione, paura e sfiducia (vedi sotto: informazione e dibattito pubblico) che hanno ulteriormente reso problematica la campagna vaccinale

Proposte:

Nel breve periodo, la campagna "No profit on pandemic, moratoria sui brevetti" si spenderà sulla costruzione di iniziative in concomitanza, ***dal 30/11 al 3/12/2021 della riunione interministeriale del WTO, che potrebbe essere il momento decisivo per la moratoria dei brevetti sui vaccini, proposta da India e Sud Africa.*** Proposte attive:

- Raggiungere 1 milione di firme a livello europeo su <https://noprofitonpandemic.eu/it> così che in base ai regolamenti ICE (Iniziativa dei Cittadini Europei) la Commissione Europea sia obbligata a sottoporre le nostre proposte al dibattito e voto del Parlamento, Consiglio e Commissione Europea.
- Farsi una foto con candela da pubblicare su propria pagina fb entro il 23 e mandarla a [dirittoallacura@gmail.com](mailto:dirittoallacura@gmail.com): l'obiettivo è fare 10.000 foto, pari alla media quotidiana di morti per Covid da quando India e Sudafrica hanno presentato al WTO la proposta di moratoria (ottobre 2020), comporre un manifesto con tutte le foto da far girare nel web;
- Realizzare in ogni città iniziative di sensibilizzazione e banchetti per la raccolta firme dal 20 al 30 novembre
- Organizzare nei giorni appena precedenti al 30 novembre, inizio della riunione del WTO, iniziative, manifestazioni e azioni spettacolari

## Informazione e dibattito pubblico

Nonostante la situazione in cui ci troviamo perduri ormai da due anni e che siamo in un mondo in cui sono presenti tutti gli strumenti per raggiungere qualsiasi informazione, sulla pandemia NON sappiamo ancora tutto, in primis poiché essendo un evento nuovo, la maggior parte delle conoscenze sono in costruzione e continua evoluzione, sia perché si è costituito un gioco per alcuni versi consapevole (vedi approccio dei politici che appongono ragionamenti economici su scelte sanitarie e per fare ciò costruiscono immaginari fuorvianti), per altri auto alimentatosi di disinformazione, pseudoesperti e diseducazione all'approccio metodologico scientifico.

Sul dibattito pubblico questa situazione ha generato una frattura sociale che divide le persone tra complottisti e asserviti all'autorità, a seconda se una persona si vaccini o meno, quando invece lo scenario è molto più complesso anche in una visione storica di rapporto tra società e scienza.

Proposte:

- Atteggiamento da tenere verso la scienza: fiducia e critica - critica alla scienza che si sostituisce alla politica che così sposta la responsabilità di alcune scelte, e alla politica che si sostituisce alla scienza. Mettere in chiaro cosa può dire la scienza, e dove finisce la scienza e dove comincia la decisione politica.
- Dire la verità (anche appunto comunicando che non si sanno alcune cose, piuttosto che dando informazioni fuorvianti o contraddittorie). Le realtà sociali devono ragionare su come informare correttamente, diventare un punto di riferimento terzo e attendibile, che non nasconde le criticità.  
*Problema: come?* Rischio di fare il CTS ombra, a fare i reviewer rischiamo di bloccarsi in discussioni tecniche e perdere di credibilità. Fondamentale qui un rapporto strettissimo fra tecnici, esperti, ricercatori, attivisti e militanti.
- Ricostruire e curare il dibattito pubblico: promuovere luoghi e momenti stabili in cui si costruiscano relazioni forti e favoriscano **l'informazione fra pari**. Comunità che si autoorganizzino per raccogliere e diffondere conoscenza, creazione di punti di riferimento alla popolazione e per dare risposte anche concrete a bisogni che dall'alto non vengono considerati o non vengono letti.
- Momenti di approfondimento e controinformazione locali / a scadenze ravvicinate, che generino un sapere sistematico costruito dal basso- Oltre a fare iniziative, creare spazio di dibattito.
- Non solo informazione: comunicazione basata sulla ricostruzione della fiducia, metodo scientifico, ricono-

### TAVOLO 3 \_ "PANDEMIA: A CHE PUNTO È LA NOTTE?"

scimento del dubbio

- Categorie fragili: immigrati, disabili, in generale sacche di popolazione difficilmente raggiungibili dalla comunicazione e con scarsa rete sociale.

Vogliamo riportare infine anche una riflessione che è stata fatta sulla risposta avuta dalle organizzazioni e dai movimenti. Abbiamo condiviso l'impreparazione scontata riguardo al tema della salute, sull'incapacità avuta di immaginare che scenari si sarebbero proposti e sul costruire una composizione di massa che prendesse parola e rivendicasse diritti rispetto a salute e temi associati (reddito, lavoro, ambiente, sistema di produzione...), piuttosto che appiattirsi sul dibattito SI/NO vax o SI/NO green pass. Riguardo a questo abbiamo riflettuto che, nonostante per molti di noi l'accettare decisioni prese dall'alto come lockdown e restrizioni varie, quindi affidarsi allo Stato, ci abbia messo in immediata contraddizione, la scelta di accettarle e sacrificare una critica ideologica per mettere davanti una salute collettiva sia stata e continui a essere una scelta appropriata, cosa non scontata, guardando ai nostri corrispettivi in altri paesi.



**Report finale \_ Tavolo 4**

# **Mobilizzazione: che fare?**

*di Davide Dibitonto, Circolo Nomade Accelerazionista*

## Apertura

Il quarto tavolo, intitolato “Mobilitazione: che fare?”, si è svolto presso lo spazio Ex Centrale in via di Corticella 129 e ha avuto l’obiettivo di confrontare le diverse esperienze di militanza al fine di far emergere nuove forme di lotta, strategie e pratiche, con l’ambizione di articolare rinnovati percorsi di mobilitazione su scala nazionale.

Nelle due giornate che l’hanno caratterizzato, è emersa una profonda varietà di realtà e gruppi provenienti da tutta Italia. Per citarne alcune: dai comitati di cittadini nel varesotto a esperienze per il diritto alla disabilità che dalla Lombardia si estendono a tutto il sud Italia; femministe che hanno portato la voce di territori come la Calabria e le città di Roma e Bologna; coordinamenti contro la chiusura di ospedali in Lazio e in Piemonte; ambulatori popolari che, seppur provenienti da regioni lontane come Sicilia e Veneto, hanno mostrato profonde similarità; ma anche esperienze sindacali tra la Toscana e il Lazio; e infine realtà che hanno affrontato il tema del diritto alla salute da prospettive come quella ecologista, quella per il diritto alla casa o dal punto di vista di coloro che subiscono la repressione nelle carceri.

Nella prima delle due giornate che hanno caratterizzato questo congresso nazionale per la salute, i vari gruppi si sono concentrati soprattutto sulla condivisione delle rispettive esperienze di lotta nei propri territori. Ne sono emersi profondi elementi comuni. In particolare tutte le realtà hanno riconosciuto di aver subito e di continuare a subire un incessante processo di taglio e riduzione di servizi per la salute, accorpamento e chiusura di strutture, riduzione di operatori/trici sanitari disponibili sui territori. L’esito di questo fenomeno è stato ricondotto ad un fondamentale problema di accessibilità. Oggi tutti i cittadini in tutto il territorio nazionale soffrono un problema di accessibilità al diritto alla salute, accessibilità che va chiaramente declinata nelle diverse forme che essa può assumere nella complessità dei vari sistemi di oppressione: dall’accessibilità a tutti gli effetti fisica delle persone disabili che soffrono il peso di sistemiche barriere architettoniche, all’accessibilità sotto un significato di genere per tutte le donne e le persone queer che non hanno accesso ai consultori, al diritto all’aborto o agli strumenti per la transizione di genere; dall’accessibilità vissuta dai cittadini stranieri i quali non hanno la possibilità di iscriversi al SSN, fino a concepire l’accessibilità al diritto alla salute sotto la prospettiva di coloro che non riescono ad accedere al diritto alla casa o a un reddito dignitoso. Insomma, la prima giornata di questo congresso è riuscita a mettere in luce un filo rosso comune fra tante esperienze apparentemente molto diverse fra di loro, ovvero quello di avere dei **bisogni comuni di accessibilità** al diritto alla salute.

Terminata questa fase dedicata alla conoscenza reciproca, la seconda giornata di lavoro si è maggiormente concentrata sulle pratiche di lotta, sulle forme e sui metodi che esse assumono nei vari territori. In particolare sono emersi dei **limiti sistematici** di queste lotte. In primis, il fatto che fare informazione (nel senso di informare i cittadini) è necessario, sì, eppure non basta, poiché occorre saper mobilitare. Costruire percorsi capaci di mobilitare le masse è un'arte che i militanti della salute devono imparare se ambiscono davvero a costruire una rivoluzione del diritto alla salute. In secondo luogo, è emersa la necessità di identificare dei nemici chiari: individuare cioè le controparti della nostra lotta, per poterli aggredire con efficacia. Terzo limite che è stato riconosciuto nelle lotte per il diritto alla salute è invece quello dell'intersezionalità. Troppe volte molte lotte vengono ignorate o scarsamente considerate. Giusto per fare un esempio, quello ormai più evidente e comune: le tematiche di genere. Ma anche e soprattutto il tema del diritto alla disabilità, così come quello dei detenuti oppressi nelle carceri. Il problema dell'intersezionalità è emerso come un limite sistematico nelle nostre lotte, poiché il diritto alla salute non può fermarsi ad un livello strettamente sanitario e deve, anzi, avere il coraggio di farsi attraversare da e di attraversare tutti quei campi in cui il diritto alla salute si manifesta, in un concetto olistico che tiene conto delle sue determinanti sociali e della diversità con cui i vari sistemi di oppressione aggrediscono le diverse soggettività. Infine, un quarto e ultimo limite che è stato riconosciuto riguarda l'inefficacia delle varie pratiche di lotta. Un compagno, in particolare, durante il dibattito ha usato l'espressione "percorsi resistenziali", stando a significare che le nostre lotte spesso cercano più di resistere agli attacchi del capitale piuttosto che a costruire percorsi nuovi, alternativi, con una logica offensiva e di attacco. Spesso le nostre pratiche si fermano a un livello simbolico, incapaci di intaccare il sistema. È stato in questa fase del dibattito che sono emersi linguaggi sempre più chiaramente "bellici", dalla necessità di costruire un "esercito" a quella di inventare forme nuove di lotta che abbiano la capacità di "fare del male". C'è bisogno, insomma, di dare vita a forme di lotta che siano davvero capaci di produrre efficacia a livello sistemico.

Terminata l'analisi critica, è stato tuttavia riconosciuto un vantaggio non indifferente di queste lotte: quello della **capillarità**. Le realtà che lottano per il diritto alla salute sono distribuite in tutti i territori d'Italia, dalle periferie alle campagne, dalle grandi città ai piccoli borghi montanari, dal nord alle isole, con una composizione che si articola tra cittadini, soggettività oppresse, militanti tradizionali, ma anche istituzioni, operatori/trici sanitarie, intellettuali e tecnici della materia.

Come articolare un percorso rivoluzionario? Come “mettere a valore” la capillarità di così tante esperienze che lottano per una causa comune? Insomma, riprendendo il titolo di questo quarto asse, che fare? Nella fase conclusiva di questo tavolo di lavoro si è cercato di provare il più possibile a rispondere a questa domanda. E si è compreso che, a prescindere da qualsiasi strategia o set di tattiche rivoluzionarie, fosse necessario partire da un sintetico nucleo di rivendicazioni su cui vi fosse la certezza di una convergenza universale, piena. E questa convergenza è stata ritrovata su 5 semplici ma chiare rivendicazioni comuni:

1. Siamo tutti/e\* contro la mercificazione, cioè siamo tutti/e\* contro il privato che depreda il diritto alla salute
2. Siamo tutti/e\* contro ogni limite all’accessibilità, ovvero siamo tutti/e\* a favore di una salute gratuita e universale, che sia per chiunque
3. Soffriamo tutti/e\* l’assenza di strutture e servizi che siano di prossimità nei territori
4. Siamo tutti/e\* contro le esternalizzazioni, cioè contro precarietà e privatizzazioni
5. Infine, siamo tutti/e\* consapevoli che la salute non è mai strettamente sanitaria, ma è connessa all’ambiente circostante. E questo significa che qualsiasi percorso rivoluzionario del diritto alla salute non potrà fare a meno di portare in sé le battaglie ecologiste, femministe, per il diritto alla casa, al reddito, per l’abolizione del carcere, insomma di tutte le lotte che sono, in fin dei conti, la lotta comune per il diritto alla salute.

È a partire da questi punti che si è cercato di individuare una o due vertenze che fossero catalizzatrici per una lotta comune, senza tuttavia che si riuscisse in questo intento. Eppure si deve riconoscere che vi è stata una vertenza che ha attirato più di altre l’attenzione e il dibattito dei partecipanti: quella delle liste d’attesa. O, in senso ancor più ampio, quella dei **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**, e questo per vari motivi. Il primo, che si tratta di una tematica veramente sentita dai cittadini, poiché intercetta quei bisogni di base facendo leva sui quali abbiamo l’opportunità di articolare un movimento che (come ha detto una compagna) «non sia solo proletario, ma popolare!». In secondo luogo, come ha affermato un altro compagno durante il dibattito, i LEA costituiscono il punto critico in cui si manifesta la contraddizione di un capitalismo che depreda e mercifica il diritto alla salute, e proprio a partire dalla lotta sui LEA è possibile costruire una lotta che possa aggredire tutte le altre contraddizioni.

Per quanto i LEA abbiano attirato attenzione e suscitato dibattito più di qualsiasi altra vertenza, non si può tuttavia dire che vi sia stata convergenza nel voler individuare in essi una lotta comune. La verità, infatti,

come è emerso da entrambe le giornate, è che ogni realtà ha una sua precisa identità, ben radicata nei bisogni specifici del suo territorio e dei cittadini e delle soggettività che la attraversano. Ogni realtà ha cioè sue proprie vertenze che difficilmente possono essere messe da parte in nome di una presunta "vertenza universale". Di conseguenza è emersa la difficoltà di voler costruire un'unica soggettività comune, capace di muoversi con un'unica metodologia di lotta verso un unico set di vertenze. Al contrario, è stato privilegiato un atteggiamento di "**autonomia decentrata**": significa che ogni realtà deve continuare a lottare sul proprio territorio, con i propri metodi e le proprie specificità, insomma con la propria autonomia, ma dobbiamo imparare a "connettere" queste lotte, coordinandole attraverso strumenti capaci di superarne l'isolamento per favorire la costruzione di un ecosistema capace di avere un impatto rivoluzionario a livello sistemico.

È sulla base di queste ultime considerazioni che il quarto tavolo si è concluso con le seguenti proposte operative:

1. Urge una piattaforma comunicativa. Non solo serve una piattaforma "centralizzata" capace di assorbire per poi diffondere le informazioni (vertenze, scadenze, lotte, interviste, azioni, ecc.) che provengono da tutti i territori, ma serve soprattutto una piattaforma "rizomatica" in cui le varie realtà abbiano la possibilità di connettersi le une con le altre in maniera autonoma, secondo le proprie libere iniziative.
2. Serve uno slogan comune, capace di essere elemento universale amalgamante di realtà così tanto diverse. Per questo è stata proposta la frase «la salute non è una merce», ma anche l'idea di un manifesto con poche rivendicazioni universali comuni e quella di una bandiera che, da nord a sud, possa essere sempre riconoscibile.
3. Infine, è stata sentita la necessità di aprire nuovi percorsi comuni. Percorsi che secondo molti del tavolo dovrebbero portare verso una data durante la quale poter iniziare a sperimentare pratiche di lotta comune e capillare sui territori, ma che secondo altri compagni invece non dovrebbero ridursi ad una semplice data di mobilitazione, per provare a essere invece qualcosa di più profondo, capace di costruire relazioni più intense ed efficaci nel tempo. Nel medio, lungo e lunghissimo termine.



<https://comesiescedallasindemia.congressiperlasalute.com>