



III Congresso Regionale

“La salute: un diritto o un lusso?”

Lunedì 25 marzo 2013

Antisala dei Baroni del Maschio Angioino - Napoli

Relazione del Segretario Generale Regionale

Massimo de Bellis

Care Amiche ed Amici, cari Colleghi,

ogni Assemblea sindacale è di fatto l'occasione per fare anche dei bilanci circa quel che si è realizzato nell'ambito del mandato precedente; per quanto riguarda l'operato di una Segreteria e di un Consiglio regionale, evidentemente, nonostante il livello regionale non sia la mera e semplice somma dei diversi livelli provinciali, non è possibile per me non richiamare anche quello che è stato fatto dalla CISL Medici di Salerno, di Benevento-Avellino, di Caserta, di Napoli. E ben sapendo che ciascuna delle Segreterie provinciali ha operato a 360 gradi, interessandosi dei vari ambiti che comporta l'impegno sindacale, citerò soltanto, a mò d'esempio, riferendomi alle strutture ed alle rispettive province in modo volutamente semplificato, il delicato lavoro di Gigi Gianuario per l'unificazione tra CISL Medici di Benevento-Avellino, la feconda opera di proselitismo di Dario Puerto a Caserta, la preziosa azione di tessitura politico-sindacale di Attilio Maurano a Salerno e provincia, il costante impegno per realizzare un clima ed un lavoro di squadra svolto a Napoli da Roberto D'Angelo.

Nelle sedi istituzionali della Regione (partecipazione ai tavoli, agli incontri di contrattazione, alle riunioni dell'intersindacale medica), la CISL Medici della Campania non ha mai fatto mancare il proprio apporto, anche quando si doveva con amarezza constatare che certe riunioni, anche ahimè da parte sindacale, apparivano null'altro che vuote liturgie. Questo non ha significato far mancare, qualora necessario, una voce critica, come quando abbiamo sia denunciato con forza l'assenza di controllo dell'operato dei manager da parte della struttura commissariale, sia

dichiarato la nostra assoluta indisponibilità a far parte di lobby professionali dedicate alla pura difesa di interessi corporativi o, peggio ancora, personali.

Va detto, nell'occasione, e lo ribadisco con forza approfittando della presenza del nostro segretario regionale CISL Lina Lucci, che mai la CISL Medici ha inteso muoversi in questo delicato "territorio" in un modo che non fosse, quanto meno, concordato o sinergico all'azione della Federazione. Per quanto ci ha consentito la nostra realtà di professionisti dedicati "volontaristicamente" all'attività sindacale, non abbiamo fatto mancare, oltre la nostra presenza, anche un contributo qualificato, com'è stato per la stesura e la presentazione del Dossier Sanità della CISL Campania e per le altre iniziative confederali. Quello che ci aspettiamo, ovviamente, è che la Confederazione ci sia vicina per quel che a noi non è possibile fare da soli, anche se, è giusto dirlo, non soffriamo né di complessi d'inferiorità né di mancanza di fantasia, per cui sapremo in ogni caso giocare la nostra parte.

Ma veniamo al tema che abbiamo scelto per questo nostro congresso. Parlare oggi di "Diritto alla salute" può sembrare un controsenso, in un'epoca in cui non solo le massicce violazioni cui questo è sottoposto sembrano sempre più in aumento, a dispetto delle convenzioni internazionali e degli impegni anche recenti che la comunità politica mondiale si è assunta per sancirne l'esistenza e rispettarlo, ma anche le sedicenti "ragioni dell'economia" rivendicano un valore assoluto che appare talora superiore al diritto di vivere.

E' necessario perciò partire anzitutto da un dato di fatto: sono 109 i paesi del mondo che riconoscono il diritto alla salute nelle rispettive costituzioni nazionali. Ben 149

stati hanno ratificato il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Icescr, 1966), la convenzione che con maggiore autorevolezza ha interpretato il diritto alla salute, nel suo articolo 12, laddove stabilisce che gli stati membri riconoscono «il diritto di ciascuno al raggiungimento del più elevato standard di salute fisica e mentale possibile», enumerando poi le possibili «misure che gli stati parte devono adottare... per conseguire la piena attuazione di questo diritto». Peraltro, il diritto alla salute fu definito giuridicamente per la prima volta nella carta costituzionale dell'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO, 1946) e riaffermato successivamente sia nel 1978 con la Dichiarazione di Alma Ata, sia nel 1998 con la Dichiarazione sulla salute mondiale adottata dall'OMS. Fu nel settembre 1978, ad Alma Ata, l'allora capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, che si tentò di definire la primary health care, la salute di base, come il principale veicolo per conseguire la salute della popolazione del pianeta. La Dichiarazione che ne scaturì può ben essere definita storica per alcuni importanti motivi:

- 1) per la prima volta i rappresentanti di tutte le nazioni del mondo si davano appuntamento per dotarsi di un nuovo quadro di riferimento in materia di promozione della salute e avvio di un programma di assistenza sanitaria integrata e accessibile a tutti;
- 2) per la prima volta si affrontavano in una sede internazionale i problemi e i bisogni dei paesi più poveri, molti dei quali appena nati dopo un lungo periodo di oppressione coloniale;

3) per la prima volta si poneva la questione della salute in relazione alle tematiche dello sviluppo;

4) si riaffermava globalmente, e con forza, il concetto che la salute – come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non tanto come assenza di malattia o di infermità – è un diritto fondamentale della persona, per cui l'accesso al più alto livello conseguibile di salute è un obiettivo sociale di estrema rilevanza, di interesse mondiale, e in quanto tale presuppone il coinvolgimento di numerosi settori socioeconomici, accanto a quelli sanitari.

Nella stringatezza di mille parole, la Dichiarazione finale della conferenza diveniva la “carta dei diritti della salute”. Uno dei suoi articoli chiave sanciva «il diritto-dovere della persona a partecipare individualmente e collettivamente alla pianificazione ed attuazione dei rispettivi programmi sanitari». La Dichiarazione – con un messaggio politico molto impegnativo – definiva la salute primaria di base come «l'assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente provate e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità tramite la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e la nazione possono permettersi... Essa è parte integrante del sistema sanitario di un paese, di cui costituisce il perno e la funzione centrale, e del più generale sviluppo sociale ed economico della comunità...L'assistenza sanitaria di base comprende almeno: l'educazione sui principali problemi sanitari e sui metodi per la loro prevenzione e controllo; la promozione di un'adeguata distribuzione del cibo e dell'alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e di condizioni di

igiene elementare;l'assistenza materno-infantile, ivi inclusa la pianificazione familiare; la vaccinazione contro le malattie infettive prevalenti; la prevenzione e il controllo delle locali patologie endemiche; l'appropriato trattamento per le malattie più comuni; la disponibilità dei farmaci essenziali».

Che cosa sia esattamente il diritto alla salute lo chiarì poi ulteriormente la definizione data in occasione della Dichiarazione sulla salute mondiale dell'OMS del 1998 da Mary Robinson, la prima donna a diventare Presidente della Repubblica Irlandese, che dal 1997 al 2002 è stata Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani: «Il diritto alla salute - afferma la Robinson - non significa il diritto a essere in salute, né vuol dire che i governi poveri debbano mettere in piedi servizi sanitari costosi per i quali essi non hanno adeguate risorse. Richiede tuttavia l'impegno di governi e autorità pubbliche ad adottare con estrema rapidità politiche e piani d'azione in grado di consentire la disponibilità e l'accesso alla salute per tutti. Assicurare che ciò avvenga è una sfida che interpella tanto la comunità degli addetti ai lavori nel campo dei diritti umani, quanto i professionisti della salute pubblica».

Dunque, nonostante qualcuno possa ritenere che il "diritto" sia solo un affare da giuristi, come abbiamo sentito questo diritto ci interpella direttamente come medici, anche se esso appare travalicare effettivamente in modo abbondante il settore della sanità, in quanto "non isolato", ma naturalmente connesso nella giurisprudenza internazionale a una vasta gamma di diritti umani, sia in campo socio-economico e culturale (il diritto al cibo, alla casa, al lavoro, all'istruzione, alla partecipazione, il diritto a godere dei benefici del progresso scientifico), sia in quello dei diritti politici

(il diritto alla vita e alla non discriminazione, all'uguaglianza, la libertà di associazione, di movimento, di accesso all'informazione, eccetera). Nell'interpretazione giuridica più recente, poi, sono stati identificati quattro criteri di valutazione del diritto alla salute, che è importante tener presente. Il primo è la disponibilità: i servizi e le strutture di salute pubblica, così come i programmi sanitari, devono essere disponibili in quantità sufficiente. Il secondo è l'accessibilità: i servizi, i beni e le strutture sanitarie devono essere accessibili a tutti: questo concetto dell'accessibilità è correlato a doppio filo con le condizioni di non discriminazione, di accessibilità fisica ed economica, di accesso alle informazioni. Il terzo è l'accettabilità: tutti i servizi ed i beni sanitari devono essere culturalmente appropriati e rispettare l'etica medica, devono essere in grado di rispondere alle esigenze di genere e di età, devono essere concepiti nel segno del rispetto e della confidenzialità e migliorare lo stato di salute di quanti ne beneficiano. Il quarto è la qualità: le strutture, i servizi e i beni sanitari devono essere scientificamente e medicalmente appropriati, e di buona qualità.

Non essendo questo il luogo ed il momento di tracciare una storia approfondita del concetto di Stato sociale, tanto in senso generale quanto specificamente nel nostro Paese, basterà ricordare che la sanità pubblica nasce in Italia a cavallo del 1400. In quell'anno, infatti, Gian Galeazzo Visconti provvide all'istituzione dell'*Offitium perquirendi et exequendi expedientia circa conservationem sanitatis civitatis nostre Mediolani* così da limitare il rischio di contagio da epidemie falcianti, come quella della cosiddetta "peste nera". Al fine di comprendere la rilevanza sociale del

fenomeno delle epidemie, va considerato che nel biennio 1347-1348, il batterio – che era stato introdotto in Europa dalle navi genovesi approdate a Messina e provenienti dall’Asia orientale – colpì pressoché l’intera penisola: si stima che in Italia, in alcune aree, uccise circa un terzo della popolazione. Ancora a Milano si compì – con la fondazione da parte del duca Francesco Sforza dell’Ospedale Maggiore di Milano nel 1456 – quella “riforma ospedaliera” che trasformò le Opere pie di origine religiosa in vere e proprie “fabbriche della salute”. A differenza degli ospizi di origine medievale, ci si proponeva – anche attraverso l’implementazione di un certo grado di politiche di controllo e di programmazione legata alle esigenze ed ai bisogni della popolazione – di prendersi cura principalmente di pazienti, soggetti suscettibili di guarigione al fine di procederne al reintegro nella comunità.

Alla fine del secolo XV, pertanto, i maggiori Stati dell’Italia settentrionale avevano elaborato una organizzazione sanitaria d’avanguardia, notevolmente in anticipo sul resto dell’Europa; successivamente, l’arrivo delle truppe napoleoniche in Italia, nel 1796, determinò significative modifiche di rilievo pubblicistico, giacché – nel confermare la soppressione del Capitolo ospedaliero, organismo religioso di controllo – i francesi posero al vertice dell’Ospedale una struttura amministrativa alla quale avevano accesso cittadini eletti dalla Municipalità milanese. È utile soffermarsi ad evidenziare come iniziava lentamente a prendere forma, anche ovviamente sulla scorta degli ideali della Rivoluzione, l’idea della necessità di considerare la salute un bene da tutelare con leggi e istituzioni statali apposite, in un sistema secondo il quale la beneficenza sarebbe dovuta diventare un dovere dello Stato e l’assistenza un diritto

del cittadino. Fu invece in Germania, quella stessa Germania che con il suo rigore odierno spinge allo smantellamento del Welfare altrui che, nella seconda metà del XVIII secolo – anche al fine di stemperare le tensioni derivanti dall’acuirsi della questione sociale legata al processo di industrializzazione in atto – si radicò l’idea che lo Stato dovesse assumere un ruolo attivo nel campo delle politiche sociali. In particolare, con la legge del 15 giugno 1883, su proposta del Cancelliere Otto von Bismarck, venne adottato un sistema di assicurazioni obbligatorie contro le malattie degli operai – a cui essi stessi contribuivano a finanziarne i due terzi; la restante parte risultava a carico dei datori di lavoro – e, con le medesime finalità, il 6 luglio 1884 si rese obbligatoria un’assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (totalmente a carico dei datori di lavoro). Infine, con la legge del 22 giugno 1889, si istituì quella contro l’invalidità e la vecchiaia, alla cui contribuzione partecipavano lavoratori ed imprenditori per i due quinti del finanziamento, mentre la parte restante risultava essere a carico dello Stato.

Erano i germi dei principi di universalità, solidarietà ed equità che sarebbero divenuti connaturali al Sistema Sanitario Nazionale della Repubblica italiana grazie alla nostra Costituzione repubblicana che, agli articoli 3 e 32, sancisce il diritto alla salute in ugual misura per tutti i cittadini. Ebbene, al fine di perseguire tali dettami costituzionali, allo Stato è affidata la potestà esclusiva nella “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, mentre alle Regioni è affidata la potestà legislativa concorrente in materia di: “tutela della salute, tutela e sicurezza del

lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario”.

Ma arrivando d'un balzo più da presso ai giorni nostri o, quanto meno, alle "premesse" di questi giorni difficili ed incerti, fu a causa della crisi economica che si manifestò all'inizio degli anni '90, che si determinò una prima attenta riflessione sui livelli di assistenza (i LEA), nella necessità di individuare, anche ai fini del contenimento della spesa sanitaria, quali fossero le attività, le prestazioni ed i servizi che il SSN dovrebbe assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale (legge n. 438/1992). Da un lato venne rimarcata la finalità di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie; dall'altro, fu definitivamente chiaro che l'indicazione di specifici livelli di assistenza si cala in contesti regionali molto diversi per cultura, caratteristiche socio-sanitarie, dotazioni strutturali, competenze tecnico-scientifiche, capacità gestionali nel settore sanitario. Nonostante quanto argomentato e le riflessioni effettuate nei primi anni '90, però, la forbice tra finanziamento e spesa sanitaria riprese presto ad allargarsi, anche perché il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi non è servito a spingere le Regioni verso comportamenti virtuosi (e per la maggioranza di noi la risposta circa il perché è fin troppo facile), mentre le modalità di riparto del deficit non hanno consentito alle Regioni in maggiore difficoltà di superare le criticità presenti nel proprio territorio: bisogna qui anche

sottolineare come un'analisi dettagliata della dinamica della spesa abbia evidenziato che disavanzi elevati non hanno interessato in ugual misura tutto il Paese, ma si sono concentrati in un numero relativamente ridotto di Regioni e che più del 50% dei disavanzi era riconducibile a sole tre Regioni.

La legge n. 311/2004 (ovvero la Finanziaria del 2005) ha dato inizio a una nuova fase nello studio di questa complessa materia, allorché ha stabilito che la Regione in deficit, per poter accedere al maggior finanziamento, debba necessariamente procedere alla ricognizione delle cause che hanno portato al disavanzo, formulando un programma di riqualificazione e potenziamento del proprio Sistema Sanitario Regionale, tale da porre le basi per il rientro in un sistema di equilibrio finanziario. Con una logica che non può non essere definita ovvia (stanti anche le pessime esperienze pregresse), il Legislatore ha deciso di “premiare” con maggiori finanziamenti le Regioni virtuose, in quanto alle Regioni inadempienti può essere comunque nuovamente attribuito un maggior finanziamento qualora sottoscrivano un accordo in cui siano individuati interventi correttivi e venga adottato un piano di riqualificazione del SSR. Tale patto prevede l'automatismo fiscale e in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi previsti nel Piano di Rientro, l'applicazione, oltre i livelli massimi previsti, dell'addizionale IRPEF e della maggiorazione IRAP, fino alla completa copertura dei mancati obiettivi. E di questo i cittadini campani sanno qualcosa.

Oggetto di particolare attenzione, evidentemente, non solo per il Legislatore, ma anche per le parti sociali, è stata poi l'erogazione dei LEA, essendo più che legittimo,

come si paventava prima, il timore che a causa della scarsità di risorse economiche si potessero verificare disservizi con conseguenti ripercussioni sui livelli essenziali di assistenza, che sono (lo ribadiamo) diritto costituzionale del cittadino. Dopo aver individuato i LEA (che come sappiamo sono oggetto periodico di ridefinizione, come in un continuo "innalzamento dell'asticella" che è diventato una quasi manifesta dichiarazione d'inadeguatezza di chi governa il sistema), si è cercato poi di individuare le azioni più idonee di contenimento della spesa, che possono essere così sintetizzate:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera, con riduzione di posti letto ospedalieri e incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione
- Introduzione della distribuzione diretta dei farmaci e rimborso dei prezzi correlati ai farmaci meno costosi (generici)
- Blocco delle assunzioni e del *turn-over*
- Determinazione dei budget per gli erogatori privati, nonché adeguamento delle tariffe a quelle stabilite a livello nazionale
- Acquisti centralizzati e monitoraggio degli stessi per evitare incrementi dei volumi di spesa
- Utilizzo del sistema della tessera sanitaria per gli interventi finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Si sono ricercati anche, parallelamente, indicatori di efficienza ed appropriatezza, che sono stati individuati nelle seguenti grandezze:

a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale;

- b) indicatori sui costi medi;
- c) standard dei posti letto ospedalieri;
- d) standard del tasso di ospedalizzazione;
- e) standard del costo del personale;
- f) standard della numerosità del personale;
- g) standard di struttura;
- h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza

Le disposizioni normative in oggetto confermavano l'intenzione dei policy maker di mantenere la direzione che poi è stata seguita finora, volta a garantire il pareggio di bilancio e ad attivare un sistema premiante per le Regioni maggiormente virtuose, per cui, com'è noto, ne è derivato che i provvedimenti regionali di attuazione del piano di rientro vengono inviati per preventiva approvazione ai Ministeri affiancanti, corredati da una relazione tecnica che specifichi l'obiettivo a cui il provvedimento si riferisce e l'impatto in termini assistenziali ed economico-finanziari attesi dall'adozione del provvedimento. Avviene così che i Ministeri, avvalendosi anche di esperti di conclamata esperienza in campo nazionale facenti capo al SiVeAS, esaminano le delibere regionali:

- in relazione agli effetti di natura programmatica e di rispetto del mantenimento o di implementazione dell'erogazione dei LEA nei contesti dove la loro erogazione è carente e alla tempistica di adozione dei provvedimenti anche per la valutazione della loro congruità con gli obiettivi temporali di realizzazione del piano;

- in relazione alle loro ricadute in ordine agli obiettivi di contenimento della spesa prefissati.

In ogni caso, l'uso inefficace, inefficiente ed inappropriato delle risorse disponibili, causato da un eventuale comportamento omissivo od inefficace dovrebbe portare, dapprima, alla procedura di diffida e, successivamente, al commissariamento della Regione, ai sensi della legge n. 222/2007, che risulta sempre e comunque un istituto eccezionale e straordinario a cui ricorrere a fronte di “emergenze istituzionali di particolare gravità”.

Or bene, sussisterebbe quindi l'interesse ed il dovere, in capo alla Regione, di attuare un uso efficace delle risorse disponibili e sembrava così che le sei Regioni sottoposte inizialmente ai Piani di Rientro (Lazio, Sicilia, Campania, Liguria, Abruzzo e Molise), pur facendo registrare andamenti diversi, nel 2007 potessero vantare qualche buon risultato. Nel Lazio il *deficit*, sebbene ancora consistente, passò da 1.941 milioni di euro nel 2006 a 1407 nel 2007, con una riduzione del 27,5%, in Campania diminuì del 61% (da 1.787 milioni di euro nel 2006 a 697 nel 2007), in Sicilia del 25% (699 milioni di euro nel 2006 a 524 nel 2007), in Liguria del 44% (da 253 milioni nel 2006 a 141), in Abruzzo del 47,1% (da 221 milioni nel 2006 a 117 milioni), in Molise del 57,5% (da 146 milioni nel 2006 a 62).

Nonostante questo, da una parte l'esperienza di questi anni in Campania, dall'altra gli echi mediatici di innumerevoli situazioni sparse un po' in tutto il Paese, provoca oggi l'impressione, non solo in noi medici, che tutto questo complesso meccanismo si sia risolto alla fine solo in un insieme di tagli. Anzitutto, perché l'inefficiente gestione

del Sistema Sanitario Regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi del piano di rientro da parte della Regione grava oggi, per effetto dell'elevazione *ope legis* delle aliquote IRPEF ed IRAP, direttamente sui più deboli ed in più, derivano agli assistiti anche conseguenze negative immediate e concrete in termini di insufficiente erogazione dei LEA. Lo dimostra poi anche l'andamento dell'ultima verifica cui sono state sottoposte a novembre le otto Regioni (Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia) sottoposte a misure di rientro dal deficit sanitario di fronte ai Tavoli di monitoraggio ministeriali (il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza): in parole povere, dalle verifiche è emerso sempre il persistere dei disavanzi. Venendo a ciò che ci riguarda da vicino, il 13 novembre 2012 è toccato alla Regione Campania essere esaminata. Obiettivo: la valutazione dello Stato patrimoniale 2011 e dei trasferimenti al SSR, la sussistenza delle condizioni per l'accesso all'ulteriore quota di anticipazione di liquidità, la verifica dell'attuazione del Piano di rientro e lo stato degli adempimenti regionali. Cosa ne è venuto fuori? In primis, i Tavoli hanno documentato come la Regione non avesse ancora provveduto al conferimento al proprio SSR delle spettanze dovute, pari a 1.272 mln di euro, già erogate dallo Stato e hanno ribadito la necessità di procedere senza indugio all'integrale trasferimento di tali risorse. E' stata confermata poi la notevole criticità rappresentata dalle carte contabili non regolarizzate riguardanti non solo la ASL Napoli 1: in tal senso è stata sollecitata la Struttura commissariale a portare avanti con urgenza le iniziative volte alla risoluzione definitiva del problema. Dalla verifica

è emerso inoltre come da parte della Regione, con l'adozione della legge regionale n. 27/2012, vi sia stato un comportamento in contrasto con il Piano di rientro e con le richieste operate dalla struttura commissariale in merito all'accesso all'ulteriore anticipazione di liquidità, così come restava disattesa la richiesta dell'invio della legge regionale che avrebbe dovuto ripristinare l'originaria formulazione dell'art. 44, comma 1 della L.R. 1/2012. Per questa ragione è stata nuovamente richiesta la prevista documentazione a supporto appunto della richiesta regionale di ulteriore accesso all'anticipazione di liquidità esaminata nella riunione del 30 marzo 2012. Dal punto dei vista dei conti, dalla verifica si è potuto evincere un forte rientro dal disavanzo (da 850 a 117 milioni di euro) ed una riduzione del debito strutturale di circa 400 mln di euro. Ma per quanto riguarda la verifica sull'attuazione del Piano di rientro è stata evidenziata la necessità di procedere nel processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e al contempo di rispondere alle esigenze della popolazione con servizi appropriati di assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale

Comunque, tenuto conto di queste ed altre osservazioni, i tavoli hanno chiesto alla struttura commissariale di redigere ed adottare il Programma operativo 2013-2013 e alla luce dei rilievi evidenziati e, anche al fine di non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori, hanno valutato possibile erogare alla regione un importo di 300 mln di euro subordinatamente alla ricezione di un piano di trasferimenti delle risorse al Sistema Sanitario Regionale da parte del bilancio regionale, tale da assicurare il trasferimento al Sistema stesso di 400 mln di euro o parte di essi entro il 31.12.2012 e tale da assicurare l'integrale trasferimento di tutte

le risorse entro il 31.12.2013; le risorse erogate sarebbero ad ogni modo, proporzionate alla percentuale di risorse sbloccate dal bilancio regionale. E, non ultimo, al superamento dei rilievi di illegittimità delle leggi regionali impugnate dal Governo. Come a dire che, essendo mancati gli obiettivi fissati ed essendosi invece ridotti anche i servizi essenziali, in quanto la Regione Campania è stata solo capace di tagliare, oggi le viene chiesto di fare le classiche ed impossibili "nozze con i fichi secchi".

Avviene così che la salute diventa un lusso, che non tutti possono concedersi. I ticket sui farmaci sono aumentati del 40% nel 2012, per cui il 55% degli assistiti paga oramai da sé visite specialistiche e accertamenti diagnostici, sia per aggirare le lunghe liste d'attesa, sia perché i ticket sono oramai così alti da spingere verso un privato sempre più low cost: ma la storia ci insegna che far fuggire i ceti medi dal Servizio pubblico porta solo ad un Welfare "residuale". Insomma, i tagli alla sanità alla fine hanno non solo ridotto l'offerta di servizi, ma anche ridotto il numero di chi può usufruirne. A lanciare l'allarme sono stati gli esperti dell'università Bocconi con il 'Rapporto Oasi 2012', presentato la scorsa settimana. La Campania ha messo mano a tutte le leve fiscali consentite dalla legge e, secondo la Regione, ha fatto anche tutto il possibile in tema di piccoli ospedali: a Napoli il Loreto Crispi e nel beneventano l'ospedale di Cerreto Sannita sono ormai solo dei poliambulatori, come in un certo senso è accaduto all'ospedale Apicella di Pollena, che è diventato plesso di quello di Nola, ma senza averne la dotazione neppure strumentale e con troppi chilometri frammezzo per un'efficace comunicazione relativamente alle emergenze. In provincia

di Caserta hanno chiuso Teano e S. Felice a Canello, a Napoli il Pronto soccorso del S. Gennaro, con conseguente periodico affollamento di barelle al Loreto Mare e rallentamento/impedimento delle sue attività più richieste. Gli ospedali vengono ridimensionati, ma non si lancia una seria riorganizzazione della rete di assistenza favoleggiando ancora sull'apertura H24 degli studi di Medicina generale e senza pensare piuttosto ad un utilizzo efficace delle strutture territoriali: per non dire della situazione dell'emergenza a Napoli, con un numero di ambulanze, vetuste e non adeguatamente attrezzate, che equipara il capoluogo di regione ad una metropoli del Terzo Mondo. Avviene così che il 17% dei pazienti del Sud, quelli che se lo possono permettere, emigri verso il Nord per farsi curare ed a sua volta "curi" con i propri soldi i bilanci sanitari di quelle Regioni ben più ricche della nostra, concorrendo anche a ripianarne le perdite per "malasanità", di cui recentemente sono state piene le cronache. Orbene, un sistema in cui agli utenti sia richiesto il pagamento di una quota a fronte del godimento di prestazioni sanitarie può essere sostenibile e non viola necessariamente i principi fondativi costituzionali del sistema sanitario; tuttavia è indispensabile che tali imposizioni non superino certi limiti, soprattutto in tempi di crisi, e prevedano un accurato bilanciamento con una molteplicità di fattori, in modo tale da garantire sempre e comunque un eguale accesso alle prestazioni sanitarie e un'eguaglianza sostanziale tra gli utenti, nonché una certa uniformità della certezza del diritto. In tale prospettiva, dunque, i sistemi di compartecipazione, se necessario, devono essere ricalibrati entro un contesto ad alta complessità, nel quale fra gli elementi da tenere in considerazione figurino, per esempio, non soltanto la situazione

reddituale dell'utente, ma anche quella dell'intero nucleo familiare. A questi si dovrebbe aggiungere la seria considerazione sia dell'età del soggetto richiedente la prestazione, sia delle patologie da cui è affetto, in modo tale da assicurare un'applicazione del concetto costituzionale di indigenza nel diritto alla salute in termini realmente relativi.

Ritornando dal locale al globale, quasi in un movimento di sistole e diastole simbolico di quanto abbiamo “a cuore” tutto l’argomento, dobbiamo rilevare che, se la salute fosse davvero ancora perseguita ed applicata come diritto, probabilmente oggi non avremmo i succitati effetti perversi del nostro Sistema Sanitario, come non avremmo i tassi di mortalità che affliggono soprattutto i Paesi più deboli. E invece ancora oggi è senza fine il catalogo delle minacce che incombono sulla salute del mondo; parlandone da medici, la recrudescenza di vecchie patologie, che si credevano debellate, così come l’insorgenza di nuove – una per tutte, la tanto temuta febbre aviaria – rappresentano solo uno dei più preoccupanti effetti di una patologia di sistema, quale quella che deriva da una globalizzazione dei mercati pervasiva e fuori controllo, che considera gli individui nella società –quando li considera – solo come produttori o consumatori motivati in primo luogo da preoccupazioni di natura economica e materiale. Davvero l’elenco delle patologie da “prevalenza del mercato” è lunga e densa di sorprese: si va all'AIDS alla già citata febbre aviaria, passando per il morbo della “mucca pazza” (o, per meglio dire, “dell’allevatore pazzo”, che per profitto rende il bovino come un cannibale) e finanche per la “banale” influenza. Sì, perché , tanto per attualizzare, usciamo da una stagione in cui quest’ultima ha già

colpito 5,3 milioni di italiani (con un aumento del 15 per cento rispetto allo scorso anno) e noi medici sappiamo bene (qualcuno anche per averne sofferto) che l'influenza può provare estremamente l'organismo nelle sue forme più severe, conducendo addirittura all'exitus quei soggetti già debilitati o deboli per propria natura come bambini ed anziani: non stupisce dunque l'allarme lanciato la scorsa settimana dalla Coldiretti relativamente al crollo del consumo di ortofrutta provocato dalla crisi ed al ruolo che esso può aver giocato nell'esplosione dell'epidemia, se si pensa che nella stagione invernale appena trascorsa (dicembre, gennaio e febbraio) gli italiani hanno tagliato di circa il 4% gli acquisti di verdura e frutta come kiwi, arance e mandarini, particolarmente importanti nella prevenzione per l'elevato contenuto in vitamina C. Le difficoltà economiche prodottesi da qualche anno a questa parte - secondo l'indagine della Coldiretti - hanno provocato un profondo cambiamento degli stili di vita degli italiani a partire dall'alimentazione, con probabili ripercussioni anche sulla salute ed un pericoloso abbandono dei principi base della dieta mediterranea, importante nella prevenzione delle malattie, da quelle di stagione a quelle cardiovascolari fino ai tumori e che ha contribuito a garantire agli italiani una vita media di 79,4 anni per gli uomini e di 84,5 per le donne, tra le più elevate al mondo.

Tutto quello che è stato fin qui chiaramente affermato, oppure sostenuto fra le righe, dimostra in definitiva la "scarsa riuscita" del modello di sanità pubblica imperante, che in Italia rischia evidentemente di "suicidarsi" sotto la scure dei tagli modello "spending review": ebbene, per noi che abbiamo giurato di consacrare la nostra vita

ed il nostro lavoro a curare l'essere umano ammalato, per noi che abbiamo scelto l'impegno sindacale nelle CISL Medici non solo come strumento per la salvaguardia dei diritti dei lavoratori, ma anche come espressione delle nostre più profonde convinzioni circa il valore dell'essere umano, la conseguenza naturale è impegnarsi per porre mano alla situazione di debilitazione, sofferenza e talora morte derivante in ogni paese e società dalla diffusione di malattie prevenibili e controllabili. Non a caso, a mo' di esempio e solo per citare la nostra ultima battaglia, assieme ad altri (primi fra tutti gli amici e colleghi della CIMO e della CGIL), ci siamo dedicati a difendere, qui a Napoli, i diritti e la salute delle mamme e dei neonati a rischio, deprivati ancor più di un'adeguata e necessaria assistenza materno-infantile dalle dissennate decisioni recenti di un management miope privo di controllo politico ed ispirato da chiare pressioni lobbistiche. E certi tagli all'assistenza, cui i politici assistono senza batter ciglio (quand'anche non li favoriscano più o meno surrettiziamente), hanno finito per non permettere più nella nostra regione il mantenimento dei LEA, che sembravano essere l'ultimo, invalicabile baluardo del Sistema Sanitario di tipo solidaristico, quello che, come ha detto recentemente il presidente Napolitano, è un titolo di civiltà da cui assolutamente non recedere, ma che dagli ultimi governi nazionali e regionali ha ricevuto dei colpi mortali.

Perché è questo che contraddistingue, con conseguenze drammatiche, l'apparente vittoria del sistema economico imperante: il suo accadere e prosperare sulle macerie di una politica che, non potendo più porre un freno allo strapotere del mercato, finisce per annuire con finta competenza e ancor più fasulla scienza al diktat del più falso e

potente (in quanto ammantato di scientificità) tra i luoghi comuni di cui l'uomo di oggi è schiavo: il modello sociale all'europea (e con esso, l'assistenza sanitaria per tutti) non ce lo possiamo più permettere. Lo ripetono con convinzione intellettuali e politici perfino di quei Paesi del nord Europa dotati di un Welfare moderno ed efficiente ed a cui gli USA evitano accuratamente di riferirsi quando parlano di assistenzialismo, stagnazione e bancarotta. Perché, se c'è un settore nel quale la vecchia Europa ha continuato ad eccellere nel mondo è stato proprio quello del Welfare State e dei diritti dei lavoratori, al punto che è stata l'America a "copiare" noi europei, come accadde dopo la Grande Depressione degli anni '30, allorché Roosevelt cercò di risollevare il suo Paese grazie a quel complesso di riforme sociali maggiormente noto con il nome di "New Deal". Può certamente sembrare paradossale che la Germania, che ha contribuito significativamente sotto Bismarck a far nascere l'idea di Welfare, oggi imponga ai Paesi dell'Europa mediterranea tagli e sacrifici tali da mettere in discussione la sopravvivenza di un certo "modello sociale", se si pensa anche che la sua straordinaria competitività nel commercio mondiale (dietro Cina e Stati Uniti) venga difesa con livelli di retribuzione tra i più alti al mondo, un alto livello di servizi, regole severe a tutela dell'ambiente e con esso della salute, un movimento sindacale tra i più potenti al mondo. E mentre la Danimarca è studiata anche negli USA per la sua "flexicurity" (un welfare generoso con i disoccupati associato ad una grande flessibilità del mercato del lavoro), Austria ed Olanda hanno un terzo della disoccupazione giovanile USA e la metà di quella americana, grazie anche a buoni sistemi di apprendistato e formazione professionale.

Dall'altra parte del Pacifico, però, la roccaforte del pensiero favorevole allo smantellamento dello Stato sociale è e resta (nonostante Obama) il Paese il cui Sistema sanitario si piazza sistematicamente dietro al nostro nelle graduatorie di efficacia/efficienza e dove nel 1962 nasceva un modello economico liberista che può ben essere rappresentato dalla catena di supermercati Walmart, il primo dei quali apriva proprio in quell'anno nell'Arkansas. Che Walmart abbia rivoluzionato il modo della grande distribuzione qui ed oggi poco ci importa: quel che ci interessa è che è stato il capostipite di un modello di capitalismo pervasivo che ha di fatto cambiato la società statunitense. In una nazione in cui, com'è noto, se non sei abbiente non hai diritto ad una degna assistenza sanitaria, il dipendente medio di Walmart ha uno stipendio annuo medio di meno di 21mila dollari, che lo pone al di sotto della soglia ufficiale di povertà se la sua famiglia è di quattro persone: ebbene, solo a meno della metà dei suoi dipendenti il colosso americano offre una qualche forma di polizza sanitaria e lo fa in cambio di un contributo di ben 5000 dollari. Gli altri sono spesso assistiti da Medicaid, l'assistenza sanitaria pagata dal contribuente destinata agli indigenti: ciononostante, Walmart passa per un benefattore della società, perché pur calpestando i diritti dei lavoratori sa proporsi come un surrogato benefico dello stato sociale con le sue donazioni talora clamorose, come quando dopo l'uragano Katrina 1500 camion di aiuti dell'azienda giunsero a New Orleans prima dei soccorsi di stato. Questa vera e propria macchina da guerra ha contribuito a trasformare gli Stati Uniti nel Paese in cui, pur di salvare l'industria dell'auto di Detroit, il sindacato metalmeccanico del settore (la United Auto Workers) ha accettato un taglio dei salari

del 50% (ecco perché a Marchionne l'America piace tanto)! Un Paese in cui la Social security (la pensione sociale) non è finanziata dall'imposta sui redditi, ma da un prelievo alla fonte sulla busta paga, la *payroll tax*, mentre il sogno di avere una pensione grazie ai fondi integrativi si è infranto per la gran parte dei lavoratori di fronte alle speculazioni finanziarie di cui quegli strumenti sono stati partecipi e vittime: non è strano dunque che chi nasce povero negli USA ha molte poche speranze oggi di sfuggire alla povertà (la cosiddetta "mobilità sociale"), alla faccia del mito del "sogno americano". Neanche pagare le tasse garantisce il lavoratore americano; tralasciando i livelli italiani di evasione fiscale e le loro conseguenze, negli USA se anche spendi 1000 dollari al mese per la polizza sanitaria ti ritrovi con un'assistenza scadente, con "buchi" importanti e ticket salati da pagare, sempre esposto al rischio che le compagnie assicurative aumentino il premio di anno in anno (come da noi accade per la RCA), per di più riducendo le coperture.

Questa è la situazione nel Paese la cui economia impone al mondo il luogo comune dell'insostenibilità del Welfare. Ciononostante, gli Stati Uniti da sempre hanno coltivato e continuano a coltivare un certo "complesso di superiorità" nei confronti dell'Europa; da parte sua, il Vecchio Continente ha alimentato un persistente e formidabile complesso d'inferiorità nei riguardi del Nuovo Mondo. Questo ha certamente favorito l'affermazione di una ricetta che vede in consistenti salassi alla spesa pubblica la terapia per momenti di crisi economica, come quello delle Grande Depressione e quello attuale, che peraltro va attribuita ad una parte illustre, ma circoscritta, dell'universo mondo degli economisti, quella rappresentata da Milton

Friedman e che ha fatto esclamare a Ronald Reagan “lo Stato non è mai la soluzione, lo Stato è il problema”. Siamo parlando di quella confraternita di pensatori e politici che, da paladini del liberismo più sfrenato che nel momento del bisogno non hanno esitato ad auspicare l'intervento dello Stato ad esempio per provvidenziali nazionalizzazioni o ancor più provvidenziali aiuti alle banche, talora con provvedimenti provvisori che nel nostro Paese hanno la “incoercibile” tendenza a trasformarsi in definitivi. Quegli stessi economisti e politici che, avendo teorizzato la falsa equivalenza tra il bilancio di uno Stato e quello di una famiglia per cui il primo non può vivere al di sopra dei propri mezzi, interrogati circa le cifre su cui si basano le loro ricette, non sanno rispondere: perché il deficit nel trattato di Maastricht non doveva superare il 3% del PIL? Su quali basi nel nuovo patto fiscale dell'eurozona lo stesso limite è stato ridotto allo 0,5% del PIL? A queste domande, solitamente si balbetta. E intanto, per tornare sulle sponde del Mediterraneo giocando un po' con le parole, per dare retta a certe teorie, gli americani si sono ridotti come abbiamo visto, mentre Sparta e Atene (ovvero i nostri “vicini” greci) piangono e Roma (come pure Napoli) non ride. Perché ai Paesi in difficoltà questi “luminari” impongono terapie che invece di curare il malato lo uccidono. L'Istat ci ha recentemente rivelato che in Italia ci sono ormai 8,2 milioni di “poveri”, con 3,4 milioni di persone al livello di “povertà assoluta”, mentre coloro che sono “in grave difficoltà economica” sono 6,4 milioni (e nel 2011 le persone in queste condizioni sono aumentate di 2,5 milioni di unità). Ovviamente, come ci rivela il Censis, è l'Italia ad avere le disuguaglianze

territoriali più rilevanti tra i Paesi dell'Unione Europea, con la conseguenza che al Sud una famiglia su quattro è povera.

Ebbene, se proprio vogliamo guardare agli Stati Uniti e non soltanto per giustificare - nonostante le prime azioni di Obama - uno Stato Sociale ridotto all'osso, dobbiamo ricordare anzitutto che gli americani per uscire dalla crisi del '29 dovettero affidarsi al pensiero di un inglese (dunque alla Vecchia Europa!), quel John Maynard Keynes che inventò il moderno Welfare State. Ed ancora va detto che noi europei potremmo trovare proprio nell'America di oggi, quella della "Grande Contrazione" (come qualcuno preferisce chiamare questa crisi che ha prodotto milioni di disoccupati), una via di soluzione: è la cosiddetta Scuola della "Modern Monetary Theory", la "Teoria Monetaria Moderna" che vede gli esponenti di punta in James Galbraith, consigliere di Barack Obama e figlio del Kenneth Galbraith consulente di John Kennedy, Lord Robert Sidelisky, inglese di origini russe, ed anche Nouriel Roubini, statunitense, professore di economia alla New York University a lungo visto come "profeta di sciagure" ed oggi ricercato come consulente da governi, banchieri ed organizzazioni internazionali. Proprio Roubini, in una recente intervista rilasciata al giornalista di Repubblica Federico Rampini, ha affermato: "Dal punto di vista della sostenibilità finanziaria nel lungo termine, il modello tedesco, che prevede un Welfare generoso, non è affatto condannato (...) Il problema si pone in quei Paesi che hanno un'alta spesa pubblica, ma per molti anni o decenni non l'hanno finanziata con un gettito fiscale adeguato". Tradotto in poche parole, il discorso non fa una piega: Roubini ci dice che se si vuole mantenere il modello sociale europeo con la sua

assistenza sanitaria, bisogna pagarne disciplinatamente il conto come fanno gli svizzeri, gli svedesi o i tedeschi. Qualcuno potrà qui a buon titolo osservare che sono proprio i tedeschi a volere che gli altri taglino il proprio Welfare per non essere costretti a farlo con il proprio, ma tornando a Rubini, quel che conta è che non è in discussione la qualità ed il livello dei servizi pubblici erogati, quanto l'accumulo di deficit e debiti pubblici di alcuni Stati europei. Or bene, non è il nostro compito, in senso stretto, proporre ricette economiche ai politici. Ma nel momento in cui abbiamo sottolineato come spesso gli economisti configurino le proprie teorie a partire da indimostrabili, assai poco scientifici assiomi, è bene considerare che secondo la Scuola della "Modern Monetary Theory" in tempi di crisi come questa non solo la sostenibilità del Welfare, ma addirittura la via della crescita passano, piuttosto che attraverso tagli e tagli e tagli, attraverso un rilancio di spese pubbliche in deficit, da finanziare usando la liquidità della banca centrale. Non certo alzando le tasse, come di fatto avviene più o meno anche con le accise, con le aliquote IRPEF ed IRAP: non qui e non ora.

Si consideri seriamente, invece, come nazioni quale la nostra, nelle quali i mercati non hanno fiducia, a loro volta sono caratterizzate da una bassissima fiducia dei cittadini nelle istituzioni, che generalmente si accompagna ad una bassa o nulla lealtà nei confronti della condivisione degli oneri del sistema sociale. E, parlando conseguentemente da medici, se le malattie di questa società sono la mancanza del rispetto delle regole, del senso civico del dovere, della coscienza civile, i sintomi delle quali sono il parassitismo, le frodi, l'evasione fiscale, la corruzione

generalizzate, la prognosi è sempre infausta. Poco importa, a questo punto, se vi sia anche una burocrazia inaffidabile ed improduttiva e dunque uno Stato inefficiente e se basti questo a legittimare/generare la disaffezione del cittadino, producendo l'alibi più frequentemente tirato in ballo dagli evasori: la lotta contro l'inefficienza della burocrazia pubblica e quella contro l'evasione e le frodi sono due facce della stessa medaglia, due terreni di lotta paralleli nella battaglia.

Non si intende qui teorizzare, per risolvere questi problemi, il ritorno allo Stato-padrone di passata e recente infausta memoria: senza scomodare ancora la menzionata frase di Reagan, avendo noi sperimentato, al di là delle degenerazioni della dittatura, anche la lottizzazione delle Partecipazioni statali e del sistema partitocratico e corporativo (che proprio nel delicato ambito della sanità pubblica in specie qui in Campania sono sotto gli occhi di tutti), nessuno in Italia e tanto meno in Campania si sognerebbe di affidare ancora alle lobby politico-economiche finora dominanti la gestione di un pezzo così importante dell'economia nazionale e regionale. Né tanto meno di affidarlo al solo gestore "privato", dopo i già citati guasti di trent'anni di liberismo e dopo i numerosi attacchi fraudolenti degli speculatori, che certamente non avvengono a caso, ma privilegiano senz'altro come bersaglio le nazioni con alto debito pubblico, con scarsa competitività e conseguente elevato disavanzo commerciale. E' inutile negarlo e la Campania di questi anni ne è la dimostrazione lampante: la politica di oggi, in Italia come nel mondo, non può e non vuole governare il sistema salute. Forse è allora questo il momento di ribadire un concetto che vale per tutti i complicati aspetti del problema "diritto alla salute": se

non si risolvono le cause, curare gli effetti, e cioè i soli saldi finanziari, non basta. E se è vero come è vero che la politica non è servita a sciogliere i nodi del sistema, né tanto meno a governarlo in tempi di crisi, allora è il caso di ripetere ancora più forte **FUORI I POLITICANTI DALLA SANITA'.**

Ma noi non vogliamo certo fermarci alla critica. Anzi, come ebbe a dire mercoledì scorso a Napoli il segretario generale della CISL Raffaele Bonanni in occasione della prima Assemblea Congressuale dell'Area Metropolitana di Napoli, condotta in porto dal nostro amico Giampiero Tipaldi, vogliamo porci ancor più a servizio. In questi tempi oscuri, ancor di più ci mettiamo a servizio del Paziente, oltre che per guarire la sua malattia, anche per guarire questo sistema malato.

Dunque, proveremo a costruire, in questo quadriennio, una nostra **Pratica Moderna della Sanità**, che vada oltre le tesi economiche della "Teoria Monetaria Moderna". Se la salute non è più un diritto, come è piaciuto ai potenti immaginare per questi tempi la necessità di sostituire la preminenza del "diritto" a quella della "guerra" per difendere la democrazia (come loro la concepiscono) dagli attacchi di svariata natura cui è sottoposta, allora il nostro impegno per il "diritto alla salute", diventerà «**guerra della salute**» o "**per la salute**", perché la salute stessa non sia mai più un lusso. E noi questa guerra dobbiamo e vogliamo combatterla, sapendo di non essere soli, perché da un lato, come abbiamo visto, esistono autorevoli intellettuali che teorizzano la sostenibilità del Welfare, ma soprattutto perché ci troviamo, per scelta etica e professionale, dalla stessa parte di coloro che hanno bisogno dell'assistenza sanitaria, della nostra professionalità e del nostro impegno per ritrovare e difendere la propria

salute: va da sé che la nostra preferenza va ai più deboli, ai bambini, alle donne, agli anziani. Ha detto bene Lina Lucci giovedì scorso all' Assemblea Congressuale dell'Area Metropolitana di Napoli: la Regione con i suoi tagli alla sanità si è resa economicamente "virtuosa" ed i pazienti, per conseguenza, rischiano "virtuosamente" la vita. Ma te lo assicuriamo, cara Lina, anche i medici della Campania se la stanno "virtuosamente" passando brutta! Riferendosi alla cattiva politica cui si assiste in Campania. Lina ha detto “Noi della CISL non siamo amici di questo o di quello, siamo amici di coloro che ci aiutano a cucire risposte ai problemi della gente”; ebbene, noi della CISL Medici possiamo ben dire che, nei frangenti in cui ci troviamo, siamo amici di quelli che ci mettono in condizioni di cucire serenamente le ferite dei nostri pazienti, perché talora siamo stati costretti anche a comprare di tasca nostra ago e filo, anche per porre riparo all' esasperazione dei loro parenti!

Noi della CISL Medici (e c'è chi può garantirlo per noi) siamo amici dei nostri pazienti, siamo amici dei medici onesti che non pensano solo ai soldi o al loro tornaconto; non siamo amici, invece, dei sindacati che fanno il gioco delle parti e, mentre dicono di essere a favore dello sblocco del turn over e delle assunzioni dei precari in sanità, poi bloccano, a vantaggio dei soliti noti, la mobilità inter-aziendale, senza far niente di concreto per assicurare al Servizio Sanitario campano le competenze di tanti colleghi che in questi anni hanno di fatto mantenuto in piedi, con i loro contratti precari, un sistema che già da tempo rischiava di affondare.

Tu hai detto, Lina, che se necessario, nelle tue battaglie andrai avanti da sola: ebbene, noi non ti lasceremo sola (e ti chiediamo di non lasciarci soli), perché crediamo

nell'azione corale e coordinata di cui parlava anche Pietro Cerrito giovedì scorso, quell'azione che è diventata il nuovo modo d'agire della CISL Medici di Napoli e Campania, arricchendo il tessuto consolidato della colleganza e dell'amicizia che dalle origini del nostro sindacato ci ha sempre tenuti insieme. E saremo sempre dalla stessa parte di chi vuole combattere davvero per la salute dei cittadini della Campania.

Questa guerra, date lo squilibrio delle forze in campo, richiede forse di essere condotta con i metodi e le strategie della guerriglia, dunque anche attraverso l'apertura di molti, differenti, fronti d'azione. Ed allora diciamo che, in un'Europa che già è a molte velocità, non può e non deve necessariamente farci paura entrare a far parte di o addirittura favorire nuove aggregazioni, considerato che non è più la diplomazia a tracciare le frontiere, quanto piuttosto la storia, la cultura, le idee a dividere ed aggregare i popoli creando nuove reti di alleanze globali, più complesse, ma certo più moderne. Se dovesse succedere, la prenderemmo come una provocazione, come abbiamo preso (anche se tutto ha un limite) il blocco del nostro contratto di lavoro per troppi anni, mentre i medici, additati in maniera ripetitiva e stantia come categoria privilegiata, vedevano la loro qualità di vita e di lavoro compromessa sempre più, giorno dopo giorno, e dilaniata dalla sfiducia alimentata artatamente nei loro confronti, con grave nocimento non solo di un sano rapporto medico-paziente, ma conseguentemente della serenità necessaria ad intervenire efficacemente sulla carne e la vita di un essere umano.

La storia non è una gabbia. Il mondo è pieno di nazioni e gruppi umani che hanno saputo “svoltare”, reagendo a decenni e perfino secoli di un declino che sembrava inarrestabile: dalla Cina al Brasile all’India, per non citare altri, abbiamo formidabili esempi di popoli e classi dirigenti che hanno sconfitto la forza d’inerzia, hanno saputo imprimere un corso differente alla propria storia ed a quella del mondo. A noi la scelta, a noi il compito di fare non tanto e non solo scelte di politica sindacale, ma soprattutto una scelta di civiltà. Il grande storico arabo Ibn Khaldun sosteneva (va bene parlarne qui, mentre la primavera araba continua a due passi da noi il suo fermento): “Nel deserto sopravvivono solo le tribù, tenute insieme da un forte senso di appartenenza”. Ebbene, noi siamo fieri di appartenere, nella CISL Medici, nella grande famiglia della CISL, alla tribù di coloro che danno un grande valore alla solidarietà, che ad essa ispirano la propria azione. Il nostro modello già lo abbiamo, dobbiamo solo adeguarlo ai tempi. Per questo abbiamo detto **basta alle lobby**, anche a quelle di categoria, anche a quelle sindacali: se per riscrivere il diritto alla salute e restituirlo alla gente, abbiamo bisogno di restituirle la fiducia, come fece Franklin Delano Roosevelt che con il New Deal si fece garante di una società meno diseguale e meno ingiusta con i deboli, partiremo dal basso. E fintanto che politici ed economisti non riscriveranno le regole della finanza e quelle degli scambi globali, finché la politica in Campania si dimostrerà incapace di rispondere al mandato popolare, saremo noi a **rifondare dal basso un patto sociale** gravemente indebolito da decenni di allargamento della forbice tra le persone garantite e protette dal loro benessere e quelle cui viene negato il diritto alla salute. **Le grandi crisi partoriscono**

grandi idee e noi siamo in grado di farcele venire, di dare il nostro contributo, sapendo che oggi bisogna “**pensare globale ed agire locale**”. Scenderemo in piazza assieme ai Pazienti, agli Anziani, ai Lavoratori che non hanno più diritto alla salute perché non hanno più diritto al lavoro, perché si può morire di lavoro in fabbrica, ma abbiamo visto che si può di lavoro anche perché la sua mancanza fa morire la dignità e la speranza dell’essere umano, come è avvenuto al fisioterapista iscritto alla CISL che si è suicidato al Vomero una settimana fa.

E’ dura, sarà dura. Ma noi la speranza, come accade di fronte a certi casi clinici, non ci possiamo permettere il lusso di perderla.

A ciascuno, in tempi così duri e difficili, la sua risposta: noi abbiamo scelto e daremo la nostra. Grazie.