

Per una critica dell'economia politica in sanità.

Medicina e potere ai tempi della crisi. Materiali di riflessione per un aggiornamento politico culturale sul Servizio Sanitario Nazionale.

di Edoardo Turi

Medico di sanità pubblica Azienda sanitaria locale

“Il Capitale non ha riguardi per la salute e la vita dell'operaio quando non sia costretto a tali riguardi dalla società”.

K. Marx, Il Capitale 1867

"So soltanto che bisogna fare quello che occorre per non essere più un appestato, e che questo soltanto ci può far sperare nella pace, o, al suo posto, in una buona morte. Questo può dar sollievo agli uomini e, se non salvarli, almeno fargli il minor male possibile e persino, talvolta, un po' di bene. E per questo ho deciso di rifiutare tutto ciò che, da vicino o da lontano, per buone o cattive ragioni, faccia morire o giustifichi che si faccia morire. ...Di qui, so che io non valgo più nulla per questo mondo, e che dal momento in cui ho rinunciato ad uccidere mi sono condannato ad un definitivo esilio. Saranno gli altri a fare la storia. So, inoltre, che non posso giudicare questi altri. ...Di conseguenza, ho detto che ci sono flagelli e vittime, e nient'altro. Se, dicendo questo, divento flagello io stesso, almeno non lo è col mio consenso. Cerco di essere un assassino innocente; lei vede che non è una grande ambizione. Bisognerebbe certo che ci fosse una terza categoria, quella dei veri medici, ma è un fatto che non si trova sovente, è difficile. Per questo ho deciso di mettermi dalla parte delle vittime. In mezzo a loro, posso almeno cercare come si giunga alla pace. ...Se si può essere un santo senza Dio, è il solo problema concreto che io oggi conosca".

A. Camus, La peste 1947

§ Introduzione. Questioni metodologiche: storicismo e critica dell'economia politica.

Da molto tempo le forze politiche e sociali che si richiamano alle tradizioni politiche e al patrimonio culturale del movimento operaio e democratico e delle forze politiche di sinistra in Italia non sembrano in grado di elaborare un aggiornamento dell'analisi sulla salute e la sanità in relazione ai cambiamenti in atto nel mondo e nel paese: la globalizzazione, la finanziarizzazione dell'economia, le migrazioni, i paesi del BRIC (Brasile, India, Cina) ed, in ultimo, la crisi del 2008 dai sub-prime al default della Grecia sino al Governo Monti e alle lezioni del 2013, il governo

QuIS

Letta-Alfano, poi Renzi-Alfano passando per il berlusconismo e la crisi dell'economia italiana. E' necessario un grande sforzo collettivo per recuperare il deficit cognitivo determinato da un lato dalla perdita di memoria sia nelle generazioni politiche di militanti, attivisti, operatori e cittadini che hanno costruito la Riforma sanitaria del 1978 in una forma di vero analfabetismo di ritorno, sia in quelle successive che considerano il SSN come sempre esistito e indistruttibile, attraverso un analfabetismo relativo.

I Servizi sanitari in ogni nazione sono infatti il risultato di lunghi e complessi processi politici, sociali ed economici legati alla storia dei singoli paesi, alla loro cultura e a dinamiche internazionali.

Questo saggio non vuole ripercorrere la storia della sanità italiana nella sua complessità e, tra i molti autori che ne hanno narrato le vicende, si può fare riferimento in particolare a G. Cosmacini (1) e S. Luzzi (2). Si intende invece sottoporre gli eventi storici e la storiografia ad una riflessione politico culturale attraverso una possibile chiave di lettura che parta dalla critica dell'economia politica quale antidoto al pensiero economico classico largamente dominante ormai anche a sinistra. Tale metodo trae origine dall'omonimo testo marxiano del 1957, "Per la critica dell'economia politica", noto ai più soprattutto per queste due citazioni: "*Non è la coscienza degli uomini che determina la loro vita, ma le condizioni della loro vita che ne determinano la coscienza*", e ancora: "*L'umanità non si propone se non quei problemi che può risolvere, perché, a considerare le cose da vicino, si trova sempre che il problema sorge solo quando le condizioni materiali della sua soluzione esistono già o almeno sono in formazione*" (3), che venne scritto in concomitanza con lo scoppio della prima crisi finanziaria mondiale, interrogandosi sul rapporto tra produzione, consumo e idee. Il marxismo, dunque, come iniziale base teorica per la critica dell'economia politica al di là di usi scolastici e meccanicisti o disarmanti rimozioni, anzi attualizzato attraverso i suoi critici eretici. Così M. Cacciari, autore non sospettabile di un marxismo deterministico: "*Marx è un grande classico ed è indispensabile conoscerlo, oggi come allora. Marx è uno di quegli autori del XIX secolo che hanno meglio previsto, o per meglio dire profetizzato, certi sviluppi dell'economia, della società, della politica mondiale contemporanea. Marx è un classico da questo punto di vista ed è un classico come posizione filosofica, perché la forma più rigorosa, filosoficamente parlando, di immanentismo è quella marxiana. Quindi non si tratta di declinarlo in modo ideologico e praticistico, Marx è un classico del pensiero filosofico che, come tanti, nell'800, ha visto con più precisione rispetto a filosofi accademici come andavano davvero le cose di questo mondo. Quindi non c'è nessun ritorno a Marx, perché le persone che sanno leggere e scrivere Marx l'hanno sempre frequentato*" (4). Non quindi un richiamo ideologico, quanto la necessità di dotarsi di strumenti di lettura della realtà. Questo anche perché le sedi di elaborazione collettiva in senso gramsciano (il partito come "intellettuale collettivo", i sindacati) sono scomparse, almeno rispetto a

questa funzione. In questo senso il taglio della riflessione non può non essere “storicista”, ritenendosi che il superamento di tale metodo di studio possa avvenire solo dopo che lo si sia utilizzato in modo appropriato nel campo di indagine, avvalendosi poi anche di altre discipline. Infatti G. De Luna definisce gli storici coloro “*che ci consentono di conoscere il passato, assimilandolo al presente per avvicinarci alla previsione del futuro*” e ancora: “*partire dal presente per conoscere il passato alla luce dei suoi esiti finali*” ripristinando “*l'intero continuum passato-presente-futuro sul quale si sono modellati i fondamenti epistemologici della storia*”, con una attenzione ai media che sono in grado “*di incidere sulle scelte e sui comportamenti collettivi, di strutturare identità e appartenenze, di determinare gli eventi storici, oltre che raccontarli*” (5). Per queste ragioni sono necessari frequenti rimandi alle vicende storiche ed economiche e la sanità italiana sarà letta attraverso le lenti di una interpretazione critica di tali vicende.

§ Cambiamenti dei profili epidemiologici e anime della sanità in Italia.

E' bene riflettere dunque su un primo aspetto che orienta ogni successiva analisi: la sanità in Italia parte da tre anime che non si incontreranno se non recentemente e in modo contraddittorio, mantenendo così nel proprio genoma, una storia separata e non ricomposta. Da un lato la sanità pubblica intesa non quale sanità pubblica verso sanità privata, ma quale disciplina scientifica di *Public Health* degli autori anglosassoni: ovvero quale scienza rivolta a migliorare la salute della popolazione tramite sforzi organizzati della società, utilizzando tecniche di prevenzione delle malattie, di protezione e di promozione della salute. Inizialmente erano gli Uffici di sanità delle Repubbliche marinare durante le epidemie di peste e poi delle Signorie. Successivamente attraverso i secoli questo filone arriverà al Testo Unico delle Leggi sanitarie (1901-1934), al Medico provinciale e all'ufficiale sanitario fino al moderno ruolo nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Ministero della sanità. Infine con le riforme della sanità italiana dal 1978 in poi si arriverà ai contemporanei Distretti, Direzioni sanitarie e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), alle Agenzie di sanità pubblica regionali, dove costituite, al ruolo degli assessorati alla sanità.

Parallelamente vediamo l'ospedale: dai primi ospedali dei regni romano-barbarici attraverso le Crociate sino all'ospedale moderno comunale e provinciale e infine l'Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO) o i presidi ospedalieri delle ASL.

E, infine, il medico di base, di famiglia, della mutua e oggi Medico Medicina Generale (MMG), erede del Medico condotto ottocentesco sino al primo dopoguerra.

A loro volta queste anime incontreranno rispettivamente con ritardo e contraddittoriamente la medicina moderna figlia della rivoluzione scientifica del 1600.

Le vicende storiche della sanità vanno inoltre lette alla luce dei fenomeni sociali, economici e politici del mondo occidentale che qui si rammentano brevemente.

La rivoluzione industriale modifica radicalmente i profili epidemiologici, prima simili per millenni, con la prevalenza delle malattie infettive e il progressivo passaggio alle malattie cronico degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, ecc.) per via dei nuovi fattori di rischio introdotti dall'industrializzazione (fattori di rischio chimico-fisici nell'ambiente di via e di lavoro) e dall'inurbamento, ma al tempo stesso comporta il miglioramento dei determinanti di salute (reddito, istruzione, abitazioni, acqua potabile, reti fognanti, alimentazione, strutture sanitarie, vaccinazioni, ecc.) allungando e migliorando le condizioni di vita.

Questo processo è stato determinato dall'interesse del capitale/datore di lavoro a curare le malattie infettive perché intralciavano l'andamento della produzione e dallo scarso interesse del capitale/datore di lavoro a curare le malattie cronico degenerative, fino a tutto il dopoguerra, perché a insorgenza tardiva e andamento cronico con peggioramento solo dopo l'uscita dalla produzione.

Inoltre con la rivoluzione francese prima e la rivoluzione industriale poi, la produzione fordista successivamente e infine le grandi guerre mondiali, le masse irrompono nella storia, e ciò impone al capitale e ai governi di interessarsi della salute per ampi settori di popolazione.

Questa complessità dei processi di formazione del servizio sanitario è dunque particolarmente vera anche per l'Italia come si è illustrato in un precedente articolo (6). Ed è questo il secondo rilevante aspetto con cui si formano le tre anime sopra descritte: l'intreccio con la storia italiana di cui si sono richiamati alcuni passaggi: il sistema ospedaliero, prevalentemente di origine religiosa e medievale prima e municipale poi; la figura ottocentesca del medico condotto e la primordiale struttura di sanità pubblica dello Stato italiano post unitario fondato sul Ministero degli interni (da una cui Direzione generale solo nel 1959 nascerà il Ministero della sanità) con il Prefetto, l'Ufficiale sanitario e il Medico provinciale. Tali istituti erano tipici rispettivamente di una tradizione religioso-caritatevole o centralistico-autoritaria di stampo sabauda-fascista (aspetto da non trascurare nelle vicende che portarono alla norma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale – SSN - nel 1978). Il sistema mutualistico di natura bismarkiana del dopoguerra, che copriva solo alcuni lavoratori e in modo difforme (con una parte cospicua di popolazione priva di assistenza sanitaria).

Una genesi, quindi, fortemente legata a modelli ideologici e statuali arretrati ed autoritari.

Il paese approda così alla Legge n.833/78 dopo più di un decennio di lotte sociali e politiche del movimento sindacale, degli studenti e della sinistra contro le vecchie mutue, per la prevenzione e per garantire a tutti i cittadini un sistema universalistico fondato sulla fiscalità generale essendo ormai evidente che il modello mutue-medico provinciale non era più in grado di rispondere ai bisogni di salute che lo sviluppo impetuoso del capitalismo italiano nel dopoguerra determinava

attraverso l'industrializzazione e l'inquinamento dell'ambiente interno ed esterno alla fabbrica, l'agricoltura intensiva ed estensiva con ampio uso di sostanze chimiche, il traffico veicolare, i riscaldamenti domestici, la produzione industriale di alimenti, il consumismo, lo sviluppo edilizio, l'urbanizzazione, la scolarizzazione di massa.

L'Italia arriva però alla Riforma sanitaria del 1978 ben trent'anni dopo l'istituzione del National Health Service (NHS) britannico fondato nel 1946 e crea il proprio SSN poco prima che nel 1980 la conservatrice M. Thatcher inizi l'opera di graduale trasformazione e smantellamento del NHS britannico. Inoltre l'istituzione del SSN avveniva con l'ostilità del Ministero della sanità, che perdeva potere a scapito delle Regioni e dei Comuni (e che con la L. 833/78 avrebbe dovuto essere riformato ma ciò avverrà solo dopo la Riforma Bindi del 1999) e di una parte del mondo medico. Inoltre per anni l'Italia non si dotò di un Piano sanitario nazionale, seppur previsto dalla riforma ma, soprattutto, le nascenti USL ereditarono il personale delle vecchie mutue con i limiti culturali che ciò comportò. Poi, come vedremo, solo tredici anni dopo (un periodo assai breve per un paese come l'Italia), nel 1992 con la prima "riforma della riforma" che porta il nome di De Lorenzo (ministro poi condannato per Tangentopoli), inizia il suo progressivo smantellamento protrattosi attraverso varie traversie giuridiche (Garavaglia, Bindi, Balduzzi, Lorenzin) sino ad oggi e fino a fare dire ad un giovane Direttore generale del Lazio che la Riforma del 1978 non esiste più, affermazione formalmente falsa, ma assai verosimile nella sostanza. Nel 1978 infatti inizia un processo di involuzione conservatrice, se non di vera e propria controrivoluzione reazionaria, avviata con il rapporto Trilateral e il golpe in Cile nel 1973 e culminata nel 1978 con il rapimento e l'uccisione di A. Moro, il governo di solidarietà nazionale di G. Andreotti con l'astensione del PCI, la stagione dell'unità nazionale con le "giunte anomale" DC-PCI a livello locale, la rottura del PCI con il PSI, la sconfitta degli operai FIAT nel 1980, il referendum sulla scala mobile nel 1984 che, con la rottura dell'unità a sinistra e del sindacato, porterà al craxismo e al berlusconismo aprendo il ventennio dal quale non si può dire che l'Italia sia ancora uscita. Insomma la Riforma sanitaria nasce sotto il segno di lotte, conquiste e avanzata della sinistra, ma verrà realizzata in anni di restaurazione sociale e politica.

Tale processo di costruzione della sanità pubblica, iniziato anche prima dell'Unità d'Italia, è oggi oggetto di una "*damnatio memoriae*", coniugata alla sostanziale subalternità culturale dell'accademia e della sinistra italiana al pensiero unico dominante, che fa dimenticare ai più che il SSN italiano è un modello di derivazione britannica introdotto nel 1946-47 (a), attraverso il Piano Beveridge (7), dal Governo laburista di C. Attlee con il ministro della sanità A. Bevan, minatore e sindacalista. Questo modello c'è solo in pochi altri paesi (Svezia, Canada, Danimarca), mentre gran parte dei paesi industrializzati ed occidentali hanno modelli misti (assicurazione di malattia e SSN) come la Francia e la Germania o fondamentalmente mutualistici (come l'Olanda, che è il più

“americano” dei modelli dell’UE). In questo senso, come è noto, si parla infatti di due modelli: Beveridge (SSN universalistico e fondato sulla fiscalità generale) e Bismarck (mutualistico).

Il resto del mondo, comprese le economie emergenti di Brasile, Russia, India, Cina (BRIC), ne è privo per la stragrande maggioranza della popolazione dopo il collasso dei paesi del blocco sovietico e con l’eccezione di Cuba.

§ Nascita dei sistemi sanitari fondati sulla cittadinanza e la fiscalità generale.

La domanda da porsi è dunque: che possibilità di sopravvivenza hanno i sistemi sanitari fondati sulla cittadinanza, la fiscalità generale e il welfare universalistico con neanche cento anni di vita?

(a) Il clima di quel momento storico è ben illustrato nel film di K. Loach “ *The spirit of 1945*” United Kingdom 2013

I paesi occidentali che hanno un sistema sanitario pubblico, di entrambi i modelli, lo hanno ottenuto attraverso processi economico-sociali e politici fortemente intrecciati.

Fondamentalmente come concessione delle classi dominanti, nell’ambito di un compromesso sociale (socialdemocratico) che ha comportato la costruzione del welfare in tutto l’occidente industrializzato ed in particolare nell’UE a 12, grazie alle lotte sociali ed operaie sviluppatasi dall’800 e come paura della rivoluzione politico sociale da parte delle classi dominanti. J. M. Keynes e W H. Beveridge, due liberali, comprendono, con un approccio completamente diverso da Bismarck (che scriveva “*la stampa socialdemocratica nutre continuamente l’eccitazione degli operai contro il governo e le classi dei proprietari...In questa battaglia il governo non deve restare passivo, ma è anzi obbligato a difendere le necessarie fondamenta dell’ordinamento statale da agitazioni siffatte*”), la necessità di un “compromesso” in positivo tra le classi sociali non tanto per “paura” del comunismo (argomento presente nelle riflessioni di Keynes) quanto perché il comunismo non avrebbe funzionato dal punto di vista economico e nella consapevolezza che l’esperimento era, e sarebbe stato, di esempio a masse di diseredati nel mondo intero. Scrive J. M. Keynes: (8): “*Il capitalismo moderno è assolutamente irreligioso, privo di unità interna, senza molto senso civico, spesso – ma non sempre – mera congerie di possessori e arrivisti. Per sopravvivere, un sistema del genere deve avere non solo un moderato successo, ma un immenso successo. Nel XIX secolo era in certo qual senso idealistico; in ogni caso era un sistema coeso e sicuro di sé. Non solo aveva un successo enorme, ma nutriva speranze in un continuo crescendo di successi in futuro. Oggi il suo successo è moderato e niente di più. Se il capitalismo irreligioso vuol sconfiggere una volta per tutte il religioso comunismo non basta che economicamente sia più efficiente: deve essere molte volte più efficiente. Credevamo che il capitalismo moderno fosse capace non solo di garantire gli standard di vita esistenti, ma di portarci gradualmente verso un paradiso dove saremmo stati relativamente liberi da preoccupazioni economiche. Ora dubitiamo*

che l'uomo d'affari ci stia conducendo verso chissà quale destinazione migliore. Come mezzo, egli è tollerabile, come fine non è soddisfacente. Ci si comincia a chiedere se i vantaggi materiali di tenere l'economia e la religione in compartimenti stagni siano sufficienti a controbilanciare gli svantaggi di natura morale". Ancora J.M. Keynes: "Da un lato odiamo così tanto il comunismo, inteso come religione, che esageriamo la sua inefficienza economica; dall'altro siamo così impressionati dalla sua inefficienza economica che lo sottovalutiamo come religione". Vale tuttavia la pena chiedersi: senza quell'esperimento rivoluzionario il welfare sarebbe nato?

Dall'URSS alle USL (verrebbe da dire con una battuta). Detto seriamente: le lotte del ciclo '60-'70 avrebbero avuto altrettanto successo senza la competizione che i paesi del socialismo reale (URSS, Cina, Cuba) rappresentavano per l'occidente capitalistico?

Questo sia detto senza nostalgia per quel modello, ma anche senza rimuoverlo o abbracciare l'orizzonte liberale come l'unico possibile. Non dimenticando quanto siamo debitori alle popolazioni di quei paesi che, attraverso quell'esperimento sociale, hanno consentito la nascita del nostro *welfare*.

E quindi l'interrogativo che si pone oggi è se sia possibile un compromesso socialdemocratico keynesiano, a cui spesso le forze della sinistra italiana si richiamano, senza la sfida di un pensiero e di una prassi radicale delle classi subalterne che nell'800 e nel '900 trovò nel socialismo prevalentemente di derivazione marxista la sua cornice teorica oggi assente?

Altro fattore determinante per la nascita del *welfare* è stata l'enorme accumulazione di ricchezza creatasi con l'industrializzazione e lo sfruttamento del lavoro e delle colonie ma anche la presenza di modelli statali efficienti, soprattutto nei paesi di cultura o influenza protestante, in grado di garantire sistemi fiscali e politiche redistributive del reddito (es.: scuola ed edilizia pubblica). Infatti il gap economico sociale dei paesi del Sud del mondo ha reso impossibile ogni forma di welfare anche solo minimamente paragonabile a quello occidentale, specialmente dopo il fallimento dei paesi usciti dal colonialismo e poi finiti nell'orbita sovietica nel corso di quello che E. Hobsbawm ha descritto come il "secolo breve" (9): *"Il Secolo breve è stato un'epoca di guerre religiose, anche se le religioni più militanti e assetate di sangue sono state le ideologie laiche affermatesi nell'Ottocento, cioè il socialismo e il nazionalismo, i cui idoli erano astrazioni oppure uomini politici venerati come divinità ».*

Un ruolo non secondario hanno poi avuto le forme di indebitamento pubblico nell'ambito di politiche espansive e di intervento statale keynesiane soprattutto dopo la grande crisi del 1929 e ancora nei "trenta anni d'oro" dal 1946 al 1976. Il debito è stato la forma con cui gli stati hanno finanziato, per esempio, le proprie imprese belliche ma anche la costruzione di consenso tramite lo stato sociale e le politiche di *welfare*. La crisi economica dal 2008 sembra interrompere definitivamente questo ciclo, ma non è stata causata da un cattivo funzionamento del sistema o dal

debito pubblico che gli Stati avrebbero accumulato per sostenere una spesa sociale eccessiva: essa è il risultato dell'accumulazione finanziaria perseguita ad ogni costo per reagire alla stagnazione economica di fine secolo come ci ricorda L. Gallino (40): *“Dal 2010 in poi è intervenuto nei Paesi dell’Unione europea un paradosso: i milioni di vittime della crisi si sono visti richiedere perentoriamente dai loro governi di pagare i danni che essa ha provocato, dai quali proprio loro sono stati colpiti su larga scala.”*. Ancora L. Gallino: *“In realtà i governanti europei sapevano e sanno benissimo che le loro politiche di austerità stanno generando recessioni di lunga durata. Ma il compito che è stato affidato loro dalla classe dominante, di cui sono una frazione rappresentativa, non è certo quello di risanare l’economia. E’ piuttosto quello di proseguire con ogni mezzo la redistribuzione del reddito, della ricchezza e del potere politico dal basso verso l’alto in corso da oltre trent’anni. Essa è stata messa in pericolo dal fallimento delle politiche economiche fondate sull’espansione senza limiti del debito e della creazione di denaro privato a opera delle banche, diventato palese con l’esplosione della crisi finanziaria nel 2007”*. *“Una volta accertato che la finalità ultima della dottrina neoliberale è la costruzione e la diffusione dell’Homo oeconomicus in tutto il mondo, si può supporre che essa si trovi dinanzi a un problema di tempi e di risorse. Il suo successo nel perseguire la suddetta finalità mediante esseri economici che costruiscono un mondo a loro somiglianza, il quale circolarmente riproduce senza posa esemplari di Homo oeconomicus, è indubitabile. Ma per conseguire tale successo c’è voluto più di mezzo secolo: e risorse immani al fine di insediare milioni di tali esemplari nei governi, negli enti locali, nei partiti, nei media, nelle università. A loro volta questi soggetti hanno avuto bisogno di tempo per porre mano all’elaborazione e all’imposizione di politiche neoliberali in ogni sfera dell’esistenza.”*

Certamente il debito pubblico è stato in Italia, insieme alla repressione, lo strumento con cui la DC e i suoi alleati di governo sin dal dopo guerra con il piano Marshall hanno riconquistato l’egemonia sociale soprattutto dopo il Sessantotto, inteso, come sostiene G. Viale, come un decennio di conflitto politico sociale (10): *“L’ideologia non incontra mai il proprio nemico. Entrambi vivono in una «realtà separata». Per questo ha continuamente bisogno di simboli: per rappresentare se stessa come per individuare l’avversario. La lotta antiautoritaria non si erige a sistema – o non lo fa al suo inizio – ma non le viene mai meno qualcosa o qualcuno contro cui combattere nella concretezza della vita quotidiana”*, e sempre G. Viale: *“La violenza il movimento non l’ha inventata nè scoperta. La riceve”*.

Si pensi, ad esempio, ad una legge come la L.285 del 1977 per l’occupazione giovanile (una specie di norma da *new deal* roosveltiano) come risposta alla ribellione giovanile, studentesca e di settori emarginati delle periferie urbane di quell’anno, che seppure caratterizzata dall’uso della violenza, non è assimilabile *tout court* al terrorismo e alla lotta armata, se non in alcune sue frange.

Inoltre, qualora il sistema fiscale non fosse riuscito a garantire tali risorse in modo adeguato, come in Italia, specialmente meridionale e in determinate aree europee quali la Grecia, l'evasione fiscale e l'illegalità avrebbero garantito risorse e consenso come forma di accumulazione originaria del capitale. Invece nei paesi di tradizione protestante una cultura di regole condivise tra le classi sociali fondata sulla responsabilità individuale, ha limitato il fenomeno circoscrivendolo per lo più alle aree della delinquenza criminale o della grande finanza, esentandone, per la stragrande maggioranza, le classi medie. Non va trascurato inoltre il fatto che l'illegalità possa avere anche un fondamento antropologico-culturale se si pensa alle osservazioni di G. Leopardi ne *Il carattere degli italiani* (11): *“Il vincolo e il freno delle leggi e della forza pubblica, che sembra ora essere l'unico che rimanga alla società, è cosa da gran tempo riconosciuta per insufficientissima a ritenere dal male e molto più a stimolare al bene. Tutti sanno con Orazio, che le leggi senza i costumi non bastano, e da altra parte che i costumi dipendono e sono determinati e fondati principalmente e garantiti dalle opinioni. In questa universale dissoluzione dei principii sociali, in questo caos che veramente spaventa il cuor di un filosofo, e lo pone in gran forse circa il futuro destino delle società civili e in grande incertezza del come elle possano durare a sussistere in avvenire, le altre nazioni civili, cioè principalmente la Francia, l'Inghilterra e la Germania, hanno un principio conservatore della morale e quindi della società, che benché paia minimo, e quasi vile rispetto ai grandi principii morali e d'illusione che si sono perduti, pure è d'un grandissimo effetto....Si vede dalle sopraddette cose che l'Italia è, in ordine alla morale, più sprovvista di fondamenti che forse alcun'altra nazione europea e civile, perocché manca di quelli che ha fatti nascere ed ora conferma ogni dì più co' suoi progressi la civiltà medesima, ed ha perduti quelli che il progresso della civiltà e dei lumi ha distrutti”*.

Eppure l'illegalità appare costitutiva del capitale come con i *robber barons* dell'accumulazione originaria del capitale di K. Marx rammentati recentemente da T. Piketty (12): negli Stati Uniti dell'800 il termine *robber baron* (barone rapinatore o ladrone) designava gli imprenditori e i banchieri (b) che ammassavano grandi quantità di denaro, costruendosi delle enormi fortune personali, solitamente attraverso la concorrenza sleale e che anticipavano i grandi scandali finanziari della crisi del 2007.

In America, i decenni dal 1870–1914 sono noti come *Gilded Age* un'«età dell'oro» in cui i metalli preziosi, e vasti patrimoni in generale, erano concentrati nelle mani di poche famiglie protocapitaliste: i Rockefeller, Vanderbilt, Astor, Schwab, J.P. Morgan e gli altri «*robber baron*» fautori dei monopoli capitalisti di inizio secolo fondati sullo sfruttamento delle risorse e del lavoro. Nell'analisi di T. Piketty si profila oggi un ritorno ai dislivelli calcificati di quell'epoca.

(b) B. Brecht fa dire ad uno dei protagonisti ne *L'opera da tre soldi* (1928), atto III, scena 3: *“Che cos'è l'effrazione di una banca di fronte alla fondazione di una banca?”*

Per queste ragioni le riflessioni di Libera e N. Dirindin sulla corruzione in sanità sembrano essere troppo svincolate da una analisi più generale sull'illegalità in Italia come invece ci suggerisce il giudice G. Colombo (13): *“La giustizia non può funzionare se i cittadini non comprendono il perché delle regole. Se non lo comprendono tendono a eludere le norme, quando le vedono faticose, e a violarle, quando non rispondono alla loro volontà”* o dalle analisi di Transparency (14) che ci vede penultimi in Europa per la legalità. Vi è inoltre uno stretto rapporto tra illegalità e questione ambientale, modalità con cui il capitale scarica sul pianeta e sulla salute la propria crescita e i propri margini di profitto.

L'illegalità fatta di tante piccole e grandi irregolarità, illegittimità, violazione di norme e regole, è il terreno di coltura in cui prospera la corruzione in sanità, che tuttavia, non ne è che un aspetto. La micro illegalità quotidiana dei piccoli, che la vivono come un “risarcimento” dei benefici che la macro illegalità procura ai grandi, è la base della oggettiva connivenza delle più grandi illegalità di chi detiene il potere economico e politico anche nel SSN, dove per primo il potere politico-amministrativo ed economico e le direzioni e i vertici delle Aziende sanitarie compiono continue illegittimità e irregolarità in cui prosperano le vere e proprie illegalità.

§ La costruzione dei servizi sanitari come processo socio-culturale.

Attraverso un complesso processo culturale e politico in Gran Bretagna dalla Fabian Society a J.M.Keynes e W. H.Beveridge (op. cit.) sino a A. Cochrane (15) che scriveva: *“Prima di richiedere un esame decidete che cosa farete se a) è positivo e b) negativo. Se la risposta è la stessa, non fate l'esame.”* si è arrivati alla istituzione del NHS, quale sbocco delle lotte delle Unions e del Labour.

In Italia questo processo è avvenuto attraverso lo studio e l'impegno di G.A. Maccacaro (16) : *“La scienza dunque è null'altro che un modo di essere del potere o meglio è comprensibile e leggibile solo nell'ottica della dialettica dei poteri. La borghesia ha fondato a un certo punto della sua nascita, una nuova scienza per abbattere il potere feudale e la scienza è stata allora liberatrice nella misura in cui ha posto, nei confronti di un potere egemone (in quel momento storico era il potere feudale), la domanda di potere di un'altra componente sociale che veniva nascendo e che era la borghesia. La borghesia, naturalmente, ha poi utilizzato e continua più che mai a utilizzare la scienza come strumento della sua conservazione; così fa ogni potere che tende a conservare se stesso. Ora, se questa è l'operazione che ha fatto la borghesia, questa è l'operazione che dovrà fare il proletariato e cioè a sua volta il proletariato dovrà fondare una nuova scienza per abbattere il potere borghese...L'unico modo di autenticare la scienza è che questa corrisponda all'interesse dell'uomo: l'uomo individuale e l'uomo collettivo. Non può, quindi, la scienza, operare mai contro l'uomo. Nel momento in cui la necessità scientifica diventa una necessità disumana, la scienza si*

ferma. E non me ne importa assolutamente niente se si blocca proprio secca, lì per lì, e non fa un passo più avanti. Perché non ha diritto di fare un passo avanti contro l'uomo».

Accanto a G. A. Maccacaro, A. Ardigò (17) e G. Berlinguer (18) che scrive nel 1976: “*Lavoro, casa, istruzione: solo assicurando queste tre condizioni si potrà arrivare per gli abitanti delle borgate a una definizione del termine di “salute” che superi quella tradizionalmente enunciata dai dizionari: “Stato di una persona che non è affetto da veruna malattia”; e che si avvicini al significato positivo e finalistico della definizione che l’Organizzazione mondiale della sanità ha formulato: “La salute è il migliore stato possibile di benessere fisico, psichico e sociale”. Ma occorre anche una attività assistenziale, intesa in senso moderno e concepita come il riconoscimento di un diritto... Il Medico considerato strumento e non artefice dell’assistenza, poco conserva dell’“arte” o della “missione” nel suo operare e diviene un tecnico, anzi l’anello di una lavorazione a catena*”. E poi L. Conti, medico e tra le prime esponenti dell’ambientalismo scientifico in Italia (19): “*Se mi rispondono che vogliono rassicurarci sulla sopravvivenza di un nostro discendente diverso da noi, rispondo che sono biecamente conservatrice: vorrei conservare l’uomo quale è, con tutte le sue qualità e i suoi difetti...Mi sono sforzata di rendere trasparente una spinta anti-evolutiva che è implicita in tutto ciò a cui diamo un significato positivo, e cioè nell’umanitarismo e nella democrazia, nel progressismo e nel comunismo, nel socialismo e nell’antirazzismo. In tutte le diversi correnti e sfumature, tutto ciò che si oppone al conservatorismo politico-sociale fa del conservatorismo biologico*”. E infine F. Basaglia (20), G. Bert (21) e M. Cini (22). Questa articolata elaborazione è culminata nel biennio operaio e studentesco ’68-’69, solidale con le lotte anti coloniali e anti imperialiste ed è proseguito sino al ’76-’77.

La critica alla corsa ai profitti in medicina, la contestazione del potere accademico, la lotta contro il numero chiuso, la proposta di riforma del corso di studi di medicina attraverso l’introduzione di materie quali economia, sociologia, antropologia, psicologia, critica della neutralità della scienza e dei ruoli sociali e del medico, operatore sanitario unico, 150 ore e sapere operaio, collettivi di ricerca, prevenzione, autogestione della salute, self help nella salute della donna, chiusura dei manicomi, critica dell’istituzione totale, diritto alla salute, lavoro socialmente utile, rossi ed esperti, medici scalzi, fino al mito de “Il bisturi e la spada” di Norman Bethune (23), ecc. (mentre la critica radicale alla medicalizzazione della società di I. Illich (24) in Italia ha avuto poca fortuna).

Questo periodo in Italia era fondato prevalentemente sul solidarismo cattolico e l’egualitarismo socialista e comunista di derivazione marxista e dall’innesto successivo del movimento antiautoritario e libertario del 1968, del femminismo e dell’ecologismo. Tale ricca stagione si è ormai inaridita. Dopo gli anni ’60-’70 in Italia, dalla elaborazione culturale e politica generale che, dopo A. Gramsci, ha visto l’originalità di R. Panzieri (con l’operaismo, l’esperienza dei Quaderni

Rossi, le elaborazioni di M. Tronti, A. Asor Rosa, M. Cacciari, A. Negri) (25) e il filone del cattolicesimo democratico legato al Concilio Vaticano II (26), non sembra si siano prodotte più riflessioni di rilievo (D. Gentili, *Italian theory*) (27): “...i bagliori crepuscolari della scienza borghese e della politica moderna in realtà ammantavano anche le sorti del movimento operaio novecentesco” e ancora: “Dopo il decennio inaugurato dal '68 e che ha nel '77 l'altra sua data periodizzante, negli anni Ottanta si consuma una metamorfosi - lenta ma irreversibile - di quel panorama filosofico italiano...che evoca l'idea di *sinisteritas*” (D. Gentili, *Italian Theory*, pagg. 61 e 109).

La pur originale elaborazione politica de *il manifesto* giornale e de *il manifesto* - PdUP gruppo politico, nel solco ingraiano, si è a sua volta arenata nell'impossibile prosecuzione di un fecondo incontro tra il movimento operaio tradizionale e i nuovi movimenti tra i '60 e i '70.

Lo stesso processo involutivo si può dire sia avvenuto nel mondo della salute e della sanità per cui alcune parole d'ordine degli anni '60-'70 (la salute non si vende, la salute non è una merce, diritto alla salute) appaiono oggi vuote e stantie perché prive sia dell'aggiornamento di quel retroterra di elaborazione culturale e scientifica di G.A. Maccacaro e G. Berlinguer o più in generale di M. Cini sulla non neutralità della scienza o di L. Conti sull'ambiente e l'ecologia, sia perché assenti i fermenti e le lotte sociali che quelle stesse elaborazioni alimentavano. L'estesa opera di uno studioso e profondo conoscitore della sanità italiana come I. Cavicchi (28) è tuttavia poco conosciuta e solo parzialmente utilizzabile e utilizzata dagli operatori, se non per alcuni testi più vicini all'attualità e il suo perenne richiamo non solo al tema delle risorse ma a ripensare la sanità dopo la L.833/78 in quanto i capisaldi ad essa preesistenti (ospedale, medico di famiglia) sono sopravvissuti ad essa e a tutte le successive riforme.

Ma in considerazione del progressivo venire meno delle teorie radicali del Novecento, della sostanziale secolarizzazione della società sino a far sbiadire anche il cristianesimo post conciliare e il marxismo eretico che avevano mosso dalle secche degli errori del passato questi due filoni, quale teoria della liberazione è oggi possibile e come questa può interrogare la salute, la sanità e i movimenti su questi temi?

§ Mercificazione della salute, crisi, spesa sanitaria pubblica, compromesso socialdemocratico e democrazia.

In realtà la progressiva mercificazione della società ha palesato il fatto che la salute e il corpo siano una merce come altre, che si può vendere in fabbrica o nella prostituzione, nei traffici di organi o di esseri umani. Questo sino ai recenti casi di sperimentazioni di farmaci su volontari a pagamento (*Corriere della sera*, cronaca di Milano 27/9/2015) mentre fino a non molto tempo fa si usavano comunque gli esseri umani come cavie (La seconda rivoluzione scientifica: scienze biologiche e

medicina - La sperimentazione sull'uomo Storia della Scienza (2004) di Susan E. Lederer in Enciclopedia Treccani) e su detenuti (The Prison As Laboratory Experimental medical research on inmates is on the rise. Silja J. A. Talvi in These Times, 7 dicembre 2001). Mentre nelle nuove frontiere delle manipolazioni genetiche, dell'epigenetica e della medicina predittiva, il capitale intravede nuove occasioni di profitto come già da tempo per l'ambiente naturale, come ci ricorda P. Vineis (29).

In tale contesto la spesa pubblica per la sanità in Italia è stata sempre in progressivo aumento, pur con differenze tra i paesi dell'UE e dell'OCSE, sia in assoluto che in rapporto al PIL. Ma oggi, per la prima volta, inizia a diminuire in modo rilevante.

Ma come va considerata la “spesa” sanitaria in un paese, come l'Italia, con un SSN fondato sull'universalismo e la fiscalità generale, dal punto di vista delle classi subalterne, del movimento operaio e della classe media?

La spesa pubblica per la sanità (come per la scuola) va considerata a tutti gli effetti una forma di reddito/salario differito per un gran numero di cittadini e lavoratori. Una straordinaria redistribuzione di ricchezza. Se infatti dovessero pagare di tasca propria una assicurazione come negli USA - eventualmente obbligatoria come la RCA auto - oppure collettiva, non potrebbero permetterselo, rinunciarebbero ad essa o ad alcune coperture, oppure vedrebbero drasticamente ridotto il proprio reddito come per l'acquisto di una casa o per pagare la retta di una scuola privata, soprattutto nell'Italia meridionale.

La ricchezza liberata dal SSN pubblico, oltre a rafforzare il reddito/salario del lavoratore e dei cittadini (soprattutto se lo consideriamo un indice del rapporto di forza tra le classi), rappresenta una possibilità di consumo sul mercato interno che alimentando la domanda che traina l'economia, al contempo, garantisce l'integrazione sociale culturale delle classi sociali subalterne che formano così quella enorme “classe media” che è la base sociale delle democrazie moderne. Il reddito/salario dei lavoratori della sanità infatti, oltre ad essere un lavoro di utilità sociale, migliore di un call center o nel complesso militare – industriale (welfare contro warfare), è un modo per i cittadini e i lavoratori di riappropriarsi del plusvalore prodotto: dunque va considerato una variabile indipendente al netto, nella sanità privata, del profitto che il padrone/imprenditore ne trae. Quindi questo è il primo paradigma di critica dell'economia politica che la sinistra deve assumere: difesa del SSN come difesa del reddito delle classi medie e subalterne, del mondo precario, sotto occupato, disoccupato. Altro che conflitto tra “garantiti” e non “garantiti”, “anziani privilegiati” e “giovani discriminati”. Difesa del salario come difesa della democrazia, perché le classi medie impoverite sono la base di manovra del populismo di destra e dei fascismi.

E' nota la critica del welfare, della sua burocrazie e inefficienza, soprattutto in Italia, nel Meridione e nell'Europa del sud. Oggi questa critica sembra allargarsi dalle destre liberiste e a settori della

sinistra neoliberale, alcuni sostanzialmente subalterni al pensiero unico dominante dell'economia classica, altri, anche in buona fede, affascinati dalla critica del welfare che già fu di I. Ilich e di H. Marcuse e oggi attratti dal "neomutualismo".

Certamente la "legge del pendolo", anche elettorale delle classi sociali (si vedano i recenti casi dell'Argentina e del Venezuela che tornano a votare per formazioni politiche neo liberali dopo governi di impronta democratica se non francamente socialista che hanno attuato forme di redistribuzione del reddito), ci dice che la classe media, creata anche dal welfare, composta da settori di piccola borghesia impiegatizia, settori di classe operaia più garantiti, borghesi proletarizzati e proletari imborghesiti, simile spesso per consumi e gusti, non è poi "riconoscente" nei confronti delle forze politiche e sociali che l'hanno difesa. Anzi spesso si impossessa elettoralmente di tali forze determinandone una modifica antropologica e culturale. E' quello che è accaduto al PCI-PDS-DS-PD.

Ma certamente questa "middle class" è la forma moderna di popolo, "istruita" anche dalla TV e dalla rete, con cui bisogna fare i conti non abbandonandola elitariamente ai moderni populismi in una politica sempre più marketing, vendita di un prodotto, delega come M. Weber (30) aveva previsto in tempi non sospetti: *"...In questo senso interiore si può ben dire che ogni uomo serio, il quale vive per una causa, vive anche di questa causa. La distinzione si applica anche a un lato molto più ampio della questione: a quello economico. «Di» politica come professione vive chi tende a farne una duratura fonte di guadagno; «per» la politica, invece, colui per il quale ciò non avviene. Affinché vi sia chi possa vivere «per» la politica in quest'ultimo significato economico, occorre la presenza di alcuni presupposti, se volete assai triviali, nel campo dell'ordinamento della proprietà privata: costui – in condizioni normali – dovrà essere economicamente indipendente rispetto ai proventi che può trarre dalla politica. Il che significa, in parole povere, che deve disporre di un patrimonio o godere di una situazione privata che gli procuri entrate 'sufficienti'... Il governo di uno stato o di un partito per mezzo di persone le quali vivano esclusivamente per la politica (nel senso economico della parola) e non di politica, comporta necessariamente un reclutamento «plutocratico» delle categorie politicamente dirigenti. Con ciò evidentemente non si afferma anche l'inverso: che, cioè, una simile direzione plutocratica significhi al tempo stesso che la categoria politicamente dominante non cerchi anche di vivere « di » politica, e quindi non usi approfittare del predominio politico anche per i suoi privati interessi economici. Naturalmente non parliamo di questo. Non vi è stato mai nessun gruppo che non l'abbia fatto in un modo o nell'altro. Il significato è uno solo: che in quel caso i politici di professione non sono costretti a cercare un compenso direttamente per la loro opera politica, come deve assolutamente pretenderlo chiunque sia privo di mezzi... Il politico di professione il quale viva con la politica può essere un semplice «beneficiario» oppure un «impiegato» stipendiato. Egli trae quindi un reddito da contributi ed*

emolumenti per determinati servizi – le mance e le somme ricevute per corruzione sono soltanto un'aberrazione irregolare e formalmente illegale di questa categoria di entrate -, oppure percepisce un compenso fisso in natura o uno stipendio in denaro, o anche entrambi...oggi, i capipartito, per i fedeli servizi loro prestati, distribuiscono cariche d'ogni specie nei partiti, nei giornali, nelle associazioni, nelle casse di malattia, nei comuni e nello stato. Tutte le lotte tra i partiti non avvengono soltanto per fini obiettivi, ma soprattutto per il patronato degli impieghi”.

Vale inoltre la pena ricordare la lungimiranza de “La favola delle api” del medico B. de Mandeville (31), lezione magistrale di come il capitalismo trasforma i mali dell'essere umano, i suoi vizi e difetti, in opportunità di guadagno e ricchezza, e la sanità in questo senso è altamente simbolica (la natura o la società determinano le malattie e da questo ne deriva un immenso campo di riparazione e conseguenti profitti): *“I medici preferivano la reputazione alla scienza e le ricchezze alla guarigione dei loro malati. La maggior parte, anziché applicarsi allo studio dei principi della loro disciplina, cercavano di acquistarsi una pratica fittizia. Sguardi gravi e un'aria pensosa erano tutto quello ch'essi possedevano per darsi la reputazione di uomini dotti. Non preoccupandosi della salute dei pazienti, essi lavoravano soltanto per acquistarsi il favore dei farmacisti, e per conquistarsi le lodi delle levatrici, dei preti e di tutti coloro che vivevano dei proventi tratti dalle nascite o dai funerali. Preoccupati di acquistarsi il favore del sesso loquace, essi ascoltavano con compiacenza le vecchie ricette della signora zia. I clienti, e tutte le loro famiglie, erano trattati con molta attenzione. Un sorriso affettato, degli sguardi graziosi, tutto era impiegato e serviva ad accattivarsi i loro spiriti già prevenuti. E si badava pure a trattare bene le guardie, per non doverne subire le impertinenze” ... “Essendo così ogni ceto pieno di vizi, tuttavia la nazione di per sé godeva di una felice prosperità. Era adulata in pace, temuta in guerra. Stimata presso gli stranieri, essa aveva in mano l'equilibrio di tutti gli altri alveari. Tutti i suoi membri a gara prodigavano le loro vite e i loro beni per la sua conservazione. Tale era lo stato fiorente di questo popolo. I vizi dei privati contribuivano alla felicità pubblica. Da quando la virtù, istruita dalle malizie politiche, aveva appreso i mille felici raggiri dell'astuzia, e da quando si era legata di amicizia col vizio, anche i più scellerati facevano qualcosa per il bene comune”.*

Inoltre la Scuola di Francoforte, H. Marcuse (32), W. Adorno (33), J. Habermas (34), anticipando il P. P. Pasolini de gli Scritti corsari (35), lanciava l'allarme sul conformismo e la conseguente perdita di spinta alla trasformazione delle classi subalterne con l'introduzione del welfare. Analisi simile alla teoria della servitù volontaria di E. La Boétie (36) che scriveva nel 1549: *“Vorrei solo riuscire a comprendere come mai tanti uomini, tanti villaggi e città, tante nazioni a volte, sopportano un tiranno che non ha alcuna forza se non quella che gli viene data, non ha potere di nuocere se non in quanto viene tollerato. Da dove ha potuto prendere tanti occhi per spiarvi se non glieli avete prestati voi? come può avere tante mani per prendervi se non è da voi che le ha ricevute? Siate*

dunque decisi a non servire più e sarete liberi!”. Teoria non lontana dai cerchi concentrici dell’Uroboro di G. Zagrebelsky, che si mangia la coda e soffoca la Polis, attraverso il circuito potere-denaro-potere (37): *“c’è poi un aspetto proprio del circolo denaro-potere, che deriva dalla circostanza che, nell’economia finanziarizzata, il denaro non è statico, ma aspira all’accrescimento di se stesso: denaro che si produce dal denaro. C’è qui un carattere non del denaro come tale, ma dell’antropologia, per così dire, dell’uomo di denari...Il libero mercato dei capitali è l’humus astratto ideale di quest’aspirazione crescente. Per questo, mentre l’uroboro-serpente è sempre uguale a se stesso, l’uroboro-sistema politico finanziario tende di per sé ad assumere proporzioni sempre maggiori e incombenti sull’ambiente in cui si sviluppa, traendone risorse incrementali. Per rimanere nell’immagine, la tendenza alla crescita significa innanzitutto ch’esso stringe sempre più strettamente le sue spire sulla società, impoverendola delle sue risorse per finalizzarli ai propri scopi di crescita; in secondo luogo, ch’esso modella la società e le sue divisioni alla stregua delle sue esigenze riproduttive, secondo una tripartizione o, meglio, secondo tre cerchi concentrici. Coloro che stanno nel serpente sono i privilegiati del potere e del denaro, i quali, con funzioni diverse (politiche, ideologiche, tecnico-esecutive, avvocatesche), stanno e lucrano all’interno dello scambio denaro-potere. Attorno a loro, stanno coloro che operano per fornire loro l’humus materiale necessario, in ciò che resta della "economia reale". In una sorta di servitù volontaria, costoro collaborano a mantenere in piedi un sistema di potere, subendo restrizioni nel loro tenore di vita, nelle condizioni di lavoro, nella disponibilità di servizi, nella sicurezza e nella previdenza sociale: sistema di potere che, pur sfruttandoli a un ritmo crescente, li vede quali vittime colluse perché, e fino a quando, li protegge dal rischio d’essere cacciati nel terzo cerchio. Nel terzo cerchio stanno gli inutili, i reietti, i disoccupati, abbandonati a se stessi come zavorra che non ha diritto di appesantire le altre parti della società, di frenare o impedire la "crescita": parola-chiave dell’uroboro”*.

Questo circuito somiglia molto alla società “di sopra, di mezzo e di sotto” di Mafia capitale a Roma, con il coinvolgimento delle classi medie e l’esclusione e il ricatto di quelle subalterne. Una rappresentazione che ricorda fortemente la teoria del *trickle down* nei neoliberisti (le briciole della ricchezza delle classi più agiate, favorite da politiche di riduzione della tassazione e dalla *deregulation* della normativa fiscale, ambientale e del lavoro, gocciolano in basso verso le classi sociali più povere, determinandone un relativo miglioramento di condizioni e un consenso passivo) su cui da R. Reagan a M. Thatcher ha puntato la reazione conservatrice iniziata negli anni ‘80 sulla base dei lavori di S. H. Huntington che con *La crisi della democrazia. Rapporto sulla governabilità delle democrazie alla Commissione trilaterale (The Crisis of Democracy: On the Governability of Democracies)*, studio del 1975 scritto con Michel Crozier e Joji Watanuki e commissionato dalla Commissione Trilaterale, ne ha fornito il primo fondamento teorico. Lo studio osservava la

condizione politica degli Stati Uniti, dell'Europa e del Giappone, affermando che negli Stati Uniti i problemi di governabilità *"nascono da un eccesso di democrazia"* e sostenendo *"il ripristino del prestigio e dell'autorità delle istituzioni del governo centrale"*. Questo report fu un punto di partenza per tutti gli studi successivi che mettono in evidenza una supposta crisi contemporanea delle democrazie da risolvere con l'introduzione di tecnocrazie. Il progetto si è largamente avverato. Molti membri della Commissione Trilaterale ebbero successivamente ruoli di primo piano nell'amministrazione democratica del presidente Carter, fortemente influenzata da questo studio e lo stesso Noam Chomsky citò questo studio come esempio delle politiche oligarchiche e reazionarie sviluppate dal *"vento liberista delle élite dello stato capitalista"*.

Questo processo ha portato alle più recenti trasformazioni del corpo sociale descritte da Z. Bauman con la società liquida e la omologazione passiva degli esseri umani (38): *"Il terreno su cui poggiano le nostre prospettive di vita è notoriamente instabile, come sono instabili i nostri posti di lavoro e le società che li offrono, i nostri partner e le nostre reti di amicizie, la posizione di cui godiamo nella società in generale e l'autostima e la fiducia in noi stessi che ne conseguono. Il "progresso", un tempo la manifestazione più estrema dell'ottimismo radicale e promessa di felicità universalmente condivisa e duratura, si è spostato all'altra estremità dell'asse delle aspettative, connotata da distopia e fatalismo: adesso "progresso" sta ad indicare la minaccia di un cambiamento inesorabile e ineludibile che invece di promettere pace e sollievo non preannuncia altro che crisi e affanni continui, senza un attimo di tregua. Il progresso è diventato una sorta di "gioco delle sedie" senza fine e senza sosta, in cui un momento di distrazione si traduce in sconfitta irreversibile ed esclusione irrevocabile. Invece di grandi aspettative di sogni d'oro, il "progresso" evoca un'insonnia piena di incubi di "essere lasciati indietro", di perdere il treno, o di cadere dal finestrino di un veicolo che accelera in fretta"*.

Quale terreno più impervio per la sinistra per difendere la democrazia e l'uguaglianza?

Il "compromesso" socialdemocratico realizzato nel Novecento sta così venendo meno da alcuni anni in Europa e in Italia, ancor più sotto i colpi della recente crisi economica. Come si è detto già nel 1980 la Thatcher in Gran Bretagna aveva avviato la prima controriforma del NHS, ma dopo 34 anni e solo recentemente il Governo Cameron ha avviato la più radicale riforma del NHS. Ciò avviene per il tramontare dello spauracchio delle rivoluzioni comuniste che quel compromesso avevano determinato costringendovi le classi dominanti. La crisi economica dal 2008, con le sue dinamiche politiche e sociali, non è un evento naturale, ma è il prodotto di scelte di esseri umani che ne hanno la responsabilità ed è utilizzata da quelle stesse classi dominanti, come ci spiega N. Klein, quale "shock economy" (39): *"Shock e sgomento" "shock and awe" sono azioni che generano paure, pericoli e distruzione incomprensibili per la popolazione, per elementi/settori specifici della società che pone la minaccia, o per i leader. La natura, sotto forma di tornado, uragani, terremoti,*

inondazioni, incendi incontrollati, carestie ed epidemie, può generarle” ... “Approfondendo la storia della diffusione su scala planetaria di questo modello di mercato, tuttavia, mi sono resa conto che l’idea di sfruttare crisi e disastri era stato fin dall’inizio il modus operandi del movimento promossa da Milton Friedman: il fondamentalismo capitalista ha sempre avuto bisogno dei disastri per imporsi” ... “in America Latina e in Africa negli anni Ottanta, fu una crisi di indebitamento a obbligare i Paesi alla scelta tra «privatizzazione o morte», per usare le parole di un funzionario del Fmi. Messi in ginocchio dall’iperinflazione, e solitamente troppo indebitati per opporsi alle pretese che accompagnavano i prestiti stranieri, i governi accettarono un trattamento shock con la promessa che ciò li avrebbe salvati da un disastro ben peggiore. In Asia, fu la crisi finanziaria del 1997-98 – paragonabile, per gli effetti devastanti, alla Grande depressione – a trasformare, aprendo a forza i loro mercati, le cosiddette Tigri asiatiche in quella che il «New York Times» ha definito «la svendita per cessata attività più grande del mondo». Molti di questi Paesi erano democrazie, ma le radicali trasformazioni economiche non sono state imposte democraticamente. Al contrario: come Friedman aveva ben compreso, l’atmosfera generale di crisi forniva il necessario pretesto per ignorare i desideri espressi dagli elettori e consegnare il Paese a economisti «tecnocrati»”.

Così sta avvenendo in Italia (“il SSN non è sostenibile, non si può dare tutto a tutti” mantra anche di forze politiche e accademici di sinistra spesso ammantate da fuorvianti argomentazioni su sprechi, appropriatezza e corruzione in sanità): le classi dominanti vogliono in realtà riprendersi oggi ciò che prima avevano concesso e lo fanno attraverso quella lotta di classe all’incontrario del “finanzcapitalismo” descritta da L. Gallino (40): *“Che cos’è il finanzcapitalismo? Una mega-macchina costruita per estrarre valore. Mega-macchine sociali: così sono state definite le grandi organizzazioni gerarchiche che usano masse di esseri umani come componenti o servo-unità di tal genere ed esistono da migliaia di anni. Le piramidi dell’antico Egitto sono state costruite da una di esse capace di far lavorare unitariamente, appunto come parti di una macchina, decine di migliaia di uomini per generazioni di seguito. Era una mega-macchina l’apparato amministrativo-militare dell’impero romano. Formidabili mega-macchine sono state, nel Novecento, l’esercito tedesco e la burocrazia politico-economica dell’Urss. Il finanzcapitalismo è una mega-macchina che è stata sviluppata nel corso degli ultimi decenni allo scopo di massimizzare e accumulare, sotto forma di capitale e insieme di potere, il valore estraibile sia dal maggior numero possibile di esseri umani, sia dagli ecosistemi. L’estrazione di valore tende ad abbracciare ogni momento e aspetto dell’esistenza degli uni e degli altri, dalla nascita alla morte o all’estinzione. Come macchina sociale, il finanzcapitalismo ha superato ciascuna delle precedenti, compresa quella del capitalismo industriale, a motivo della sua estensione planetaria e della sua capillare penetrazione in tutti i sotto-sistemi sociali, e in tutti gli strati della società, della natura e della*

persona” ...“L'estrazione di valore è un processo affatto diverso dalla produzione di valore. Si produce valore quando si costruisce una casa o una scuola, si elabora una nuova medicina, si crea un posto di lavoro retribuito, si lancia un sistema operativo più efficiente del suo predecessore o si piantano alberi. Per contro si estrae valore quando si provoca un aumento del prezzo delle case manipolando i tassi di interesse o le condizioni del mutuo; si impone un prezzo artificialmente alto alla nuova medicina; si aumentano i ritmi di lavoro a parità di salario; si impedisce a sistemi operativi concorrenti di affermarsi vincolando la vendita di un pc al concomitante acquisto di quel sistema, o si distrugge un bosco per farne un parcheggio. Accostando come si è fatto sopra capitale e potere non s'intende qui riproporre la tradizionale concezione che rinvia al potere del capitale. In suo luogo si avanza la nozione di capitale come forma di potere in sé, un potere organizzato su larghissima scala. Stando a questa nozione, «i capitalisti sono mossi non dall'intento di produrre cose bensì da quello di controllare persone, e la loro mega-macchina capitalistica esercita questo potere con una efficienza, flessibilità e forza che gli antichi governanti non potevano nemmeno immaginare. Di conseguenza non è esatto dire che il capitale ha potere. Il capitale è potere. Il potere di decidere che cosa produrre nel mondo, con quali mezzi, dove, quando, in che quantità. Il potere di controllare quante persone hanno diritto a un lavoro e quante sono da considerare esuberanti; di stabilire in che modo deve essere organizzato il lavoro; quali debbano essere i prezzi degli alimenti di base, di cui ciascun punto percentuale in più o in meno aumenta o diminuisce di una quindicina di milioni, nel mondo, il numero degli affamati; quali malattie sono da curare e quali da trascurare, ovvero quali farmaci debbano essere sviluppati dai laboratori di ricerca oppure no. Ancora, il capitale è il potere di trasformare le foreste pluviali in legno per mobili e i mari in acque morte; di brevettare il genoma di esseri viventi evolutisi nel corso di miliardi di anni e dichiararlo proprietà privata; di decidere quali debbono essere i mezzi di trasporto usati dalla gran maggioranza della popolazione e con essi quale debba essere la forma delle città, l'uso del territorio, la qualità dell'aria”.

Questa “lotta di classe dall'alto” ha portato nei paesi dell'ex blocco sovietico alla riappropriazione di gran parte dell'economia pubblica da parte dei “nuovi ricchi” spesso provenienti dalle stesse burocrazie di partito. Una lotta di classe dei ricchi verso i poveri, sino al tentativo efficacemente in corso di redistribuire le sempre minori risorse dello stato sociale all'interno della classe media, in una guerra tra poveri (residenti contro immigrati, occupati contro disoccupati, precari contro tempi indeterminati, anziani contro giovani, pensionati benestanti contro pensionati poveri, nord contro sud, ecc.), mentre le classi dominanti, ormai vere e proprie élites sovra nazionali, vivono indisturbate.

Altro motivo del venire meno di quel compromesso è anche la totale subalternità culturale, e quindi politica, delle sinistre ed in particolare di quella italiana alla cultura neoliberista, ma meglio sarebbe

ormai dire neo liberale o neo capitalista, incapaci di letture altre dal pensiero economico classico. Questo avviene partendo dall'inganno semantico e cognitivo che ha segnato gli anni '90 del passaggio da "eguaglianza" ad "equità" (il new labour di Blair, gli anziani "garantiti" con le loro pensioni contro i giovani "non garantiti", il test di accesso alle università, la retorica del merito, l'elogio della precarietà sino al complesso delle leggi Treu-Biagi-Fornero, il disprezzo per il pubblico dell'insieme normativo Bassanini-Brunetta-Madia, ecc.). A questo si aggiunga l'incapacità della sinistra di riprendere un ragionamento critico sulla riforma dello stato come suggeriva P. Ingrao (41), spesso confuso, seppure non separabile, da quella della pubblica amministrazione: *"Intanto io preferisco parlare di democrazia di base, che è più esatto (democrazia diretta, in senso classico, vuoi dire un'altra cosa: vuoi dire abolizione del momento della rappresentanza, vuoi dire legislazione e amministrazione fuse insieme). Quanto al merito, mi sembra che gli organismi di democrazia di base, di cui abbiamo parlato in questi anni, vadano intesi e costruiti come veri e propri momenti istituzionalizzati di intervento e di decisione, che si collegano e si intrecciano alla vita delle grandi assemblee elettive, in modo da assicurare una presenza diffusa e organizzata delle masse, dando un colpo alla separatezza e al verticismo delle assemblee e degli stessi partiti politici. Dunque: un intreccio organizzato tra democrazia rappresentativa e democrazia di base che favorisca la proiezione permanente del movimento popolare nello Stato, trasformandolo. Questo è il punto vero su cui ci siamo confrontati, e che a me - tutt'ora - sembra essenziale per dare corpo ad una democrazia progressiva"*.

Esito di tale involuzione culturale è l'uso eufemistico della parola "neoliberismo" al posto di capitalismo (come equità al posto di uguaglianza, concetti diversi seppur complementari, ma usati come sinonimi, perché la parole uguaglianza fa paura e il linguaggio appare come simbolo di una sostanziale rimozione nonostante la *égalité* della rivoluzione francese, prima ancora di quella sovietica). Il capitalismo è considerato così come l'unico orizzonte possibile, forse per paura e conseguente rimozione dei disastri generati dalle rivoluzioni comuniste e quindi il rifiuto di ragionarne sulle cause. Ci provò *il manifesto* con il convegno di Venezia del 1978 e il quaderno n. 8 *"Potere e opposizione nelle società post-rivoluzionarie una discussione nella sinistra"* (42) e se forse qualcosa dovrebbero contestare i ventenni e trentenni di oggi ai loro genitori è di non aver voluto riflettere criticamente su quel modello, sulla sua crisi, rimuovendolo e adottando acriticamente e pedissequamente il modello liberaldemocratico come l'unico possibile. Eppure la generazione dei genitori, che abbia partecipato o meno al Sessantotto, dovrebbe ricordare che essa contestò ai propri genitori la passività, connivenza, acquiescenza se non l'aperto sostegno al fascismo, continuato in Italia anche dopo la sua caduta come ci ricorda C. Levi (43): *"Roma significava tutti gli aspetti negativi di un mondo falso e fallito: con quel nome si poteva intendere il centralismo, la burocrazia inetta e parassita, il nazionalismo, il fascismo, l'impero, la borghesia, la*

monarchia, il clericalismo, e anche i comuni difetti, la mancanza di coraggio e di iniziativa, il cinismo, l'indifferenza e il fanatismo, la paura della libertà. Tutti i mali propri e i mali altrui si esprimevano insieme in quel nome: nell'odio si sentivano fratelli. Ma, in un certo periodo, esso aveva significato una volontà positiva, una cosa vera. In verità i partiti non esistevano più, o non esistevano ancora. Ma a Roma essi continuavano ad esistere, erano anzi la sola realtà, la sola cosa che importasse, di fronte alla quale ogni altra cosa non aveva interesse e doveva essere sacrificata. Nulla doveva essere fatto prima che i partiti fossero così forti da determinare ogni cosa... Ecco: i due veri partiti che, come direbbero nel Mezzogiorno, si lottano, le due civiltà che stanno di fronte, le due Italie, sono quella dei 'Contadini' e quella dei 'Luigini'.

"... Ebbene: chi sono i Contadini? Sono prima di tutto i contadini: quelli del Sud, e anche quelli del Nord: quasi tutti; con la loro civiltà fuori del tempo e della storia, con la loro aderenza alle cose, con la loro vicinanza agli animali, alle forze della natura e della terra, con i loro dèi e i loro santi, pagani e pre-pagani, con la loro pazienza e la loro ira. ... Ma non sono soltanto i contadini. Sono anche, naturalmente i baroni..., quelli veri, con il castello in cima al monte: i baroni contadini. ... E poi ci sono gli industriali, gli imprenditori, i tecnici: soprattutto quelli della piccola e media industria, e anche qualcuno della grande: non quelli che vivono di protezioni, di sussidi, di colpi di borsa, di mance governative, di furti, di favoritismi, di tariffe doganali, di contingenti, di diritti di importazione, di privilegi corporativi. Gli altri, quelli che sanno creare una fabbrica, quel poco di borghesia attiva e moderna che, malgrado tutto, c'è ancora nel nostro paese, per quanto possa sembrare un anacronismo. E anche gli agrari, magari i grossi proprietari di terre, ma quelli che sanno dirigere una bonifica, ridare una faccia alla terra abbandonata e degenerata. ...

E gli operai, ...la grande massa operaia abituata all'ordine creativo della fabbrica, alla disciplina volontaria, al valore che sta nelle cose. Non importa come la pensino, in quale partito siano organizzati: sono Contadini anche loro, e non solo perché vengono dalla campagna; ma perché, su un altro piano, hanno la stessa sostanza: la natura per loro non è più la terra, ma sono torni, frese, magli, presse, trapani, forni, macchine; con questa natura di ferro, sono a contatto diretto, e ne fanno nascere le cose, e la speranza e la disperazione, e una visione mitologica del mondo. Sono Contadini tutti quelli che fanno le cose, che le creano, che le amano, che se ne contentano. Sono Contadini anche gli artigiani, i medici, i matematici, i pittori, le donne, quelle vere non quelle finte. Infine, siamo Contadini noi: ...quelli che si usano chiamare, con una parola odiosa, gli "intellettuali" ... quelli che io definisco Contadini sarebbero i produttori: e se vi piace, usate pure questo termine".

"E i Luigini, chi sono? Sono gli altri. La grande maggioranza della sterminata, informe, ameboide piccola borghesia, con tutte le sue specie, sottospecie e varianti, con tutte le sue miserie, i suoi complessi d'inferiorità, i suoi moralismi e immoralismi, e ambizioni sbagliate, e idolatriche paure.

Sono quelli che dipendono e comandano; e amano e odiano le gerarchie, e servono e imperano. Sono la folla dei burocrati, degli statali, dei bancari, degli impiegati di concetto, dei militari, dei magistrati, degli avvocati, dei poliziotti, dei laureati, dei procaccianti, degli studenti, dei parassiti. Ecco i Luigini. Anche i preti, naturalmente, per quanto ne conosca molti che credono a quello che dicono E anche gli industriali e commercianti che si reggono sui miliardi dello Stato, e anche gli operai che stanno con loro, e anche gli agrari e i contadini della stessa specie. ...Poi ci sono i politicanti, gli organizzatori di tutte le tendenze e qualità ... Ce li metto tutti: comunisti, socialisti, repubblicani, democristiani, azionisti, liberali, qualunquisti, neofascisti, di destra e di sinistra, rivoluzionari o conservatori o reazionari che siano o pretendano di essere. E aggiungete infine, per completare il quadro, i letterati, gli eterni letterati dell'eterna Arcadia ...i Luigini sono la maggioranza...Sono di più, ma non molto, per ragioni evidenti...perché ogni Luigino ha bisogno di un Contadino per vivere, per succhiarlo e nutrirsene, e perciò non può permettere che la stirpe contadina si assottigli troppo. I Luigini hanno il numero, hanno lo Stato, la Chiesa, i Partiti, il linguaggio politico, l'esercito, la Giustizia e le parole. I Contadini non hanno niente di tutto questo: non sanno neppure di esistere, di avere degli interessi comuni. Sono una grande forza che non si esprime, che non parla. Il problema è tutto qui”.

“Il nostro Stato è una grande organizzazione caritatevole per coloro che ne fanno parte ... Qualcuno deve pagare le spese della pubblica carità, le spese di Stato: e questi sono coloro che dello stato non fanno parte ...”.

La generazione del Sessantotto sembra inoltre dimenticare quanto il welfare occidentale sia nei fatti debitore nei confronti dei popoli dei paesi dell'ex blocco socialista e dei paesi in via di sviluppo che hanno seguito quell'esempio, spesso ex colonie dell'Occidente, delle loro sofferenze, che hanno tuttavia consentito nei paesi a capitalismo avanzato il compromesso socialdemocratico e keynesiano. Non solo nella assenza di libertà quelle società post rivoluzionarie andavano criticate quanto nella mancata promessa di uguaglianza sociale quale superamento della divisione sociale del lavoro.

La rimozione della sconfitta storica della sinistra italiana, e in particolare di quella comunista nella sua evoluzione senza soluzione di continuità da PCI-PDS-DS-PD, ma anche come PRC/SEL sino alla neonata Sinistra Italiana, dopo gli anni '60-'70, le responsabilità dei partiti del movimento operaio e delle formazioni di nuova sinistra post '68 sono ben indagate da P. Ingrao e R. Rossanda (44), ma tutte le formazioni politiche sopravvissute al XX secolo sembrano prescindervi alimentando una smemoratezza trasformista. *“Non ci sembra possibile una valutazione della recente affermazione della destra in Italia - al di là degli esiti alterni delle tornate elettorali...- fuori dal quadro della sconfitta che la sinistra, non solo in Italia e in Europa, ha subito nell'ultimo quarto di secolo... Noi riteniamo che anche in Italia la sconfitta della sinistra abbia radici*

nell'incapacità di leggere tempestivamente questi processi, e quindi di misurarsi con essi" (P. Ingrao, R. Rossanda, Appuntamenti di fine secolo. Manifestolibri,1995 pagg.11,13).

Scrive G. De Luna (45): "... Oggi sono evidenti non solo i limiti ma anche i pericoli che si annidano in una parola d'ordine che fu alla base della militanza rivoluzionaria novecentesca. Nel segno di "un sentimento assoluto di verità", innestato su una rigidità dottrinale altrettanto ossessiva, milioni di uomini e donne chiesero a se stessi di essere ribelli e poliziotti, vittime e carnefici, pronti a sciogliere queste contraddizioni annullando la propria personalità in una sfida assoluta alla realtà e alla storia. "Quel che c'è di terribile quando si cerca la verità è che la si trova," aveva scritto Victor Serge. Nel 1971, però, lo slogan lanciato dal palcoscenico del Teatro Alfieri risuonò come un grido liberatorio. Fu il momento in cui intorno a quello slogan si ritrovarono non solo gli extraparlamentari ma anche intellettuali, giornalisti, magistrati, vasti settori dell'opinione pubblica, tutti in preda all'oscura sensazione che il dilatarsi del "segreto" stesse provocando una preoccupante involuzione della nostra democrazia. Fu questo il retroterra da cui scaturì il grande clamore mediatico che accompagnò la controinchiesta sulla "strage di Stato" avviata dalle organizzazioni della sinistra extraparlamentare e la martellante "campagna" indirizzata, in particolare da Lotta Continua, contro il commissario Luigi Calabresi. In un crescendo serrato di violenza verbale, all'indirizzo del commissario furono lanciate pesanti accuse di complicità per la morte di Pinelli - precipitato da una stanza della questura di Milano la notte del 15 dicembre 1969 - con lo scopo di provocare la sua replica, una sua querela che potesse riaprire in un'aula giudiziaria un caso troppo frettolosamente archiviato sotto il segno del "suicidio". Andò proprio così. Il commissario Calabresi querelò per diffamazione l'allora direttore responsabile di "Lotta Continua", Pio Baldelli. ... E oggi? Se ci si dovesse chiedere, con la stessa angosciosa incertezza di Giorgio Agosti, se quelle morti, le morti di cui parla questo libro, "siano servite", quale potrebbe essere la risposta? Tutte le lapidi da cui siamo partiti, quelle disseminate nelle strade e nelle piazze dell'Italia degli anni 70, avevano a loro modo un significato quasi religioso: sancivano un patto, un impegno che allora veniva rinnovato a ogni morte, volto ad assicurare a chi non c'era più che la sua opera non sarebbe finita, che avrebbe trovato nuova linfa nell'impegno e nell'azione dei superstiti. Non è stato così; quel patto è durato appena il tempo in cui fu stipulato, infrangendosi sugli scogli della sconfitta, ma prima ancora dissolvendosi insieme a quelli che avrebbero dovuto rispettarlo. Dell'Italia in cui Micciché e gli altri vissero e lottarono non è rimasto più niente. Si avverte come un senso di straniamento nel misurare le fratture che si sono aperte tra il loro e il nostro presente. Non c'è più la Guerra fredda, non c'è più nessuno dei partiti che c'erano allora. Neanche uno. L'antifascismo (e non solo quello "militante") è stato cancellato dai valori di riferimento del nostro sistema politico. Con il crollo conseguente dei suoi corollari più significativi: la caratterizzazione democratica del comunismo italiano, la Resistenza come processo

storico di fondazione dell'Italia repubblicana, le contrapposizioni identitarie che alimentarono due diversi progetti novecenteschi di "fare gli italiani" ecc. Nel passaggio alla Seconda Repubblica si è affermata l'esigenza imprescindibile di fondare un "nuovo ordine" in grado di trovare la sua legittimazione storica nella lettura "revisionata" del passato più recente, screditando uomini, partiti e paradigmi culturali della Prima Repubblica. Questo è stato il mandato politico di un revisionismo storiografico che ha complessivamente ridisegnato il modo stesso di riferirsi alla contrapposizione fascismo-antifascismo...Insieme all'antifascismo si è eclissata anche la "centralità operaia", della quale sopravvivono tracce residuali, confinate esclusivamente in una dimensione culturale che emana il sentore della sconfitta e della rassegnazione. A partire dagli anni '80, gli operai si sono congedati dal protagonismo politico, pur ovviamente continuando a esistere nella realtà. Nei loro confronti c'è stato prima il silenzio, poi una sorta di antropologico distacco come se si trattasse di sopravvissuti ad altre ere geologiche; quando riemergevano dall'invisibilità (come capitò sul palcoscenico del Festival di Sanremo in un'edizione condotta da Baudo) lo facevano nel segno di una struggente subalternità. Scomparvero dai media e scomparvero dalla politica; sono stati i morti della Thyssen a riaccendere di colpo i riflettori. Un'opinione pubblica assetata di sensazioni forti ha visto in quei corpi bruciati il simbolo di una condizione operaia che aveva sempre voluto ignorare; acciaio, fiamme, olio bollente, l'inferno delle fabbriche ottocentesche si è materializzato di colpo nell'atmosfera rarefatta della dimensione virtuale dei circuiti mediatici. Ma non saranno quei corpi e quelle vittime a restituire agli operai la forza collettiva che hanno sprigionato nel Novecento fordista. Quello che è venuto a mancare è proprio il conflitto che li vide protagonisti, il conflitto che aveva al centro il tema dell'ordine sociale, progetti di società, modelli di organizzazione collettiva. ...Ma tra allora e oggi, si è consumata anche una rottura - forse la più vistosa e senz'altro la più significativa - che si riferisce direttamente alla militanza politica. E si tratta di una rottura molto più radicale di quella che abbiamo visto aprirsi tra il militante rivoluzionario della Terza Internazionale e quello del '68. Fino ad allora valeva infatti lo schema lineare ed evoluzionistico elaborato da Hobsbawm: dagli ultimi decenni dell'Ottocento alla prima metà del Novecento si era consumata l'intera traiettoria da "ribelli a militanti", dalle forme primitive iniziali (associazioni artigiane, luddismo, radicalismo, giacobinismo e socialismo utopistico) si era transitati senza soluzione di continuità verso le forme più compiutamente moderne di mobilitazione politica (movimento operaio, sindacati, organizzazioni cooperativistiche, partiti di massa...) Al ribelle che si era presentato sulla soglia dell'età moderna, i cui orizzonti erano racchiusi in un mondo tradizionale e le cui aspettative si limitavano ad auspicare che gli uomini fossero trattati secondo giustizia, nei decenni successivi alla Rivoluzione francese si sostituì il militante-cittadino che aveva già esperienza diretta dello Stato, delle differenze di classe, dello sfruttamento ed era in grado di esprimere le proprie ideologie "in termini di razionalismo laico

invece che in quelli tradizionali della religione". Dalla scintilla iniziale di una ribellione che scaturiva essenzialmente dalla voglia di vendicarsi di un torto subito secondo aspettative e sentimenti condivisi dalla comunità locale di appartenenza, si era passati a una scintilla che innescava un tipo di militanza alimentato dalla speranza di costruire un mondo nuovo, un uomo nuovo, una società buona e perfetta, così potente da segnare con i suoi ideali anche coloro che si erano rassegnati all'impossibilità di trasformare il mondo o la natura umana. Insieme a quella figura di militante affiorarono progetti che trascendevano le sorti dei singoli individui e si riferivano a nuove architetture sociali in cui la vecchia classe dominante doveva essere scalzata dalle sue posizioni, la terra redistribuita, i mezzi di produzione nazionalizzati, e tutto questo grazie all'iniziativa diretta e attivistica dei rivoluzionari. Quanto ai modelli esistenziali, il Robin Hood degli inizi (rubare ai ricchi per dare ai poveri) aveva lasciato il posto al rivoluzionario che pianifica la sua strategia, che non si accontenta di redistribuire le ricchezze e appiattire le disuguaglianze, ma vuole un radicale capovolgimento sociale. ...A essere sconvolto da una sorta di cataclisma culturale è stato anche e soprattutto quel rapporto con la storia che abbiamo visto al centro della militanza rivoluzionaria novecentesca. Il ribelle aveva un'anima non storica, il suo passato era collocato in uno sfondo immobile, in una struttura atemporale, non periodica, senza un preciso sentimento del "quando": voleva il mito, non la storia, e il mutamento storico aveva solo il significato religioso di una redenzione. Era assente qualsiasi concetto di un futuro secolare senza termine e creato di continuo dall'agire umano. In questo senso ci fu una drastica rottura con il paradigma dell'azione rivoluzionaria creatrice del futuro che avrebbe invece ispirato il senso della storia del militante novecentesco, immerso in una concezione lineare del proprio tempo storico, con il futuro considerato sfalsato rispetto al passato e al presente, posto su un piano comunque diverso, su un gradino superiore: questo futuro visto come "l'interamente nuovo per effetto di rivoluzioni o di palingenesi, di scoperte mirabolanti o di trionfi di civiltà" è morto con la morte novecentesca delle utopie futurologiche: "Si è bruciata l'illusione di cambiare il mondo, di sottrarlo alla sua tragicità", mentre "si è fatta strada la certezza che non sono i progetti sociali a consumare il mondo ma il mondo a consumare i progetti sociali". È come se si fosse alterato irreversibilmente il continuum tra passato, presente e futuro sul quale i militanti costruirono la propria biografia, il loro modo di essere a servizio della rivoluzione e del partito. L'impressione è quella di essere precipitati in un presente enormemente dilatato, in grado di ingoiare sia il passato che il futuro".

Così il movimento politico scaturito del Sessantotto, la ex nuova sinistra di un tempo "rivoluzionaria" e "di classe" dovrebbe interrogarsi se non abbia deviato il treno dell'ultimo movimento anticapitalista, antiautoritario, libertario, internazionale e di massa sulla linea morta del comunismo marxista leninista. Questa rimozione pesa su di noi come un macigno. E a noi oggi spetterebbe interrogarci su come liberare Marx dal comunismo storicamente realizzato e il

comunismo da Marx (intendendo in questo caso il comunismo come movimento immanente che attraversa la storia anche prima di Marx da Spartaco, attraverso le prime comunità ed eresie cristiane, le lotte dei contadini in Germania di T. Munzer ai tempi della Riforma luterana, passando per i *diggers* e i *levellers* sino alla Comune di Parigi). Per fare ciò è necessario rivolgersi anche a insegnamenti altri di “maestri irregolari”. Scrive F. La Porta (46): *“Credo che abbiamo bisogno di maestri, anche se oggi tendiamo a pensare il contrario: e anzi l’idea stessa di maestro è divenuta sospetta, incompatibile con la democrazia di massa e con le sue retoriche dominanti...Sono in ordine non anagrafico...: Nicola Chiaromonte, George Orwell, Simone Weil, Albert Camus, Ignazio Silone, Arthur Koestler, Carlo Levi, Hannah Arendt, Christopher Lasch, Pier Paolo Pasolini e Ivan Illich.... La storia di questi autori è la storia di un incontro, a volte felice e altre volte del tutto mancato, con il movimento antiautoritario del 1968”*.

Bisognerebbe chiedersi, infine, se anche la lezione liceale di P. Ricoeur (47) sui “maestri del sospetto” (Marx, Freud, Nietzsche) sia ormai andata dimenticata in una accettazione acritica del presente: *“Più che per la scuola della reminiscenza, questo fatto è indubbiamente vero per la scuola del sospetto. La dominano tre maestri che in apparenza si escludono a vicenda, Marx, Nietzsche e Freud. ... Sotto la formula negativa, "la verità come menzogna", si potrebbero porre questi tre esercizi del sospetto. Ma il senso positivo di queste imprese siamo ancora lontani dall'averlo assimilato, siamo ancora troppo attenti alle loro differenze e alle limitazioni che i pregiudizi del loro tempo fanno subire ai loro epigoni ancor più che alle imprese stesse. Si relega ancora Marx nell'economicismo e nell'assurda teoria della coscienza-riflesso; si riporta Nietzsche a un biologismo e a un prospettivismo incapace di enunciare se stesso senza contraddirsi; e Freud è accantonato nella psichiatria e gli si affibbia un pansessualismo semplicistico. Se risaliamo alla loro intenzione comune, troviamo in essa la decisione di considerare innanzitutto la coscienza nel suo insieme come coscienza "falsa". Con ciò essi riprendono, ognuno in un diverso registro, il problema del dubbio cartesiano, ma lo portano nel cuore stesso della fortezza cartesiana. Il filosofo educato alla scuola di Cartesio sa che le cose sono dubbie, che non sono come appaiono; ma non dubita che la coscienza non sia così come appare a se stessa; in essa, senso e coscienza del senso coincidono; di questo, dopo Marx, Nietzsche e Freud, noi dubitiamo. Dopo il dubbio sulla cosa, è la volta per noi del dubbio sulla coscienza”*.

Così oggi assistiamo ad una supina accettazione dell’esistente, refrattaria ad ogni riflessione critica sul potere politico-economico e sul rapporto tra questo e la sanità, il medico, l’operatore sanitario pubblico o privato, e sui suoi meccanismi.

Così si appare rassegnati all’impossibilità di risolvere l’interrogativo se il potere logori chi lo ha o, con G. Andreotti, “chi non lo ha”. In realtà il potere politico amministrativo logora perché tende a selezionare quasi sempre coloro i quali vi ambiscono in base a caratteristiche umane negative (c).

La fedeltà prima di tutto. Poiché tuttavia il potere è difficilmente eliminabile nella società l'unica soluzione radicalmente democratica è dividere quanto meno potere possibile in quanti più possibile. Così l'affascinante formula del "cambiare il mondo senza prendere il potere" di J. Holloway (48): *"...rafforzare la negatività, schierarsi dalla parte della mosca incastrata nella ragnatela, per rendere il grido ancora più acuto".* Ciò che tiene insieme *"non è la comune composizione di classe, ma piuttosto la comunanza negativa della loro lotta contro il capitalismo... La nostra lotta non punta ad appropriarci della proprietà dei mezzi di produzione, ma a dissolvere a un tempo la proprietà e i mezzi di produzione per ritrovare o, meglio, creare la possibilità collettiva cosciente e fiduciosa del flusso dell'agire...il capitale dipende dal lavoro, mentre il lavoro non dipende dal capitale...l'insubordinazione del lavoro è dunque l'asse intorno al quale ruota la costituzione del capitale in quanto tale...l'unico modo in cui si possa ormai concepire la rivoluzione non è la conquista del potere, ma la sua dissoluzione".*

(c) *"l'avidità muove il mondo"* fa dire Oliver Stone a Michael Douglas nel film *Wall street*, 1987. Per uscire dal dramma di Shakespeare Macbeth (*"Non ho altro sprone da cacciare nei fianchi del mio disegno, se non la volteggiante ambizione"*) o della involuzione autoritaria delle esperienze rivoluzionarie, basterebbe aggiornare il pensiero critico sul potere con J. Hilmann (49): *"Oggi la nostra teologia è l'Economia...Il mondo è governato dal potere, dal potere delle idee...Ridurre in modo semplicistico il piacere che trova l'uomo nel servire - il prendersi cura, il riparare, l'assistere, l'insegnare, il pulire, il rispondere, il mettere in ordine, l'accogliere, il conservare, il tranquillizzare, il nutrire, il guidare - non può che vanificare tutti i nostri tentativi di migliorare la qualità da cui dipende l'economia".*

In realtà, come si è detto, si può parlare di una forma di analfabetismo di ritorno nelle generazioni più anziane degli operatori della sanità, dimentiche dei processi socio-politici che hanno portato al SSN, fino a segare il ramo su cui sono seduti, buttando il bambino con l'acqua sporca; mentre le più giovani generazioni di operatori sanitari, disoccupate, precarie, sotto occupate, malpagate, vivono una forma di analfabetismo relativo in quanto l'università, e la contemporanea mancanza di adeguati luoghi di confronto intergenerazionali, culturali, sindacali o politici, omette nei percorsi formativi le materie socio economiche e culturali che potrebbero dare loro adeguati strumenti di lettura prima e di impegno sociale poi, lasciandoli in balia di derive corporative e qualunquiste.

In realtà i "giovani" come categoria sono una moderna invenzione legata al marketing e al consumo dal dopo guerra e con il baby boom degli anni '60: tranne rare eccezioni i giovani come categoria sociale esistevano solo come rampolli di classi privilegiate, spesso più propensi a chiedere l'entrata in guerra o la rivendicazione di Trieste italiana. Il '68 rompe per la prima volta questo paradigma ma, sembrerebbe, sinora, anche per l'ultima. Su di essi pesa la sconfitta del movimento degli anni

'60-'70 e il fallimento delle esperienze rivoluzionarie post sovietiche, ma anche un sostanziale analfabetismo relativo, una scolarizzazione di scarsa qualità.

Senza considerare il ruolo che nel "lavoro di massa" (per usare un vecchia terminologia maoista), concetto debitore dell'"*inchiesta-intervento*" di R. Panzieri, ebbero giovani studenti e lavoratori.

Essi infatti svolsero questo ruolo nel biennio '60-'70 spostando gli equilibri socio-culturali e quindi anche politico-elettorali nella società italiana e contribuendo non poco all'avanzata elettorale della sinistra nel 1975-1976, L'"*inchiesta-intervento*" oggi potrebbe rivivere, contestualizzata ed attualizzata, attraverso la "ricerca-azione" come pedagogia della complessità. Scrive G. Lapassade (50): *"Viviamo in gruppi senza essere necessariamente consapevoli delle loro leggi, del loro funzionamento...Se l'uomo vuole essere soggetto, attore cosciente della sua storia deve analizzare le istituzioni dalle quali dipende, per analizzare le istituzioni che lo attraversano e trovare nell'azione di gruppo una via d'uscita all'atomizzazione burocratica della quale è vittima...Dal momento in cui una società si organizza, ed essa deve di necessità organizzarsi, gli individui cessano di partecipare alle decisioni essenziali e scoprono di essere separati da diversi sistemi di potere. Tale separazione è, come dice Marx, il modo fondamentale dell'esistenza nella società borghese"*. E' necessario dunque trovare nel mondo del lavoro, nelle realtà sociali, nuove pratiche di intervento "di gruppo" ci suggeriscono R. Curcio, M. Prette, N. Valentino (51) attraverso il metodo della socioanalisi narrativa e della con-ricerca.

Dunque per coloro i quali vogliano difendere il SSN (a iniziare dalla corretta citazione dell'acronico SSN come Servizio Sanitario Nazionale non, come sempre più spesso capita: Sistema, come adottato dalla Regione Lazio del suo attuale presidente N. Zingaretti; il Servizio può essere un sistema e viceversa, ma sono due concetti diversi: il Servizio racchiude in sé un concetto di valore che il sistema non ha (un altro eufemismo) ed è prioritario ricollegare tale difesa ad un ragionamento di critica dell'economia politica declinandola, come si è fatto finora, in relazione ai temi della sanità pubblica, della salute e del welfare e quindi alle varie problematiche a ciò collegate (numero chiuso, facoltà di medicina, professioni sanitarie, specializzazioni, ospedale, territorio, libera professione, liste di attesa, appropriatezza, prevenzione, ecc.). Ormai la discussione sul SSN è prevalentemente appannaggio di economisti, sociologi, politici di professione, giornalisti, rappresentanti delle corporazioni professionali, ma gli operatori della sanità sembrano averne perso da tempo gli strumenti culturali di lettura e interpretazione, somigliando più a coloro i quali parlano della nazionale di calcio al "Bar sport" senza aver mai dato un calcio ad un pallone, che a lavoratori quotidianamente impegnati in prima linea. Non diversi da quegli operai di fabbrica che conoscono solo il loro pezzo della catena di montaggio ma non il resto del processo produttivo.

Va fatta dunque una lettura economica e politica della crisi e delle trasformazioni politiche intervenute nel SSN italiano negli ultimi anni, riappropriandosi di strumenti conoscitivi abbandonati

nel tempo, quali l'economia, rifiutando una interpretazione tutta tecnicistica delle politiche sanitarie. Su tale interpretazione, peraltro, vi è un apparente unanimità di facciata: passare dall'ospedale al territorio, medicina di iniziativa, governo clinico, efficacia/efficienza, costi/benefici, appropriatezza, prevenzione, ospedale di comunità, ospedale per intensità di cure, ecc.. E' necessario altresì superare una difesa tutta ideologica del SSN (risorse alla sanità pubblica e non a quella privata) mentre vige la sostanziale delega culturale ai centri di elaborazione (neo)liberisti o, meglio neoliberali, "temperati" (CERGAS Bocconi, Università Cattolica, CEIS Torvergata, CENSIS, Fondazione Ambrosetti, e della stampa di settore il Sole24ore sanità, Quotidiano sanità, la Repubblica-salute, ecc. mentre un'istituzione sanitaria laica, benché spesso presieduta da cattolici democristiani, e di alto profilo scientifico, come l'Istituto Superiore di sanità, con il governo Renzi-Lorenzin rientra nella sfera di influenza dell'Università cattolica). Tali centri "mainstream" per esempio, nel dibattito sulla "sostenibilità" del SSN, si sono schierati (con la FIMMG, la principale organizzazione sindacale dei medici di base) apertamente per la "seconda gamba" assicurativa (non più complementare - cioè per le prestazioni fuori LEA - ma integrativa). Nel Documento Economico Finanziario 2015 del governo Renzi si prevedeva una riduzione della spesa sanitaria sul PIL da 7,1 al 6,7 entro il 2017. Sono nominati dal governo come responsabili per la spending review per la spesa pubblica C. Cottarelli, già Direttore del Dipartimento Finanza pubblica del FMI ("*choise accross providers and insurers*"), con Letta, poi il già dimissionario R. Perotti e oggi Y. Gutgeld del governo Renzi. Tutti tecnici che per biografie e impostazioni teoriche sono assai lontani dalla costruzione e difesa del welfare e dai profili di E. Gorrieri o L. Pennacchi (52) del primo governo Prodi (nonostante le riflessioni di L. Pennacchi siano solo l'espressione di un "capitalismo renano" "ben temperato", probabilmente l'inizio di quella deriva culturale subalterna che si vuole evidenziare). Così il taglio alla spesa pubblica punta a colpire il reddito e il consumo delle classi medie (nella accezione ampia di *middle class* sopra descritta), prima con i *ticket* e il ricorso alla sanità privata, poi con assicurazioni, prima volontarie poi obbligatorie, eventualmente in base al reddito (tranne gli evasori), consente la riappropriazione da parte del capitale finanziario di parti di quel salario reale o differito che il SSN rappresenta, per giocarlo nella roulette delle borse mondiali anziché lasciarlo al potere di acquisto delle classi medie e subalterne.

§ Una riflessione alternativa e radicale sulla finanziarizzazione e la globalizzazione.

Tracciamo alcune linee di una possibile riflessione alternativa che parta da un pensiero radicale che non rimuova le cause della sconfitta degli anni '60-'70, il lungo decennio del Sessantotto italiano, ma indaghi su di esse, per comprenderne la probabile non contingenza nel quadro di contesto dato.

Sinora la lotta per le risorse era stata per il trasferimento delle stesse da un settore all'altro dello Stato. Con la globalizzazione e la finanziarizzazione dell'economia oggi le risorse (in Italia già diminuite da un sistema fiscale ingiusto e dall'evasione, con poche materie prime e senza colonie) si spostano, tramite i circuiti finanziari e la rete, verso i paesi emergenti, contribuendo a un maggiore benessere seppur ineguale, sia con delocalizzazioni produttive che con i meccanismi finanziari cui internet ha dato un impulso imponente. Sino alla crisi dei subprime del 2007-8 e dei derivati, di cui le banche, lo Stato e gli Enti Locali sono pieni anche grazie alla L. 130/199 del Governo D'Alema, ministro dell'economia A. Ciampi, e i seguenti atti di cartolarizzazione del debito da parte delle Regioni e dei Comuni. Quando alla fine degli anni '90 iniziò il movimento "no global", contro gli accordi GATT, che portò al Social forum di Porto Alegre e a Genova 2001, R. Rossanda su *il manifesto* ammoniva di avere attenzione a quanto ciò che per noi era globalizzazione in senso negativo (delocalizzazioni produttive in paesi a minor costo di mano d'opera con assenza o minori normative a tutela del lavoro e dell'ambiente), per i paesi emergenti erano investimenti, lavoro, anche mal pagato, illegale, nero, a domicilio, minorile, inquinante, ma reddito per famiglie al di sotto della soglia di sopravvivenza. Dunque la finanziarizzazione dell'economia ha un lato oscuro (produzione di danaro a mezzo di danaro slegato da ogni attività produttiva) ma sposta anche capitali verso paesi poveri, secondo una direttrice prevalente da nord ovest a sud est, necessari alla formazione di una classe media in tali paesi, che abbia un reddito sufficiente per poter consumare il surplus di produzione invenduto che i paesi industrializzati non sono più in grado di assorbire, con buona pace del nostro PIL. Nell'immediato, ciò determina anche l'abbassamento dei prezzi di alcuni generi di consumo che la delocalizzazione produce a minor costo nel sud e nell'est del mondo (elettronica, autovetture, abbigliamento), comportando così un beneficio immediato per la classe media dei paesi ricchi ma, alla lunga, l'abbassamento del PIL nei paesi occidentali determina un progressivo impoverimento soprattutto in quelle classi medie più colpite dalla crisi per la riduzione della spesa sociale e dei salari favorita dalle politiche di austerità dei governi, soprattutto nell'UE. Una vera proletarizzazione marxiana della *middle class*. Qualora le nuove classi medie dei paesi emergenti non si formino attraverso l'accesso al reddito e al consumo delle merci che loro stesse producono, è inevitabile l'accrescersi del flusso migratorio verso la ancora persistente ricchezza nord-occidentale lungo un immaginario confine geografico nord-sud e est-ovest che traccia la linea del conflitto ricchezza-povertà a volte come guerra (Afganistan, ex Jugoslavia, Iraq, Libia, Siria, Ucraina) a volte come migrazione (frontiere turco-greca, greco-macedone, serbo-slovena, ungherese, italiana, ecc.).

§ Esiti e tramonto dell'aziendalizzazione in sanità tra riduzione della spesa, precarizzazione dei rapporti di lavoro e crisi democratica.

Se diminuisce il PIL la spesa sanitaria, se invariata, aumenta in misura percentuale rispetto al PIL, per un effetto paradossale. Se quindi la spesa sociale e sanitaria deve diminuire per garantire il pareggio di bilancio (ora irresponsabilmente in Costituzione) prende piede la posizione dell'insostenibilità del SSN (anche per le regioni virtuose) le cui risorse vanno implementate attraverso meccanismi assicurativi per ora solo complementari o integrativi ma prevalentemente a carico del cittadino (per questo dai centri di cultura neoliberale la riforma Obama ha riscosso tanto successo: non per l'inevitabile passo in avanti negli USA ma come possibile modello da noi). Sinora questa posizione (resa possibile già dalla Legge De Lorenzo 502/92 ma rafforzata dalla Legge Bindi 229/99) era più che altro obiettivo del mondo assicurativo-finanziario, assetato di risorse (da Mediolanum all'UNIPOL). La politica sia di centrodestra che di centrosinistra ne ha sempre diffidato, perché il consenso elettorale che veniva dalle USL/ASL/ASO, sia legittimo (buoni servizi) che illegittimo (raccomandazioni, appalti, ecc.) se non palesemente illegale (appalti truccati, assunzioni pilotate, sprechi, malaffare), era sempre garantito a fronte di un passaggio a forme economiche (le assicurazioni) non controllabili. L'illegalità peraltro si concentra ove vi sono risorse e i tagli vi incidono poco e la sanità, costituendo il 70% dei bilanci regionali, è un serbatoio politicamente e geograficamente bipartisan (gli episodi di illegalità hanno toccato regioni con diverse amministrazioni: Lombardia, Piemonte, Puglia, Lazio, Abruzzo, Calabria, Sicilia). La diffusione in diversi contratti collettivi di forme assicurative sanitarie non integrative ma sostitutive (anche i metalmeccanici, ma non dimentichiamo che il primo esempio lo danno i parlamentari che hanno tra i propri benefits una assicurazione di malattia), l'imporsi del modello assicurativo nel mondo pensionistico e della protezione sociale (fondo Perseo, sino all'ASII della Fornero, disegno di legge del PD sulla non autosufficienza, DDL di Riforma della protezione civile del governo Letta sui rischi da terremoto e alluvioni, responsabilità civile dei medici e recentemente il prepensionamento), segna un colpo a favore del trasferimento di risorse dalla produzione-commercializzazione di beni al mondo bancario-finanziario-assicurativo, che ne è sempre più avido in presenza della finanziarizzazione dell'economia. Questo mondo era ben rappresentato nel governo Monti (il ministro R. Balduzzi del governo Monti, già consigliere giuridico della ministra Bindi nel 1° governo Prodi - proponeva una franchigia di prestazioni a pagamento al di sopra di un certo scaglione di imponibile fiscale) e oggi nel governo Renzi il sistema bancario assicurativo è assai ben rappresentato da G.Poletti e B.Lorenzin che hanno parlato apertamente di "*white economy*". L'argomento dell'aumento della spesa "*out of pocket*" da parte dei cittadini a iniziare dai ticket che, da forma di compartecipazione alla spesa e improprio ed iniquo calmierino di prestazioni giudicate pregiudizialmente "*inappropriate*", peraltro differente tra le Regioni, sino a rendere competitive le prestazioni direttamente private, si configura come una vera e propria tassa sulla malattia da cui sono esentati, per reddito, gli evasori. Tale risorsa economica privata si può così

dirottare sul modello assicurativo. Il privato convenzionato religioso e non, e pezzi di sanità pubblica particolarmente svantaggiati dal punto di vista del rapporto costi-benefici (medici di medicina generale, medici ambulatoriali convenzionati SUMAI) spaventati dai tagli alla sanità, vedono questa come unica strada per vedersi garantite risorse entrando anche nel mercato assicurativo. Il mercato bancario assicurativo, sempre avido di introiti, ha bisogno del denaro della classe media destinato al risparmio o ai consumi, per le proprie indicibili finalità speculative.

§ Se la sanità incide mediamente per il 70% sui bilanci regionali, il 60-70% (compresa la medicina di base e specialistica ambulatoriale convenzionata e la sanità privata accreditata) di tale 70% è per il personale (la sanità è ancora un settore ad alta intensità di lavoro umano). Tale percentuale aumenta se si considera l'indotto (farmaceutica, elettromedicali, servizi, ecc.). Quindi tutte le riduzioni di spesa (riduzioni di posti letto, chiusura di ospedali o presidi pubblici, chiusura di convenzioni con il privato, riduzioni di Unità Operative Complesse-Unità Operative Semplici, esternalizzazioni non riassorbite, ecc.), al di là della loro più o meno discutibile motivazione, servono fundamentalmente a ridurre il costo del lavoro o attraverso licenziamenti (sanità privata) o attraverso il blocco del turn over e delle assunzioni (pubblico) con maggiore sfruttamento dei lavoratori addetti. Anche gli stessi posti di lavoro nella sanità privata (per il ragionamento sul blocco sociale-classe media-reddito-consumi-democrazia), non possono essere considerati un costo solo privato: infatti appena si tocca il privato questi trova immediati alleati nelle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) perché si viene a toccare il reddito dei lavoratori dipendenti di tali strutture private. E' proprio in questo contesto che la polemica erogatori/produttori pubblici-privati in sanità va riletta oltre l'imbroglione ASL "terzo pagatore", che sceglie tra pubblico o privato "in competizione", tra chi comprare prestazioni migliori a minore costo, simulando un comportamento da assicurazione privata come nel modello lombardo.

§La precarizzazione dei rapporti di lavoro (tempi determinati, COCOCO, partite IVA, finte borse di studio, ecc.), le esternalizzazioni ormai anche nei settori "core business", complice il blocco delle assunzioni, sono un vero falso in bilancio con lo spostamento dalla voce "beni e servizi" di prestazioni lavorative attraverso intermediari di mano d'opera, ruolo cui non è estraneo il movimento cooperativo, le ONLUS e terzo settore no profit. Quest'ultimo, in particolare, è una "invenzione di successo, un magma informe...ingiusto ma legale", ritagliato sul modello del welfare degli USA, facendo diventare "tutto uguale e meritevole" un costoso ospedale gestito da un ordine religioso e una mensa per i poveri, come ci ricorda G. Moro (52). E infine il convenzionamento-accreditamento con il privato. Tutto ciò determina una oggettiva privatizzazione dall'interno del SSN (il barattolo di Nutella di una efficace immagine ascoltata: la mangi tutta all'interno lasciando

lo strato sul vetro affinché il barattolo sembri pieno, ma in realtà è vuoto). La precarizzazione soprattutto nell'Italia meridionale, anche per l'invecchiamento degli operatori, modifica la costituzione stessa delle ASL/ASO, rendendole ricattabili e facile preda dei processi di privatizzazione svuotandole dall'interno fino a farle diventare progressivamente un contenitore sempre più povero di contenuti. E' importante, quindi, come prima cosa, un processo di stabilizzazione dei precari attraverso graduatorie nazionali e regionali e non di Azienda sanitaria, e le reinternalizzazione dei servizi appaltati e comunque una politica di salvaguardia dell'occupazione e del reddito al netto dei profitti realizzati dai privati nello scarto tra retribuzione per lavoratore e ammontare dell'appalto. Si pensi quale impoverimento strategico abbia comportato la sostanziale esternalizzazione di tutti i servizi informatici fino alla totale assenza di figure tecniche interne alle ASL/ASO in grado di indirizzare, valutare e intervenire su tali processi che impattano sulla riservatezza, la comunicazione e la democrazia. Si tratta dunque di proporre un new deal della sanità anche attraverso nuove norme nelle gare di appalto: una ditta che partecipi a gare per l'esternalizzazione di servizi dovrebbe avere già almeno il 50% del proprio bilancio da attività con privati oppure che le cooperative abbiano effettivamente caratteristiche autogestionarie e non imprese camuffate che sfruttano i lavoratori soci o dipendenti, certificazioni sociali ed ambientali.

§ L'aziendalizzazione mostra ormai la corda: era stata introdotta nel 1992 da De Lorenzo (un ministro del PLI, l'unico partito che non aveva votato per la L.833/78, poi condannato per tangentopoli, ma che dopo il 1978 ha espresso il primo ministro della sanità che doveva attuare la Riforma: R. Altissimo) sia sulla scia dell'aumento della spesa sanitaria (motivata dal ben noto combinato disposto di invecchiamento della popolazione e allungamento della speranza di vita, determinata e volano al contempo, del progresso in campo farmacologico e diagnostico), che del malaffare nelle USL di cui tangentopoli fu l'apice. Il PDS vi si oppose in un primo momento, raccogliendo anche le firme per un referendum abrogativo, ma le pressioni delle regioni amministrare dalla sinistra (Emilia, Toscana, Umbria), preoccupate di perdere gli ampi vantaggi economici e politici conseguiti, fecero sì che le firme non fossero neanche depositate e si accettò il compromesso del D.lgs. 517/93 della ministra democristiana M.P. Garavaglia (oggi PD) che ammorbidì il D.lgs. 502/92 della prima versione De Lorenzo, lasciando solo Rifondazione comunista quale forza politica anti aziendalizzazione (anche se poi a livello di governo locale ha accettato il sistema spartitorio come le altre forze politiche, come poi SEL). Da strumento di razionalizzazione della spesa - peraltro non diminuita, mentre è diminuito il finanziamento - e di allontanamento della politica dalle decisioni gestionali, l'aziendalizzazione è diventata il più formidabile strumento di gestione politica, spesso autoritaria, tramite la figura monocratica del Direttore Generale (DG). Se i Comitati di gestione (CdG) delle USL previsti dalla L. 833/78 erano

le terze file o trampolini di lancio della politica, spesso di basso livello (non si dimentichi che in tempi non sospetti G. Berlinguer da segretario del Lazio del PCI a metà degli anni '80 aveva proposto l'uscita dai Comitati di Gestione dei consiglieri comunisti sollevando gli alti strali degli stessi e delle regioni "rosse"), i DG non sono da meno per formazione e filiazione diretta dai partiti (ai cui sponsor o correnti rispondono in una sorta di vero e proprio manuale Cencelli allargato alle figure dei direttori sanitari e amministrativi). Peraltro queste figure appaiono in contrasto con la normativa della pubblica amministrazione, creando una pericolosa confusione tra politica e gestione e, per di più, senza adeguati contrappesi di controllo, partecipativi e democratici: come azienda anomala le ASL/ASO non hanno un consiglio di amministrazione cui rispondere come nelle aziende municipalizzate e lo stesso collegio sindacale è di nomina politica. I DG sono responsabili di derive autoritarie in ampia sintonia con le tendenze oligarchiche e la verticalizzazione della politica (decisionismo, governabilità, presidenzialismo, riforma costituzionale ed elettorale del governo Renzi), peraltro sempre più mestiere (weberianamente "professione" come sbocco della disoccupazione intellettuale o diretta attività di lobby di settori: banche e finanza, professioni, edilizia, informatica, farmaceutica, ecc.). I comuni e sindaci non sembrano in grado, tranne rare eccezioni, di essere da contrappeso a tali derive, essendone a loro volta parte in quanto sempre più mediatori tra corporazioni che rappresentanti dell'interesse generale della comunità locale, mentre gli organismi "partecipativi" delle ASL/ASO (collegio di direzione, consiglio dei sanitari, confronto con le OO.SS.) sono stati spogliati man mano delle loro valenze consultive e di programmazione, ammesso che ne abbiano mai avute, banalizzati. Il collegio di direzione è formato dai direttori di area, dipartimento o strutture nominati dal DG e quindi ad esso obbedienti come un comitato centrale.

Per anni, direi inutilmente, gli operatori, un tempo si sarebbe detto democratici, si sono impegnati per una via democratica all'aziendalizzazione forse con un pensiero ad A. Olivetti (53) e l'esperienza di Ivrea: *“La nostra Società crede nei valori spirituali, nei valori della scienza, crede nei valori dell'arte, crede nei valori della cultura, crede, infine, che gli ideali di giustizia non possono essere estraniati dalle contese ancora inelimate tra capitale e lavoro. Crede soprattutto nell'uomo, nella sua fiamma divina, nella sua possibilità di elevazione e di riscatto”* ... *“Voglio ricordare come in questa fabbrica, in questi anni, non abbiamo mai chiesto a nessuno in quale religione credesse, in quale partito militasse»*.

Ma la miscela della situazione politica ed economica e l'arretramento culturale descritto hanno ormai vanificato questi sforzi, mentre una nuova classe di manager e burocrati predatori si sta avventando sul sistema, avidi di carriera e guadagni per gestire il residuo consenso politico che comunque il SSN assicura in termini elettorali o per la gestione di affari leciti e illeciti, come le numerose inchieste della magistratura testimoniano. Questo prima del suo probabile crollo e

trasformazione, facilitati dal pensionamento della generazione degli operatori cresciuti con la L. 833/78 e non più sostituiti se non da precari, peraltro anche essi anziani. Gli atti di autonomia aziendale con Dipartimenti, Unità Operative Complesse (UOC), Unità Operative semplici dipartimentali (UOSD), Unità Operative semplici (UOS) sono un apoteosi della mediazione politico professionale corporativa mentre il concorso pubblico, con i suoi riti barocchi e ipocriti, ma almeno omaggio alla residua virtù formale, è un lontano ricordo che fa quasi tenerezza con le sue commissioni di universitari, funzionari regionali e ministeriali, sindacalisti e cultori della disciplina. Con la ovvia complicità delle forze sindacali e dei CCNNLL si è visto nel tempo un proliferare di UOC e Dipartimenti: un modo per garantire miglioramenti economici non solo alla dirigenza ma anche al comparto in assenza di aumenti reali in busta paga, legando la retribuzione alla gerarchia, premiando la fedeltà e l'obbedienza alla Direzione dell'azienda.

Si parla ormai di 21 SSN, situazione aggravata dalla modifica del titolo V della Costituzione (governo D'Alema prima e Amato poi nel 1998-99 in risposta all'ascesa leghista). Le vaccinazioni come i ticket differenziati vanificano le politiche dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), introdotti dalla ministra R. Bindi per colmare le differenze tra Regioni e Aziende sanitarie (ma oggi una forma di mercimonio tra *lobby*, per altro privi di copertura economica) creando odiose disparità a livello nazionale, con uno iato nord-sud pre esistente che si aggrava sempre di più e in cui in Conferenza Stato-Regioni le regioni forti, più ricche e del nord, impongono alle regioni del sud politiche restrittive più in difesa della propria rendita di posizione e modello, penalizzandone più la popolazione che la classe politica (il commissariamento è stato introdotto da Berlusconi nel 2004 ma mantenuto dal 2° governo Prodi). Il governo Renzi e la ministra Lorenzin (ma anche alcuni settori della sinistra) propongono oggi un riaccostamento al Ministero della salute attraverso il superamento del titolo V che, ricordiamolo, fu voluto in extremis nel 2001 dal Governo di centro-sinistra di G. Amato per contrastare l'ascesa della Lega Nord. Ciò avvenne in una lettura strumentale e contingente del federalismo e un malinteso senso della sussidiarietà, principio peraltro poco presente storicamente nel nostro ordinamento giuridico e di derivazione del pensiero cattolico e, più recentemente, dell'Unione Europea dopo il Trattato di Maastricht e il Trattato di Lisbona. Ma la salute è comunque un tema concorrente e non esclusivo delle regioni, l'Italia non è uno stato federale ma ha una forte tradizione municipalista e le Regioni furono pensate dai Costituenti per bilanciare un potere centrale (spesso ottuso e autoritario, sabauda-fascista prima e democristiano poi). Si dimentica, inoltre, che il Ministero della salute, come le Regioni, sono ugualmente corresponsabili di tale situazione (il ministero, doveva essere riformato con la L. 833/78 ma dovrà attendere il 1998 con il 1° governo Prodi con la ministra R. Bindi per vedere una sua parziale e insufficiente riforma con quasi venti anni di ritardo, mentre venivano creati doppioni delle attività che il Ministero e l'Istituto superiore di sanità non volevano o non erano messi in grado di svolgere,

quali l'AGENAS e il CCM - e le regioni, soprattutto dal Lazio in giù, non hanno apparati tecnico amministrativi in grado di esprimere modalità di indirizzo e coordinamento adeguate). Le Regioni, pur con tutte le differenze tra loro, sono ormai ministeriali non meno dei ministeri. E anche le ASL/ASO sono ormai avviate ad un processo di "ministerializzazione".

Inoltre l'approccio decentramento amministrativo-partecipazione democratica, a partire dalla Costituzione, ha rappresentato nei decenni '60-'70 il filo conduttore delle politiche della sinistra italiana rispetto allo stato e in particolare a quello centrale. Da ciò l'enfasi sulle autonomie locali (regioni, comuni - la cui tradizione è secolare - province, comunità montane, ecc.) sino al processo democratico a cascata che riproduceva il sistema parlamentare come modello partecipativo, mutuato dai successi del CLN durante la Resistenza. Ma questo modello era determinato soprattutto dalla diffidenza che la monarchia prima e il fascismo poi avevano generato rispetto ad ogni processo di accentramento del potere (dalle Regioni sino ai consigli di classe e di istituto a scuola, comitati di gestione nelle USL, consigli di dipartimento, facoltà, ecc. nelle Università). Questo approccio è venuto progressivamente meno per due ordini di ragioni: la prima è che tale strategia era alimentata soprattutto dall'impossibilità delle sinistre ed in particolare dei comunisti di accedere allo stato centrale (governo, ministeri) per la "*conventio ad escludendum*" determinata dagli accordi di Yalta e dalla guerra fredda. Per tale motivo il PCI ha per anni ha realizzato una forma di "opposizione" di governo, essendo impossibile ogni alternanza di governo tra schieramenti, e realizzando nei fatti una forma di accerchiamento istituzionale del governo centrale tramite le regioni "rosse", soprattutto dopo la grande avanzata elettorale delle amministrative del 1975 (in cui si coglievano, peraltro, i frutti di un ciclo decennale di lotte sociali del Sessantotto, inteso non come anno ma come periodo che va dal 1968 al 1978). Inoltre il PCI, la CGIL e la sinistra in genere (PSI, PSIUP, PdUP, DP) sapevano che la democrazia sostanziale oltre all'applicazione del dettato costituzionale era un formidabile alleato per la democrazia in fabbrica (dove, ricordiamo, i sindacalisti esterni non entravano sino a gran parte degli anni '70), per la democrazia economica e le politiche redistributive.

La stessa storia della sanità pubblica italiana è inoltre una storia "autoritaria" nei suoi filoni separati attraverso i secoli, come si è detto. L'ospedale con la sua origine religioso militare legata alla Crociate e agli ordini religiosi (Ospitalieri, ecc.). Gli "ufficiali di sanità", primo nucleo di polizia sanitaria delle Repubbliche marinare e delle Signorie, da cui nascerà l'impostazione sabauda e fascista del Testo unico delle Leggi sanitarie sino alla Direzione della sanità pubblica del Ministero degli interni (che inutilmente nel dopoguerra il Governo Parri tenterà di superare attraverso l'Alto commissariato per l'igiene e sanità pubblica, immediatamente soppresso riportando le competenze al Ministero degli interni secondo una visione autoritaria della sanità pubblica come un problema di

ordine pubblico, approccio duro a morire se si pensa agli interventi sui siti di stoccaggio dei rifiuti nucleari o al dibattito sull'obbligo vaccinale). E infine la tradizione scientifico accademica.

Comunque va rilevato che il PCI solo in parte credeva alla possibilità di una riforma dello stato in senso ingraiano o socialista di sinistra (Morandi) (51), (Basso) (52), per via della eredità politica sia comunista che socialdemocratica che considerava lo stato una macchina da conquistare (con le armi o le elezioni). Ma soprattutto dopo il 1989, con la caduta del muro di Berlino, la fine della guerra fredda e lo scioglimento del PCI il suo gruppo dirigente non ha più sentito necessaria la strategia di accerchiamento istituzionale del governo dalle periferie considerando possibile la conquista del potere *tout court*. Questo avviene con Prodi (che comunque va detto è stato il primo governo eletto con i comunisti del Partito di Rifondazione Comunista in maggioranza dal governo Parri nel 1946) e con D' Alema (che invece non aveva vinto le elezioni esattamente come nell'esperimento governativo Monti, Letta e Renzi). Ma già dopo il 1973, le strategie della Trilateral e il golpe cileno, E. Berlinguer aveva concepito il compromesso storico che, al di là dell'incontro tra le due grandi culture popolari del paese, cattolica e comunista, ha significato una bassa pratica di rapporto con le gerarchie ecclesiastiche più che con i cattolici vicini al movimento operaio, e la prassi politica dell'unità nazionale da cui i governi locali PCI-DC (le giunte anomale), con esclusione del PSI. Ciò ha determinato la successiva ascesa del craxismo, anziché l'alternativa di sinistra di programma e di governo, naturale sbocco ai movimenti tra i '60 e i '70, che in assenza di ciò hanno in parte preso la deriva armata o il riflusso nel privato (sempre Ingrao, Rossanda op. cit.). L'alleanza al centro non è una acquisizione recente del PD ma un antico riflesso dato dal fatto che il PCI-PdS-DS-PD ha sempre ritenuto possibile governare solo alleandosi al centro (forse come un antico retaggio dell'unità antifascista maturata durante la Resistenza), alimentando così prassi consociative che nella sanità hanno avuto particolare spazio.

Conseguentemente è venuta meno ogni strategia democratico partecipativa fondata sul decentramento istituzionale, da cui nascono le mega municipalità urbane, le mega ASL, la soppressione delle Province, lo svuotamento degli istituti di partecipazione democratica, complice la revisione di spesa (*shock economy*), sino alla figura del direttore generale delle ASL/ASO, il preside manager della "buona scuola" e le forme di presidenzialismo governativo in un processo di verticalizzazione autoritaria.

§ Crisi delle culture politiche italiane del servizio pubblico.

Il tramonto-sconfitta delle culture politiche cattolico democratica (con il solidarismo cristiano) e socialista-comunista (con l'egualitarismo di derivazione marxista) e l'antiautoritarismo del Sessantotto, con la profonda secolarizzazione della società anche attraverso la televisione e internet, hanno determinato una vera rivoluzione passiva, in senso gramsciano, dell'immaginario collettivo

ormai completamente colonizzato dal pensiero unico dominante del binomio denaro-potere. Il solidarismo cristiano e l'egualitarismo di derivazione marxista, pur con tutti i loro limiti e gli "effetti collaterali" indesiderati (in particolare il paternalismo, il moralismo, l'autoritarismo, l'antropocentrismo, un certo prometeismo e anche l'individualismo dei diritti), sono ormai al tramonto. Questi filoni di pensiero hanno dato però un senso comune ed un impulso a molte generazioni di operatori e pubblici amministratori in assenza, in Italia, di solidi orientamenti liberali (non liberisti) e di un'etica protestante. E infatti è soprattutto in campo etico (fine vita, aborto, contraccezione, donazione di organi, unioni civili) che si sente lo scarto con i paesi a capitalismo avanzato di cultura protestante. L'ambientalismo italiano si è limitato spesso a logiche NIMBY (*not in my back yard*: non nel mio giardino) con le lodevoli eccezioni dei referendum sul nucleare e sull'acqua entrambi di enorme portata sanitaria e le lotte dell'associazionismo ormai sbiadite. Mentre ci troviamo al paradosso tutto italiano di un protestantesimo senza cristianesimo (più Bocconiano che Manzoniano) incarnato dai nuovi manager pubblici e privati e da esponenti politici di tutti gli schieramenti, dimentichi che il protestantesimo senza valori cristiani è inaccettabile per la sua durezza.

§ Cosa accadrà ai servizi sanitari senza una cultura della cura condivisa e larga? Quell'"*I care*" di don Milani (56) che era l'esatto contrario del "me ne frego" fascista. Cosa accadrà senza la spinta egualitaria che quei servizi aveva prodotto in campo istituzionale attraverso la L. 180 del 1978 di Basaglia e la L. 194 del 1978 per la tutela sociale della maternità oltre che per l'interruzione volontaria di gravidanza? Norme che avevano fatto da corollario alla Riforma sanitaria dello stesso anno. Rimane il corporativismo delle professioni, il familismo amorale del "tengo famiglia" di E.C. Banfield (57): "massimizzare unicamente i vantaggi materiali di breve termine della propria famiglia nucleare, *supponendo che tutti gli altri si comportino allo stesso modo*". Rimane il conformismo culturale (rafforzato dalle derive autoritarie aziendali per cui intervenire liberamente sulla stampa in modo critico verso l'Azienda sanitaria se non si è sindacalisti o consiglieri comunali, può comportare il licenziamento o penalizzazioni sul lavoro). Corporativismo, familismo e conformismo stanno già minando dall'interno i servizi sanitari, la cui età media è sempre più alta e dove con il pensionamento seppure tardivo (per effetto della Legge Fornero) dei *baby boomers*, dietro di loro ci saranno solo precari o nessuno. Ma soprattutto nessuno a difendere la Riforma del 1978 o quel che ne rimane e il SSN.

§ In questo contesto il disagio esistenziale dei giovani medici di *Medici senza camice, pazienti senza pigiama* (58), pur ricalcando molto del disagio espresso dalla generazione del Sessantotto, con cui non aveva avuto nessuno scambio, (il che ci consola sulla bontà delle intuizioni ma ci

preoccupa al tempo stesso per la capacità camaleontica del sistema di non modificarsi e di rigenerarsi), non compensa il vuoto determinatosi in più di venti anni di assenza di lotte sociali e politiche in sanità. Cosa rimane delle lotte contro il potere accademico, contro il numero chiuso, per la trasformazione degli studi in medicina (come chiedeva G. Maccacaro), ora non solo dei medici ma anche delle neonate professioni sanitarie che sempre più rincorrono i medici come modello di potere corporativo: dall'abolire l'ordine dei medici siamo arrivati ai numerosi ordini professionali previsti dal Disegno di legge Renzi-Lorenzin. Dimenticando l'origine medievale, corporativa e fascista degli ordini professionali: qui il pensiero liberal democratico di derivazione anglosassone è largamente rimosso ma anche quello di un liberale come L. Einaudi. Mentre il numero chiuso è vissuto come il necessario scotto da pagare per entrare nelle caste sanitarie prima con la laurea poi con la specializzazione dimenticando che la selezione sociale e di classe opera a monte, sin dalla scuola e dalla famiglia, e non potendosi in ogni caso escludere irregolarità, illegittimità, illegalità e corrottele nel sistema informatizzato di selezione affidato completamente a ditte informatiche private che ormai rappresentano una nuova *lobby* e un potere occulto peraltro piuttosto costoso.

§ Quali culture, iniziative e lotte per un servizio sanitario pubblico?

Le possibili linee di iniziativa di un nuovo ciclo di lotte sociali non possono dunque prescindere da linee di pensiero radicale che, partendo dalla critica dell'economia politica, si manifestino anche in obiettivi "prefiguranti" e radicali che immaginino una trasformazione sociale della sanità in senso egualitario e democratico partecipativo. Se il Novecento e la sconfitta del pensiero radicale che ha portato alla costruzione del *welfare* in occidente pesano su di noi come macigni è necessario riflettere profondamente su quelle culture ed esperienze ripercorrendone a ritroso i sentieri sbagliati per ritrovare il percorso giusto.

§ In questo quadro è importante non cadere nel tranello della "revisione della spesa", degli "sprechi", dei "costi della corruzione" e da una malintesa interpretazione dell'"appropriatezza" (un inganno cognitivo e semantico che fa adottare il linguaggio dell'avversario rendendo culturalmente subalterni) che da una razionalizzazione dei costi sono sempre più taglio della spesa e quindi attacco al reddito/salario dei cittadini lavoratori (*ticket*, blocco dei CCNL, riduzioni salariali, blocco delle assunzioni, licenziamenti) a favore dell'evasione e di altri comparti di spesa (complesso militare industriale, grandi opere, interessi sui derivati, evasione della normativa europea e conseguenti costose sanzioni, adozione nazionale di norme europee costose ed inutili, ecc.). Sul rifiuto dei tagli alla spesa sanitaria le corporazioni e le Regioni sono spesso d'accordo ma poi le concordano: la vera divisione è su dove e come si reperiscono le risorse.

La spending review intesa come revisione della spesa va dunque dal punto di vista della critica dell'economia politica fatta non solo in sanità e comunque al netto del costo reale dei salari in sanità e nell'indotto, per non aggravare la crisi riducendo i consumi e impoverendo quindi quella enorme classe media che è la spina dorsale della democrazia ma che, con processi di proletarizzazione, diventa facile massa di manovra del populismo autoritario. No quindi ai tagli ma riconversione di risorse, anche senza aumento delle stesse, in una quadro di compromesso "garanzia del salario-posto di lavoro verso razionalizzazione-riconversione". Non si taglino posti letto o servizi senza prima aver creato strutture alternative (considerando che sia Francia che Germania hanno più posti letto per abitante dell'Italia e che non si sa quali possano essere i benefici del taglio dei posti letto come ci dimostra Cislighi (59) mentre sappiamo subito quali siano gli effetti negativi oppure non è dimostrato che i mega accorpamenti di ASL/ASO producano risparmi o miglioramenti di salute come prospetta M. Geddes (60). Nella consapevolezza che politiche neo keynesiane si attueranno difficilmente, anche da parte di governi "amici", in assenza di movimenti e conflitti sociali di orientamento teorico e prassi radicale. Non si pensa tanto all'"antagonismo" (che significa combattere per il raggiungimento di uno stesso obiettivo), ma all'essere alternativi negli obiettivi, nei contenuti e nelle forme di lotta come nella lezione di A. Capitini (61), D. Dolci (62): *"A chi obietta che finora nella storia non sono stati possibili cambiamenti strutturali con metodi nonviolenti, che non sono esistite rivoluzioni nonviolente, occorre rispondere con nuove sperimentazioni per cui sia evidente che quanto ancora non è esistito in modo compiuto, può esistere. Occorre promuovere una nuova storia"*; A. Langer (63), G. Fofi (64): *"Che fare? L'eterna domanda. Le mutazioni ci travolgono e cambiano il mondo senza quasi che ce ne accorgiamo. La politica è diventata pratica di occupazione delle istituzioni e dei luoghi di potere da parte di gruppi che si accusano vicendevolmente di corruzione... i movimenti nascono e muoiono velocissimamente e mandano i loro leader in parlamento... il terzo settore, il volontariato e le ong pensano al benessere proprio più che a quello di chi dovrebbero assistere... i media sporcano tutto ciò che toccano e aumentano la confusione e la dipendenza dal sistema...Dobbiamo ricominciare dai singoli e da piccole minoranze, da formiche pazienti e da asini testardi"* e dei già citati "maestri irregolari" (op. cit.). Inoltre, soprattutto nei servizi pubblici, scioperare stanca (come hanno osservato G.Grassi e T. Pipan) (65) ed è necessario reinventare e praticare nuove forme di lotta non ambigue che prefigurino un'idea di trasformazione democratica radicale della sanità: scioperi alla rovescia, autogestione, boicottaggio e autoriduzione del *ticket*, disobbedienza civile.

§ Il bilancio a tutti i livelli (Stato, Regioni, Comuni, ASL/ASO) deve diventare trasparente e partecipato (ricollegandosi alla campagna di Sbilanciamoci): quanto incidono i derivati e le

cartolarizzazioni – di cui gli Enti locali e le Regioni, anche di centro-sinistra, sono pieni come Report, l'Espresso hanno dimostrato e la recente denuncia della Corte dei conti che ha chiamato a pagare alti dirigenti dello stato e del Ministero dell'Economia e finanze? Quanto incide l'evasione fiscale (si pensi all'addizionale IRPEF)? Se gli economisti si interessano di sanità è bene che gli operatori sanitari e gli attivisti ritornino ad interessarsi di economia portandovi una visione di critica radicale. E' necessario rifiutare gli interventi che incidono sul reddito/salario come le assicurazioni integrative/sostitutive soprattutto pagate dal cittadino/lavoratore e i *ticket*, proponendo da subito un disegno di legge alternativo di riforma del fisco nella consapevolezza che la tematica fiscale ha ormai dimensioni internazionali. Non dimentichiamo che le assicurazioni sostitutive sono ormai parte integrante di molti CCNLL, come si è detto, compreso il metalmeccanico e che lo stesso parlamento se ne avvale.

§ Attenzione ai processi internazionali in sanità: dalla crisi in Grecia e Spagna allo smantellamento del NHS in Gran Bretagna, con legami e solidarietà agli operatori di quei paesi, creando una vera "internazionale della sanità": sindacati, social forum o esperienze come il People's Health Movement (66), soprattutto di fronte alle scadenze elettorali europee, alla libera circolazione dei capitali ma non degli esseri umani e la esternalizzazione internazionale di servizi, la loro fornitura da parte di privati, la delocalizzazione e il turismo sanitario, anche attraverso il trattato TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership) come ben illustrato da M. Bortolon (67).

§ Creare un nuovo metodo di gestione partecipativa delle ASL che, senza reintrodurre i Comitati di Gestione della L. 833/78, realizzi però modalità partecipative (consigli locali della sanità formati da sindaci/assessori alla sanità locali, OO.SS., associazioni dei cittadini e dei malati, consiglio dei sanitari). Si pensi che a Roma il sindaco nomina dei propri rappresentanti nelle ASL/ASO al di fuori di ogni criterio politico amministrativo, spesso per sola conoscenza personale. E' necessario contestare la figura anacronisticamente e pericolosamente monocratica del Direttore generale, semanticamente di derivazione ministeriale nella pubblica amministrazione ma con forte analogia nel privato, il *manager* che, come ci ricorda H. Bravermann (68), ha la stessa etimologia di "maneggio" (proprio nel senso di addomesticare il cavallo): *"Il verbo tu manage dal latino manus, significava all'origine addestrare un cavallo ad eseguire gli esercizi di manège. Man mano che il capitalismo crea una società nella quale si presume che nessuno rispetti altro che il proprio interesse, e si generalizza il contratto di lavoro tra le parti che hanno in comune solo l'impossibilità di fare a meno l'una dell'altra, il management diventa uno strumento sempre più sottile e perfezionato. La tradizione, il sentimento e l'orgoglio della propria professionalità svolgono un ruolo sempre più debole e sporadico, e vengono considerati da entrambe le parti come*

manifestazioni di una natura migliore cui sarebbe follia pensare di conformarsi. Come un trainer che usa le redini, la briglia, gli speroni, la carota e la frusta e l'addestramento fin dalla nascita per imporre la propria volontà, il capitalista compie ogni sforzo, mediante il management, per controllare. E questo controllo è proprio il concetto centrale di tutti i sistemi direttivi, come tutti i teorici della direzione aziendale hanno implicitamente o esplicitamente ammesso". Non essendo superabile una forma gerarchica nel pubblico sarebbe già un miglioramento la creazione di una carriera nazionale della Dirigenza amministrativa e medico-sanitaria contrattualizzata, con separate funzioni e ruoli, oltre la triade direttore generale, sanitario ed amministrativo, sul modello dell'Ecole National d'Administration (ENA) francese, con concorso pubblico nazionale sottratto allo *spoils system* (che invece la Lorenzin reintroduce surrettiziamente con l'albo nazionale dei direttori generali), con una ragionevole rotazione di sedi anche interregionale. E' necessario altresì prevedere un sostanziale ridimensionamento della retribuzione riallineandola e parametrandola a quanto previsto dai CCNNLL della sanità (la Bocconi e la FIASO, non a caso, propongono l'esatto contrario).

§ Riformare gli studi in medicina e delle professioni sanitarie attraverso l'istituzione di un biennio unico per i medici e le professioni sanitarie tutte senza numero chiuso e sbarramento al terzo anno (modello francese) con una armoniosa riforma delle scuole superiori: obbligo reale sino a 16 anni con programmi unici e poi solo pochi indirizzi in parte uguali e in parte differenziati per orientamento, perché la formazione scolastica è sempre meno adeguata agli studi universitari e i corsi di laurea per le professioni sanitarie dirottano i settori proletari del mondo giovanile attratti dalla possibilità di occupazione, sempre più effimera e precaria, più che dal tipo di lavoro di cura. Introdurre corsi di economia, sociologia, psicologia interfacoltà tramite gli ordinamenti e le cattedre esistenti. Riportare la formazione del medico di medicina generale nel sistema universitario attraverso una specifica scuola di specializzazione come nel dibattito aperto su *Saluteinternazionale.info* (69).

§ E' necessaria una vertenza nazionale per l'occupazione in sanità e contro il precariato come avvenne dopo il 1977 con le Leghe dei disoccupati e oggi con NIDIL (nuove identità di lavoro) - CGIL le Camere del lavoro autonomo e precario, e come ha fatto il comparto della scuola. E' necessario sbloccare il *turnover* al 100%, anche nelle Regioni in piano di rientro collegandolo alla vertenza per la revisione della Legge Fornero del sistema pensionistico, contro ogni meccanismo di prepensionamento tramite prestiti bancari o meccanismi assicurativi, e rivendicando per tutti il ritorno al sistema retributivo, il reddito di cittadinanza e il servizio civile. Infatti questa vertenza non può che porre al centro un modo diverso di lavorare, una diversa organizzazione dei servizi e del lavoro, partendo dalla presa in carico come nuova forma di prendersi cura dell'altro basato sulla

gentilezza come suggeriscono A. Phillips e B. Taylor (70): *“Un comportamento gentile viene dunque guardato con sospetto: le pubbliche dimostrazioni di bontà vengono liquidate come moralistiche e sentimentali. ... La gentilezza d'animo è vista o come una storia da copertina, o come una mancanza di vigore. Le icone popolari della solidarietà ...vengono o adorate come sante o malignamente smascherate come ipocrite. Si pensa: dare la priorità ai bisogni degli altri può anche essere degno di ammirazione, ma certo non è normale...Le grandi aspirazioni odierne sono l'indipendenza e la fiducia in se stessi. L'appartenenza reciproca è invece temuta e taciuta. È diventata uno dei grandi tabù della nostra società...La gentilezza è sempre un azzardo, perché si fonda sulla sensibilità nei confronti degli altri, sulla capacità di identificarsi con i loro piaceri e le loro sofferenze...La generosità, cioè la capacità di farsi carico della vulnerabilità degli altri e quindi anche della propria, è diventata un segno di debolezza...Oggi ci aspettiamo che la gentilezza possa riguardare solo il rapporto tra genitori e figli, in verità come qualcosa di consentito e obbligatorio....Potremmo anche fermarci a pensare cosa significhi fare il genitore in una società in cui la generosità viene occasionalmente apprezzata e implicitamente scoraggiata”*. Insomma capovolgendo il B. Brecht del *“Anche l'ira per l'ingiustizia fa roca la voce. Oh, noi che abbiamo voluto apprestare il terreno alla gentilezza, noi non si poté essere gentili”* (71).

Il lavoro sanitario è essenzialmente un lavoro di cura dell'altro e forse per questo negli ultimi anni si è visto un maggior numero di donne medico, mentre la prevalenza del genere femminile era già ampiamente presente tra infermieri e assistenti sociali. È quanto risulta da un'analisi della Fp Cgil Medici, condotta sugli ultimi dati ufficiali del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato: *“Un lavoro nel quale si evidenzia come, dal 2009 al 2014, i medici sono diminuiti di ben 5.689 unità (passando da 112.817 a 107.128) ma le donne medico nel Servizio sanitario nazionale sono aumentate di 2.242 (da 41.896 a 44.138)”*; anche se a ciò non corrispondono ruoli apicali e anzi aumenta la precarietà e minori retribuzioni. Tuttavia vi è una rapporto tra il lavoro dell'operatore socio-sanitario e la relazione di cura, basata sull'ascolto e l'empatia. Una filosofia della cura di se, del mondo, degli altri come propone Luigina Mortari (72): *“La cura è non è un sentimento o un'idea ma un atto, perché è qualcosa che si fa nel mondo in relazione con altri. E se – come sostiene Heidegger – gli esseri umani 'sono ciò che vanno facendo', allora si può dire che il modo di fare la cura rivela il modo di essere...Se la condizione umana fosse perfetta, di nulla avremmo bisogno. Invece l'essere umano manca di una forma compiuta. Il suo nascere coincide con il trovarsi sobbarcato del compito di dare forma, una forma buona, al tempo della sua vita...Ma cosa significa avere cura di sé? E prima ancora cosa s'intende per cura? Le parole nel tempo si sovraccaricano di tanti significati e, quando parlano alla nostra persona, risvegliano in noi sentimenti ed emozioni che finiscono per colorarle della nostra tonalità soggettiva. Seguendo il pensiero heideggeriano avere cura significa occuparsi e preoccuparsi di qualcosa nella forma del*

prendersi a cuore. Aver cura di sé significa dunque prendersi a cuore il proprio divenire per dare a esso la migliore forma possibile...Ma la cura di sé non basta. Noi siamo esseri relazionali, abbiamo cioè bisogno di quello che altri possono dare a noi. In quanto esseri mancanti di essere e intimamente relazionali abbiamo una ineludibile necessità di essere oggetti di azioni di cura. Proprio perché ciascuno ha necessità di cura è essenziale apprendere ad aver cura per gli altri. Aver cura per gli altri significa prendersi a cuore il mondo esperienziale dell'altro in modo da facilitare quanto più possibile la qualità della sua vita. C'è un aver cura che risponde al bisogno di favorire il pieno fiorire delle possibilità esistive dell'altro e l'aver cura come riparazione dell'essere ferito nella carne o nell'anima, è la cura che si declina come terapia".

§ Ragionare sul terreno culturale per contrapporre ad una crescita illimitata dei bisogni sanitari, spesso anche indotti (non dimenticando il paradosso di Mandeville nella favola delle api, op. cit. e il ruolo identitario che il consumo riveste nella società capitalista), una cultura della salute fondata sul limite, una "decrecita serena" (e non felice come erroneamente nella vulgata: sereno e felice non è lo stesso) come la definisce S. Latouche (73): *"Dove andiamo? Dritti contro un muro. Siamo a bordo di un bolide senza pilota, senza marcia indietro e senza freni, che sta andando a fracassarsi contro i limiti del pianeta...Far esplodere l'ipocrisia dei drogati del produttivismo...Sul piano teorico si dovrebbe parlare di a-crescita più che di de-crescita. In effetti si tratta proprio di abbandonare una fede, quella dell'economia, del progresso e dello sviluppo...dilatare il tempo non soggetto a vincoli e obblighi per permettere la realizzazione personale dei cittadini nella vita politica, privata e artistica, ma anche nel gioco o nella contemplazione, è la condizione indispensabile per la creazione di una nuova ricchezza...Oggi più che mai lo sviluppo sacrifica le popolazioni e il loro benessere concreto e locale sull'altare del «benavere» astratto, deterritorializzato...La parola d'ordine della decrecita ha soprattutto lo scopo di sottolineare con forza la necessità dell'abbandono dell'obiettivo della crescita illimitata, obiettivo il cui motore è essenzialmente la ricerca del profitto da parte dei detentori del capitale, con conseguenze disastrose per l'ambiente e dunque per l'umanità".* Non dimenticando comunque che i bisogni sanitari, così come altri bisogni umani, non sono certo confinabili nella categoria del "lusso" come li definisce Agnes Heller (74): *"Ma quali sono questi bisogni sociali reali? Il contenuto di tale categoria corrisponde in Marx essenzialmente al contenuto empirico o sociologico dei bisogni necessari. Che però, vogliamo metterlo in evidenza, è una media, e precisamente la media dei bisogni individuali (sviluppatasi storicamente, tramandati negli usi e con componenti morali). In verità si tratta di una categoria oggettiva: un dato uomo, di una data classe, di una determinata epoca, nasce in un sistema e in una gerarchia di bisogni precostituiti (anche se in evoluzione) dalle consuetudini, dalla morale delle generazioni precedenti e soprattutto dagli oggetti dei suoi bisogni.*

Egli introietta (a seconda della società) questo sistema, anche se in modo individuale. In nessun caso è però una struttura autonoma, “aleggiante” sopra i membri di una classe o di una società: bisogno del singolo è ciò che egli sa e sente come suo bisogno — egli non ha altri bisogni...Nessun prodotto o bisogno concreto possiede la proprietà di essere un prodotto o un bisogno di lusso. Ciò è determinato unicamente dal fatto che l’oggetto è posseduto o usato (e quindi è soddisfatto il corrispondente bisogno) dalla maggioranza della popolazione oppure solo da quella minoranza che rappresenta un livello più alto di potere d’acquisto, e ciò in seguito alla divisione sociale del lavoro. In seguito alla crescente produttività, come anche in seguito ai cambiamenti della struttura sociale, bisogni originariamente di lusso diventano bisogni necessari, senza alcuna modifica del loro aspetto qualitativo. (Può egualmente accadere il contrario. Già Marx ha notato che all’inizio del processo di riproduzione capitalistica in Inghilterra alcuni bisogni divennero bisogni di lusso.) Perciò io accetto questa concezione marxiana e penso si possa interpretare la categoria dei “bisogni di lusso” solo in senso economico...Nella presente analisi del problema non prenderemo in considerazione il carattere “immaginario” o quello “ingegnoso” degli “appetiti.” Tuttavia bisogni “immaginari” non esistono. Quali siano i bisogni “normali” e quali quelli “raffinati” (con accento negativo) dipende completamente dai valori coi quali definiamo la “normalità.” Però anche se cercassimo un criterio cosiddetto oggettivo potremmo solamente concludere che in ogni tempo sono “normali” quei bisogni che gli individui giudicano tali; “raffinati” o “innaturali”, invece, quelli riconosciuti tali dalla maggioranza degli uomini. Il concetto di bisogni “raffinati” è ambiguo anche in Marx. A volte egli intende i cosiddetti “bisogni di lusso”, che, come si è già accennato, sono interpretabili solo economicamente (in sede filosofica costituiscono un “gruppo di bisogni” irrilevante), mentre altrove essi definiscono l’“accumulazione” di uno specifico tipo di bisogni. Sono caratterizzati dal fatto che la tendenza alla loro soddisfazione non garantisce, bensì ostacola, l’espansione del mondo dei bisogni qualitativamente molteplici e ricco”.

L’appropriatezza non va vista come strumento per risparmiare: tra l’altro non è neanche vero, molti interventi appropriati ed *evidence based* sono costosi, vedi le vaccinazioni, il dispendioso farmaco contro l’epatite C e la procreazione medicalmente assistita, e non sempre bilanciati dall’abolizione di interventi inappropriati come i certificati di sana e robusta costituzione (assai poco costosi), un ripensamento critico sul “visitificio” e gli accertamenti diagnostici della sorveglianza sanitaria del D.lgs. 81/2008 soprattutto nella pubblica amministrazione, l’educazione continua in medicina (ECM), ormai un grande e costoso affare, la macchina burocratica amministrativa delle esternalizzazioni e degli accreditamenti, quella del contenzioso o della medicina difensiva. Comunque nessun intervento determina risparmio di cassa immediato se non il taglio dei costi del lavoro o i *ticket*. L’appropriatezza clinica, diagnostica, assistenziale e organizzativa è solo uno strumento per dare risposte sanitarie adeguate in base alle conoscenze scientifiche che variano nel

tempo: “l’intervento giusto, alla persona giusta, al momento giusto” (l’ulcera gastrica una volta si curava chirurgicamente ora con un antibiotico e questo senza bisogno di interventi normativi solo con il consenso della comunità scientifica). Ma soprattutto l’appropriatezza non va usata in modo paternalistico-autoritario, modalità sovente adottata da operatori che del solidarismo cristiano e dell’egualitarismo marxista hanno tenuto l’acqua sporca (l’autoritarismo, il moralismo) e buttato via il bambino.

Dunque si pone con forza il tema di una riconversione della sanità: il che vuol dire reinventare pratiche assistenziali, modalità organizzative del lavoro, dei consumi, della prevenzione, della sicurezza e degli stili di vita al lavoro che è ragionare sui tempi e le forme del lavoro clinico, di cura e di quello tecnico amministrativo. Anche in campo ambientale. Per esempio attraverso interventi sugli impianti e gli edifici (a quando un piano di fonti rinnovabili in tutte le strutture sanitarie, che invece hanno i riscaldamenti accesi e le finestre aperte in primavera spesso senza distinzione tra locali adibiti ai pazienti e locali adibiti agli operatori?), elettricità, rifiuti, alimentazione, sicurezza sul lavoro, convivialità, trasporti e il restauro, il riutilizzo e il riuso specialmente del patrimonio immobiliare in sanità. Una riconversione pacifista e nonviolenta, affinché i servizi di tesoreria siano tolti ai maggiori gruppi bancari portandoli nella finanza etica. Cosa che forse sarebbe bene pensare anche individualmente per ognuno, come forma di lotta, anche individuale verso gli istituti bancari e la finanza per spingerli a cambiare le loro politiche. E’ necessario un nuovo modello di sviluppo in sanità.

Una decrescita sì, ma serena, in campo sanitario basata su una ampia demedicalizzazione dei bisogni di salute (una rilettura moderna e attualizzata di I. Ilich) che non sempre sono bisogni di sanità e di medicina, ma sono bisogni sociali (reddito, casa, istruzione, trasporti), di prevenzione o assistenza oppure di relazione; vedi le esperienze brasiliane di terapia comunitaria di A. Barreto (74), una ipotesi di autogestione comunitaria operatori-utenti dei servizi sanitari: *“All’inizio 33 persone della favela venivano a chiedere medicine perché non riuscivano a dormire, perché stavano male. Siccome non avevo medicine da dare, mi sono messo ad ascoltare le loro preoccupazioni. E ascoltando mi sono accorto – e anche le ricerche l’hanno dimostrato – che l’88,5% erano sofferenze, non patologie. Mi sono reso conto che il più delle volte quello che facciamo noi medici è medicalizzare la sofferenza e ho percepito che era importante avere strumenti per la sofferenza degli altri. Così come per curare le patologie abbiamo a disposizione gli ospedali con tutti i macchinari, era necessario creare ambienti per accogliere anche questo dolore dell’anima e le sofferenze del quotidiano delle persone, senza medicalizzare la loro esistenza. Nacque lì la terapia comunitaria”*. In questo senso sembrano andare in direzione opposta, al di là della loro ambiguità, le esperienze e proposte di “mutualismo dal basso” che, al di là della gratuità (Emergency), sembrano proporsi come servizi sostitutivi identici a quelli del SSN che

casomai non ci sono o non funzionano, ma che potrebbero aprire la strada a forme assicurative e conseguente offerta assistenziale su cui la finanza ha già messo gli occhi da tempo. E' dunque necessaria una appropriatezza partecipata non separata da un ragionamento più generale sui consumi, sul cosa, perché e come produrre anche in sanità nell'ambito di una coscienza pacifista ed ambientalista collettiva: stili di vita collettivi e non colpevolizzazione individuale per fumo, alcool, alimentazione e attività fisica, tutta anglosassone, dimentica delle ragioni sociali che generano i comportamenti individuali ed estesa a rifiuti, mobilità, alimentazione, energia, ecc. Non si può essere infatti parsimoniosi in sanità e consumatori voraci in tutto il resto per alimentare l'economia e il PIL che andrebbe riproposto in altra forma (l'ISEW di J. Tobin) come via per una sanità ecologicamente e olisticamente sostenibile. Inoltre sulla sanità si scaricano, come un matraccio, tutte le contraddizioni che la società capitalista e neoliberale non sa o non vuole affrontare o risolvere: incidenti stradali, domestici e sul lavoro, violenza domestica e di genere, autolesionismo, suicidi, malattie respiratorie e tumori dovuti all'inquinamento atmosferico, al fumo e a lavori nocivi, dipendenze da sostanze psicoattive, disagi psicologici dovuti allo stress o a relazioni alienate, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate, emarginazione sociale, povertà, ecc. Come il pronto soccorso in ospedale, la sanità è simile ai vigili del fuoco: ci deve essere, e questo è un costo vivo non ammortizzato, perché con il pronto soccorso ci vuole radiologia, laboratorio di analisi, rianimazione, camere operatorie, degenza, ecc. e così i consultori, i servizi delle dipendenze, i centri di salute mentale, i servizi di neuropsichiatria infantile, ecc. ma non vorremmo che funzionasse mai o assai poco, in quanto fuori la società previene attivamente i danni per la salute che hanno cause sociali, nel lavoro, nella famiglia, nell'ambiente, agendo sui determinanti di salute ad inizi. E invece la società preferisce scaricare le proprie contraddizioni sulla riparazione, perché in fondo meno costosa e, ciò nonostante, ne vuole ridurre il costo. E' anche ora che gli operatori sanitari escano dal fortino assediato della difesa dai tagli alla spesa e chiedano conto ad altri, a economisti e politici, architetti, urbanisti, ingegneri, banchieri, alte cariche amministrative dello stato e delle regioni e ad altri settori dei loro errori e delle loro manchevolezze, sprechi, corruzione, mancata programmazione: casa, trasporti, agricoltura, ambiente, finanza pubblica, reddito, disoccupazione, che scaricano i loro costi e i loro profitti sulla salute dei cittadini e in ultima analisi sulla sanità.

La stessa difficoltà a superare la centralità dell'ospedale è principalmente economica e culturale: l'unico luogo dove il cittadino malato sa che troverà una qualche risposta ma anche luogo di estraneazione religioso-autoritario, non lontano dalle istituzioni totali descritte da E. Goffman (75): *“Le istituzioni totali nella nostra società possono essere raggruppate - grosso modo - in cinque categorie. Primo, le istituzioni nate a tutela di incapaci non pericolosi (istituti per ciechi, vecchi, orfani o indigenti). Secondo, luoghi istituiti a tutela di coloro che, incapaci di badare a se stessi,*

rappresentano un pericolo - anche se non intenzionale - per la comunità (sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici e lebbrosari) ...Dato che molti pazienti sono ansiosi di vedere il medico nel suo giro di visita, gli infermieri devono agire da mediatori fra i pazienti e il medico, qualora quest'ultimo non voglia farsi sopraffare da loro. Al reparto n. 30, sembra che al paziente senza sintomi fisici particolari che fosse caduto tanto in basso da non godere più alcun privilegio, non venisse mai permesso di rivolgere la parola al medico, se non era lo stesso dottor Baker a chiedere di lui. Il gruppo insistente, brontolone e delirante - che nel gergo degli infermieri era definito come «gli scocciatori», «le seccature» o «i cani da punta» - spesso tentava di passare oltre il sorvegliante-mediatore, ma quando qualcuno riusciva a farlo, veniva trattato piuttosto male". E sull'ospedale ci davano dettagliate indicazioni G. Bert et al. (72). Delle origini religioso-militari dell'ospedale d'altronde rimane ampia traccia nella terminologia: divise degli operatori (ma anche il pigiama dei pazienti è una "divisa" che evoca tristi ricordi), divisioni, reparti, medico di guardia, gerarchia rigida. Nonché fascino identitario per molti operatori. Questa cultura si è trasferita per osmosi al territorio, coniugandosi con la progressiva verticalizzazione autoritaria aziendale, mentre sarebbe dovuto avvenire il contrario. La medicina di iniziativa e del territorio, la continuità assistenziale, la cultura della prevenzione e della promozione della salute e infine il *chronic care model*, al contrario della cultura del pronto soccorso, devono liberarsi dell'eredità dell'ospedale, fondandosi più sulla presa in carico, impossibile però senza un passaggio "dalla cure alla care", dalla burocrazia alla gestione collettiva della salute. Gestione aperta alla critica del ruolo e dei poteri attraverso una dimensione sociale, portatrice di nuovi "lavori socialmente utili" (anche qui gli LSU sono una terminologia che l'avversario ha fatto propria snaturandola per piegarla ai propri fini), che superino il modello "badante"/voucher/privatizzazione/assicurazione. Infine sarebbe bene pensare ad una riconversione dell'ospedale, ma non per ridurre i costi, ma perché funziona relativamente bene per l'emergenza ma è superato per tutto il resto. In questo senso l'ospedale per "intensità di cure", o i "reparti a gestione infermieristica" sembrano pensati più a ridurre il lavoro medico in senso stretto, e quindi i suoi costi, salvo poi innescare una logica rincorsa salariale da parte degli infermieri, che si percepiscono sempre più come lavoratori intellettuali, mentre il modello gerarchico-autoritario rimane invariato con l'introduzione dell'Operatore socio-sanitario al posto del portantino/ausiliario: perché il problema è sempre come affrancarsi il più possibile dal lavoro manuale associato, ingiustamente, ad una dimensione servile e subalterna: chi pulisce, sposta e imbecca il malato? Per il *management* in fondo si tratta di sostituire, e non solo in ospedale, i medici costosi con altre figure, meno costose, ma ormai avviate ad una competizione retributiva e di ruolo nelle qualifiche dirigenziali che proliferano anche grazie ai CCNL, ma si riducono a causa della revisione della spesa e ai tagli, alle riorganizzazioni aziendali, diventando sempre più merce di scambio fidelizzante e che stratifica in maniera esponenziale la gerarchia.

Ma il nodo vero è sempre come trasformare l'ospedale, attraverso un diversa organizzazione del lavoro che ne superi la dimensione "fordista" e i suoi dispositivi biopolitici, in un luogo democratico per i pazienti e per chi vi lavora, che non si limita a "riaggiustare" il malato per poi reinserirlo (a volte abbandonarlo) nel sistema che ha prodotto, aggravato o trascurato la malattia.

In questo quadro devono modificarsi radicalmente le culture degli operatori sanitari e del medico, come ci ricorda sempre G. Cosmacini, che parla di "scomparsa del dottore" (77): *"...a partire dalla "rivoluzione terapeutica" innescata dall'avvento degli antibiotici e proseguita a tutt'oggi con le innumerevoli conquiste vantaggiose della tecnomedicina, il rapporto tra curanti e curati si è fatto via via sempre più tecnologico tendendo a sovrapporsi o addirittura a sostituire l'accostamento umano, umanologico, del medico al paziente. Si è aperta una nuova stagione, che è quella odierna. Le malattie non sono più quelle infettive, che i farmaci potevano guarire; sono quelle metabolico-involutive legate in gran parte al protrarsi della vita media. La tecnomedicina ha molto contribuito a questa maggior quantità di vita e al miglioramento della sua qualità. Ma le malattie con cui essa fa i conti sono oggi quelle cardiovascolari e tumorali, infarto, ictus, cancro, leucemie, e quelle neurodegenerative, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, Alzheimer, che talvolta non si possono (ancora) guarire, ma che si debbono (sempre) curare. Il medico d'oggi è certamente un tecnico; guai se non lo fosse. Però non può essere solo tale. La competenza tecnica è necessaria, ma non sufficiente. Egli può usare bene il computer, osservare protocolli e linee guida, fare buon uso di farmaci ed esami. Ma non può pensare che tutto ciò possa compensare l'eventuale mancanza del buon metodo clinico, basato anche sulla relazione di cura, sul rapporto interumano, interpersonale, tra la propria persona e la persona del malato. Il malato ha bisogno del medico della persona, tanto competente quanto disponibile, come lo era una volta, salvo eccezioni, "il dottore".* Ma la *Slow medicine*, al di là delle facili mode, è possibile se si avversa e modifica la *fast life* nelle aziende sanitarie e nella società. Vale lo stesso ragionamento dell'appropriatezza che non si può vedere separata da un lavoro sul consumo critico, così la *slow medicine* presuppone una organizzazione del lavoro lenta e amichevole, *slow and friendly*, partecipata, meno gerarchica, burocratica e autoritaria. Il medico è una figura spesso troppo affannata nel rincorrere fama e profitti tramite la libera professione intramoenia o extramuraria non per vanagloria, tranne rari casi, ma perché nella sua percezione di antica professione liberale si sente a torto o a ragione minacciato socialmente da altri professionisti: magistrati, giornalisti, commercialisti, avvocati, ecc. Anche della libera professione, istituto peraltro antico (i reparti solventi) va fatta però una lettura sempre tramite lo strumento della critica dell'economia politica: essa è infatti sia residuo della antica professione liberale ma per molti medici non sarebbe necessaria se il loro reddito non subisse la concorrenza in assoluto e relativa, come potere di acquisto, del doppio lavoro e dell'evasione fiscale da parte di troppi professionisti pubblici e non, attraverso l'aggiramento delle norme, a partire del DPR 3/1957

(statuto degli impiegati civili dello stato) che vieta il doppio lavoro. Su questa emulazione competitiva sono oggi, comprensibilmente, collocate le altre professioni sanitarie che copiano il cattivo esempio che i medici danno nel loro rapporto corporativo nei confronti della professione (ordini, dirigenza, libera professione). A questo si aggiunga la pervasività delle case farmaceutiche, forse oggi meno generose o più attente di un tempo, anche per ragioni di bilancio più che normative, ma sempre ben disposte verso prescrittori generosi se non privi di scrupoli come scrive M. Bobbio (78): *“...si verifica un conflitto di interessi quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario - la salute di un paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca - tende a essere influenzato da un interesse secondario come il guadagno economico o un vantaggio personale...Se un comportamento è eticamente discutibile, eppure giuridicamente corretto, dobbiamo accettarlo solo perché è diffuso? Non è il caso di stigmatizzarlo? E si deve accettare che il conflitto di interessi produca un'informazione inquinata o mendace? ...Alcuni esponenti delle associazioni scientifiche, a ogni insinuazione sull'integrità della categoria, affermano che i medici italiani prescrivono sempre secondo scienza e coscienza. Perché allora le industrie investono il 30 per cento del loro budget in propaganda se non rendesse più di quanto hanno investito?»*

§ Non dimentichiamo infine che il SSN ha appena trentacinque anni e il welfare poco più di cento e così come sono nati possono essere spazzati via. Per prima cosa, come si è detto, il SSN non può più essere il matraccio in cui finisce tutto ciò che nella società non funziona e non ci sarà alcuna possibilità di compensare le diseguaglianze in sanità se non si ripropone con forza il tema delle diseguaglianze nella società innanzitutto del reddito e della casa e in definitiva dei determinanti sociali di salute. Sarà per gli operatori sanitari come svuotare il mare con un cucchiaino e avranno sempre la colpa di non averlo fatto abbastanza o abbastanza bene a meno che non facciano loro la battaglia per il reddito: il loro reddito e quello degli altri cittadini che ne sono privi o lo hanno insufficiente o lo perdono. Se non sono solidali con e le lotte per la casa, i trasporti, l'ambiente, la pace e la riduzione delle spese militari in una prospettiva di nuova solidarietà sociale.

Inoltre parole d'ordine di importazione alla moda da altri paesi come la *clinical governance* o da altre regioni come le “Case della salute” non sono soluzioni taumaturgiche.

Si prenda l'ultima moda: le Case della salute. In un momento di gigantismo delle ASL (ormai la parola Unità sanitaria locale è solo sulla carta, benché per un certo periodo si sia usata la dizione Aziende USL) di fatto provinciali o sopra provinciali (ricordano il Medico provinciale o la Mutua, ma senza un medico a dirigerle, anzi la trazione è ormai principalmente giuridico-amministrativa ed economica) e con milioni di abitanti e i distretti da centinaia di migliaia di abitanti, siamo ben lontani dal modello territoriale decentrato previsto da G. Maccacaro e caro un tempo alla sinistra. I

distretti mutano secondo quanto previsto dalle varie riforme della sanità da grandi poliambulatori a “rappresentanza della committenza” distanti, entrambi, da quanto pensato da A. Ardigò. La Casa della salute, assai diversa dall’originale definizione di G. Maccacaro (79) come luogo di partecipazione nella USL in quanto sistema di piccole dimensioni, viene riproposta molti anni dopo in Toscana da B. Benigni (80), in realtà come risposta alle Aree vaste interprovinciali e alle Società della salute nel 2001. Durante il 2° governo di R. Prodi la ministra L. Turco, in una complessiva ormai storica carenza di elaborazione e proposta della sinistra al governo, torna a riproporle a livello nazionale. Saranno adottate poi, sperimentalmente e lentamente solo da Toscana ed Emilia, che però hanno un tessuto politico-sociale e servizi molto diffusi e articolati. Nel Lazio appare più come un piccolo servizio ambulatoriale integrato con i MMG, a compensare Distretti ed ASL giganteschi a sostituzione del vecchio Distretto socio-sanitario della L. 833/78, modellato un tempo su aree geografiche omogenee nella provincia o in quartieri prima e municipi poi nella città. Si può ripensare invece a ricreare USL come articolazioni di agenzie sanitarie provinciali in cui sono accentrate solo alcune funzioni (programmazione regionale, acquisti, concorsi) disegnate su territori omogenei geograficamente e orograficamente sostenibili in cui il distretto ritorni alla sua funzione di integrazione sociosanitaria e partecipazione su aree più ristrette?

Serve quindi un nuovo protagonismo degli operatori sanitari attraverso una diversa e alternativa ricerca culturale a partire dal pensiero critico radicale, che ponga al centro il reddito, la democrazia e una riconversione del proprio ruolo e delle proprie funzioni. Purtroppo le parole d’ordine alla moda, spesso scopiazzate da altri paesi e non più frutto di elaborazioni collettive e di pratiche sociali di lotta e impegno, anche se utili stimoli, non possono sostituire la ricerca nazionale e locale di una sanità solidale e democratica, armoniosa con il contesto europeo ma originale e coerente con l’art. 32 della Costituzione italiana.

Bibliografia

- 1) Giorgio Cosmacini, Storia della medicina e della sanità in Italia. Laterza, Bari 1994
- 2) Saverio Luzzi, Salute e sanità nell’Italia repubblicana. Donzelli, Roma 2004
- 3) K. Marx, Per la critica dell’economia politica. Quodlibet, Macerata 2010
- 4) C. Motta, Intervista a Massimo Cacciari. Il fascino degli intellettuali. Il mondo visto con gli occhiali della cultura. Aprile, 2015

- 5) Giovanni De Luna, La passione e la ragione, fonti e metodo dello storico contemporaneo. La nuova Italia, Firenze, 2001
- 6) Edoardo Turi, il mensile Aprile. Propedit, Roma luglio-agosto/settembre 2007
- 7) William Beveridge, Alle origini del welfare state. Il rapporto sulle assicurazioni sociali e i servizi assistenziali. Franco Angeli, Milano 2010
- 8) John Maynard Keynes, Sono un liberale? Ed altri scritti. Adelphi, Milano 2010
- 9) Eric Hobsbawn, Il secolo breve. Rizzoli, Milano 1995
- 10) Guido Viale, Il Sessantotto. Tra rivoluzione e restaurazione. Gabriele Mazzotta editore, Milano 1978
- 11) Giacomo Leopardi, Discorso sullo stato presente dei costumi degli Italiani. Feltrinelli, Milano 2007
- 12) Thomas Piketty, Il capitale nel XXI secolo. Bompiani, 2014
- 13) Gherardo Colombo, Sulle regole. Feltrinelli, Milano 2008
- 14) Transparency, www.transparency.it Corruption perception index 2015
- 15) Archibald Cochrane, L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina. Feltrinelli, Milano 1978
- 16) Giulio A. Maccacaro, Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Feltrinelli, Milano 1979
- 17) Achille Ardigò, Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, Milano 1997
- 18) Giovanni Berlinguer, Malaria urbana. Patologia delle metropoli. Feltrinelli, Milano 1976
- 19) Laura Conti, Questo pianeta. Editori Riuniti, Roma 1983
- 20) Franco Basaglia, Che cos'è la psichiatria? Feltrinelli, Milano; Franco Basaglia, L'istituzione negata. Feltrinelli, Milano
- 21) Giorgio Bert, Il medico immaginario e il malato per forza. Feltrinelli, Milano 1982
- 22) Marcello Cini, L'ape e l'architetto. paradigmi scientifici e materialismo storico. Feltrinelli, Milano 1976
- 23) Sidney Gordon, Ted Allan, Il bisturi e la spada. La storia del dottor Bethune. Feltrinelli, Milano 1969
- 24) Ivan Illich, Nemesi medica. L' espropriazione della salute. Boroli editore, Milano 2005
- 25) Raniero Panzieri, La crisi del movimento operaio. Scritti interventi lettere, 1956-1960. Lampugnani Nigri Editore, Milano 1973; Paolo Ferrero, a cura di, Un uomo di frontiera: Raniero Panzieri. Edizioni Punto Rosso, Torino 2014
- 26) Gerd-Rainer Horn, The spirit of the Vatican II. European progressive catholicism in the long sixties. Oxford, 2015
- 27) Dario Gentili, Italian theory. Dall'operaismo alla bio politica. Il Mulino, Bologna 2012

- 28) Ivan Cavicchi, *Salute nova. per una nuova teoria della salute, oltre il paradigma della tutela*. Cooperativa il manifesto anni '80, Roma 1986; *La nuova previsione. tecnologia, ambiente e salute*. Editori Riuniti, Roma 1990; *La rivolta dei minotauri*. Laterza, Bari 1995; *L'uomo inguaribile. Il significato della medicina*. Editori Riuniti, Roma 1998; *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*. Bollati Boringhieri, Torino 2004; *Malati e governatori. Un libro rosso per il diritto alla salute*. Edizioni Dedalo, Bari 2006; *Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica*. Edizioni Dedalo, Bari 2007
- 29) Paolo Vineis, *Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione*. Codice, Torino 2014
- 30) Max Weber, *Il lavoro intellettuale come professione*. Einaudi, Torino 1967
- 31) Bernard de Mandeville, *La favola delle api*. Laterza, Bari 2011
- 32) Herbert Marcuse, *L'uomo a una dimensione*. Einaudi
- 33) Theodor Adorno, *Minima moralia. Meditazioni sulla vita offesa*. Einaudi, Torino 1994
- 34) J. Habermas, *Eppure non sono un pessimista*. Castelvechi, Roma 2013
- 35) Pier Paolo Pasolini, *Scritti corsari*. Garzanti, Milano 1975
- 36) Etienne de La Boétie, *Discorso sulla servitù volontaria*; in Sharp, *Politica dell'azione nonviolenta*. Edizioni Gruppo Abele, Torino 1985
- 37) Gustavo Zagrebelsky, *Quel mostro antico e nuovo che distrugge la democrazia*. La Repubblica, 2013
- 38) Zigmud Bauman, *Modus vivendi. Inferno e utopia del mondo liquido*. Laterza, Bari 2008
- 39) Naomi Klein, *Shock economy*. Rizzoli, Milano 2007
- 40) Luciano Gallino, *Il colpo di stato di banche governi. L'attacco alla democrazia in Europa*. Einaudi, Torino, 2013; *Finanzcapitalismo. La civiltà del denaro in crisi*. Torino, Einaudi 2011
- 41) Pietro Ingrao, *Masse e potere*. Editori Riuniti, Roma 1977; *Crisi e terza via*. Editori Riuniti, Roma 1978
- 42) AA.VV. *Il manifesto, quaderno n.8 Atti del Convegno Potere e opposizione nelle società post-rivoluzionarie. Una discussione nella sinistra*. Alfani Editore, Roma 1978
- 43) Carlo Levi, *L'orologio*. Einaudi, Torino 1989
- 44) Pietro Ingrao, Rossana Rossanda, *Appuntamenti di fine secolo. manifesto libri*, Roma 1995
- 45) Giovanni De Luna, *Le ragioni di un decennio. 1969-1979. Militanza, violenza, sconfitta, memoria*, Feltrinelli, Milano 2009
- 46) Filippo La Porta, *Maestri irregolari: una lezione per il nostro presente*. Bollati Boringhieri, Torino 2007
- 47) Paul Ricoeur, *Dell'interpretazione. Saggio su Freud. Il Melangolo*, Genova 1991
- 48) John Holloway, *Cambiare il mondo senza prendere il potere. Il significato della rivoluzione oggi*. 2004

- 49) James Hillman, Il potere. Rizzoli, Milano 2002
- 50) George Lapassade, L'etnosociologia. Franco Angeli, Roma 2009
- 51) Renato Curcio, Marita Pretet, Nicola Valentino, La socioanalisi narrativa. Edizioni Sensibili alle foglie, Roma 2012
- 51) Laura Pennacchi, Lo stato sociale del futuro. Pensioni, equità, cittadinanza. Donzelli Editore, Roma 1997
- 52) Giovanni Moro, Contro il no profit. Laterza, Bari 2014
- 53) Adriano Olivetti, Ai Lavoratori. Edizioni di Comunità, Ivrea 2012
- 54) Rodolfo Morandi, La democrazia del socialismo. Reprint Einaudi, Torino 1975
- 55) Lelio Basso, Neocapitalismo e sinistra europea. Laterza, Bari 1969
- 56) Don Lorenzo Milani, Lettere ad una professoressa. Scuola di Barbiana. Libreria Editrice Fiorentina, Firenze 1976
- 57) Edward C. Banfield, Le basi morali di una società arretrata. Il Mulino, Bologna 1976
- 58) AA.VV. Medici senza camice. Pazienti senza pigiama. Socioanalisi narrativa dell'istituzione medica. Edizioni Sensibili alle foglie, Roma 2013
- 59) Cislighi et al. AGENAS, I dati sulla ospedalità italiana oggi. 7° Forum Risk Management e sanità, 2012
- 60) Marco Geddes in Salute internazionale.info, Gli accorpamenti sanitari sono efficaci? 2014
- 61) Aldo Capitini, Elementi di un'esperienza religiosa. Laterza, Bari 1937; Il potere di tutti. La Nuova Italia, Firenze 1969; La non violenza oggi. Edizioni di comunità, Milano 1962
- 62) Danilo Dolci, Una rivoluzione nonviolenta. Terre di mezzo, Milano 2007
- 63) www.alexanderlanger.org/it; G. Allegrini, G. Ciuffreda, E. Rabini, G. Tamino (a cura di), Una vita più semplice. Biografia e parole di Alexander Langer. Terre di mezzo-Altraeconomia Editore, Milano 2005
- 64) Goffredo Fofi, Da pochi a pochi. Appunti di sopravvivenza. Milano, Elèuthera 2006
- 65) Giovanni Grassi, Scioperare stanca. Una tesi sulle forme di lotta nella società dei servizi. Adda, Roma 1986 ; Tatiana Pipan, Sciopero contro l'utente. La metamorfosi del conflitto industriale. Bollati Boringhieri, Torino 1989
- 66) <http://www.phmovement.org/en>
- 67) Matteo Bortolon, La gabbia dei trattati. Dissensi Edizioni, Viareggio (LU) 2015
- 68) Harry Braverman, Lavoro e capitale monopolistico". Einaudi, Torino 1978
- 69) Gruppo Medicina Generale RIISG: Laura Cuccuru, Viviana Forte, Gianluca Marini, Alessandro Mereu, Agostino Panajia, Nicola Pecora, Giovanni Volpe in Salute internazionale.info Il percorso di formazione specifica in medicina generale in Italia. 2016
- 70) Adam Phillips, Barbara Taylor, Elogio della gentilezza. Ponte alle Grazie, Milano 2009

- 71) Bertold Brecht, A coloro che verranno in Poesie. Einaudi, Torino
- 72) Luigina Mortari, Filosofia della cura. Raffaello Cortina Editore, Milano 2015
- 73) Serge Latouche, Breve trattato sulla decrescita serena. Bollati Boringhieri, Milano 2008
- 74) Agnes Heller, La teoria dei bisogni in Marx. Feltrinelli Editore, Milano 1978
- 75) Adalberto Barreto, in Medici senza camice, Università popolare della salute, Roma 2015
- 76) Ervin Goffman, Asylusms. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione della violenza. Einaudi, Torino 2010; G. Bert, A Del Favero, M. Gaglio, G Jervis, R. Rozzi, M. Viviani, I diritti del malato. Guida critica alla conoscenza e all'uso dell'ospedale civile. Feltrinelli, Milano 1975
- 77) Giorgio Cosmacini, Il mestiere di medico. Storia di una professione. Raffaello Cortina Editore, Milano 2000; La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di una estinzione. Raffaello Cortina Editore, Milano 2013
- 78) Marco Bobbio, Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Einaudi, Torino 2004
- 79) Giulio A. Maccacaro op. cit.
- 80) Bruno Benigni, La Casa della salute, ovvero La salute è di casa: Nuova infrastruttura del welfare italiano, Roma, Liberetà, 2010