



Ambulatorio Medico Popolare



ZONA 30

Sembra ieri... ma è molto peggio!

Riflessioni a trent'anni dall'apertura
dell'Ambulatorio Medico Popolare di Milano

CHIUDERE IL PRIMA POSSIBILE

“Chiudere il prima possibile”. È con questo intento che, una primavera di trent'anni fa, abbiamo dato vita al progetto dell'Ambulatorio Medico Popolare: uno spazio dove produrre informazione e organizzare lotte sul diritto alla salute, ma anche un luogo dove – e da subito – poter dare una risposta concreta a chi, migrante senza permesso di soggiorno, non aveva alcuna possibilità di curarsi.

La scommessa iniziale non è stata vinta. A oggi, per la sempre maggiore privatizzazione della sanità, anche molti italiani/e e persone marginalizzate o svantaggiate non riescono più ad accedere a quel poco che rimane della sanità pubblica.

La situazione è stata ulteriormente aggravata dall'introduzione, negli anni, di misure che hanno progressivamente ristretto una serie di diritti – per esempio quello all'abitare, ma pensiamo anche al mondo del lavoro – e dal conseguente impoverimento generalizzato.

Dopo trent'anni, prendiamo atto che minime e parziali conquiste, peraltro non uniformi da regione a regione, riguardanti l'accesso alle cure si sono accompagnate a un inasprimento delle misure repressive, l'istituzione di strutture lager come i centri di permanenza per il rimpatrio (CPR, ex centri di identificazione ed espulsione), in cui le persone migranti senza permesso di soggiorno vengono sottoposte a un regime di privazione della libertà personale solo per avere violato una disposizione amministrativa. Istituiti con la legge Turco-Napolitano del 1998, ci ritroviamo ancora a dovere manifestare a gran voce la loro chiusura.

D'altra parte, le trasformazioni subite negli ultimi anni dal servizio sanitario nazionale (SSN) hanno generato un servizio pubblico che risponde a logiche di profitto, gestionali e aziendali prima che alla domanda di salute. In questo panorama, non trovano spazio le politiche di prevenzione e di diritto alla salute, e si assiste a un progressivo smantellamento delle strutture ospedaliere pubbliche e poliambulatoriali territoriali, alla riduzione significativa della medicina territoriale e di servizi socioassistenziali, con il dirottamento di queste mansioni a strutture private. La pandemia ha evidenziato storture e contraddizioni già in atto: le disuguaglianze sociali e nell'accesso alle cure sono sempre più evidenti, con infinite liste d'attesa, ospedali in affanno senza medici e in condizioni lavorative precarie e malpagate, e pazienti che si riversano nella medicina d'urgenza.

Con lo sguardo rivolto ai possibili scenari futuri e alla capacità di risposte collettive che sapremo dare, in occasione del trentesimo compleanno, con questo documento l'AMP vuole ripercorrere la sua storia e dare una sua lettura del contemporaneo.

Ambulatorio Medico Popolare, ottobre 2024

ZONA 30

Nel 1993 la Lega Nord vince le elezioni a Milano. Un'affollatissima assemblea cittadina al teatro dell'Elfo lancia la battaglia per i diritti negati come risposta immediata alla propaganda xenofoba. Un corposo gruppo di lavoro (sindacati di base, centri sociali, collettivi, compagni*, medici, infermier*) comincia ad elaborare un progetto di Ambulatorio Popolare. **Il progetto si concretizzerà nel 1994**, a giugno, dopo un anno di studio, confronto e discussione, con l'apertura dell'Ambulatorio in alcuni locali della Casa Occupata di via Dei Transiti 28.

Durante i primi 25 anni, l'attività l'AMP si è intrecciata con due problematiche principali:

- **Il susseguirsi di normative sempre più repressive nei confronti della popolazione migrante irregolare.** L'Ambulatorio ha preso parte a tutte le battaglie locali e nazionali a fianco dei migranti per la rivendicazione delle loro libertà e diritti.

- **Il progressivo smantellamento della sanità pubblica, che ha avuto il suo esordio in Lombardia nel 1998** con l'approvazione della legge sanitaria regionale Borsani ed è proseguito inarrestabile, sempre con la Lombardia come apripista di sperimentazioni peggiorative (impoverimento dei consultori, sperimentazione di "gestione dei cronici", e così via fino all'autonomia differenziata regionale).

Le tappe dettagliate di questo lungo percorso sono state ben riassunte in occasione del 25° anniversario di attività dell'AMP e possono essere ripercorse sul [nostro sito](#).



Nel 2018 l'AMP partecipa alla campagna contro la riforma del "gestore" varata da Regione Lombardia, che introduce significativi cambiamenti nella gestione dei malati cronici (circa 3.500.000 in Lombardia) con lo scopo dichiarato di semplificare l'accesso alle cure per queste persone. Dal gestore, verrebbe proposto un piano assistenziale individualizzato (PAI). Un'operazione dagli obiettivi apparentemente nobili, ma naturalmente colma di insidie e facili assist per il passaggio di risorse da pubblico a privato.

Nel 2020 la pandemia da COVID 19 e la sua sciagurata gestione mettono in evidenza le criticità e le problematiche dovute allo smantellamento del sistema sanitario, che come AMP abbiamo sempre denunciato e combattuto.

Queste sono le attività con cui ci siamo confrontati in questi ultimi cinque anni:

2020

Con lo scoppio della pandemia, l'AMP, insieme ad abitanti della casa occupata, al COA T28 e ad abitanti solidali del quartiere, dà vita al **gruppo di azione solidale "Roma"** (dedicato alla memoria di Raffaele, detto Roma, instancabile animatore delle attività del Telefono Viola che, purtroppo, ci ha lasciato nel 2013), organizzando recupero e distribuzione di cibo e beni di prima necessità per dare sostegno a chi è in difficoltà a causa delle misure di quarantena.

Per tutto il periodo del COVID-19, l'AMP non ha mai chiuso la sua attività, riuscendo a garantire le visite ambulatoriali ai propri pazienti e a svolgere un ruolo di riferimento e informazione anche per abitanti del quartiere rimasti privi di assistenza sanitaria.

2021

Dopo il primo lockdown e le contraddizioni esplose a causa della pandemia, **l'AMP lancia la campagna "Vogliamo tutto": quando c'è TUTTO, c'è la salute!** Abbiamo voluto rovesciare il luogo comune: solo quando ci sono tutte le condizioni di una vita buona, possiamo essere davvero in salute. L'AMP propone un percorso per riflettere in modo critico su quali sono – o meglio, dovrebbero – essere queste condizioni:

- Cure e accesso alle cure
- Politiche sanitarie e sicurezza
- Casa
- Ambiente
- Rispetto della fragilità
- Dignità e rispetto
- Lavoro e reddito universale
- Cultura
- Cibo.



2022

Nasce SPORE, rete di sportelli salute milanesi: un percorso di conoscenza e condivisione collettiva, scambio di pratiche. La rete collabora su mappature di servizi e sportelli, formazione per il personale sanitario e accogliente, campagne comuni su cura e salute.

Un altro percorso, la Rete Tanta Salute, si occupa principalmente della redazione di un bollettino dove vengono divulgate notizie su campagne sulle questioni sanitarie e casi di denuncia di malasanità. È composta da operatori sanitari e non, gruppi che si occupano di salute, singoli/e che insieme promuovono iniziative a favore e per il mantenimento di una sanità pubblica.

2023

L'AMP partecipa all'organizzazione della tappa milanese del "Mafapo tour" delle madri colombiane per la verità e giustizia contro i crimini di stato in Colombia.

2024

L'AMP festeggia i suoi trent'anni con un ciclo di tre incontri su disuguaglianze sociali e accesso alle cure, andando a toccare:

- la battaglia sulle liste d'attesa, • la situazione della medicina d'urgenza, • la medicina territoriale, • le differenze nell'accesso alle cure per classe e genere, con un focus su persone migranti e persone detenute.

Viene proiettato al Cinema Beltrade il docufilm "AMP. Note per una pratica di autogestione", scritto e diretto da Chiara Campara e Vittoria Soddu, che nel 2021 hanno deciso di raccontare, attraverso un film, la nostra esperienza.

L'AMP aderisce al Coordinamento Lombardo degli sportelli che si attivano in tutta la regione per dare supporto contro le tempistiche delle liste d'attesa per le visite specialistiche.



DARE UN SIGNIFICATO CONCRETO ALLA PAROLA “AUTOGESTIONE”

Sin dalla sua nascita, l'AMP ha scelto l'autogestione come pratica politica.

Trent'anni dopo, almeno nel contesto milanese, il volontariato più strutturato (associazioni, ONG) ha assunto un ruolo preponderante non solo a livello di pratiche individuali e collettive, ma anche di relazione con i servizi sanitari. Allo stesso tempo, altre esperienze di ambulatori popolari e cliniche sociali stanno nascendo in uno scenario storico, politico e sociale che è profondamente diverso da quello in cui è nato l'AMP.

Lungi dal dare un giudizio rispetto ad altre esperienze e modalità di praticare un modello diverso di sanità e salute, proviamo a chiederci il senso che ha, ancora, la parola “autogestione”.

La pratica dell'autogestione è in controtendenza con quanto vediamo nella società, dove siamo immersi in forme organizzative di tipo piramidale e gerarchico: questo accade a più livelli, ma in particolar modo nella sfera lavorativa.

All'interno dell'AMP rivendichiamo di essere un gruppo di persone che stanno insieme, che hanno una visione politica della salute e della cura e che si autogestiscono. Praticando l'autogestione, siamo in grado di creare una situazione orizzontale, non gerarchica, che va oltre il ruolo, dove abbiamo tutte e tutti uno stesso fine che è politico, perché ancora consideriamo la salute e la cura come questioni politiche.

Anche quando le cose non vanno come vorremmo, abbiamo la sensazione di avere a fianco delle persone insieme alle quali stiamo lottando – al contrario di situazioni, ad esempio lavorative, che creano solitudine. Anche se abbiamo un raggio d'azione limitato rispetto a organizzazioni più strutturate, ci sentiamo meno sole e soli, perché pratichiamo una risoluzione collettiva dei problemi.

La presa di responsabilità e di cura di un intero posto (la gestione dello sportello, la partecipazione alle assemblee, la cura dello spazio, e così via) non è scontata, e spesso è difficilmente compatibile con i ritmi di lavoro e di vita odierni. Diamo significato a questa pratica ogni volta che scegliamo di essere parte e agire nel collettivo, accettandone l'orizzontalità e ricordandoci che il nostro fine politico è più importante delle nostre differenze. L'autogestione è inscindibile dall'essere un collettivo: si basa sul conoscersi, sul decidere di stare sullo stesso piano,

parlarsi, confrontarsi, ascoltarsi, smettere di essere mera individualità. **Fare parte di un gruppo autogestito è una decisione che prendiamo non solo tutte le volte che ci troviamo in assemblea, ma diventa una pratica quotidiana, che ci ricorda di essere parte di qualcosa.**

Rivendicare la dimensione collettiva dell'autogestione è un atto di rottura con una società che ti spinge a essere individuo, e con un sistema medico prestazionale e competitivo. Avere la possibilità di dare una risposta collettiva a dei problemi o delle situazioni è una cosa sempre più rara; nelle altre sfere delle nostre vite, spesso, le risposte sono individuali, e di queste ci addossiamo tutto il peso.

L'individualismo a cui la società ci spinge è quello che ci porta a doverci sentire "perfetti" in tutti gli ambiti delle nostre vite: cosa in cui, spesso, non riusciamo – e da questo deriva un senso di inadeguatezza e fallimento che è pervasivo a livello sociale. La collettività dovrebbe essere una risorsa, ma viene fatta percepire come un limite.

Questo nostro posizionamento ci permette di stare su una sorta di confine, di autogestirci anche al di fuori delle istituzioni: ci permette di stare a fianco di chi è marginalizzato, di vedere come il sistema crea sempre più ineguaglianze e quali sono gli ingranaggi su cui incidere per scardinarlo.

Questo posizionamento significa anche scegliere, prendendo delle decisioni per fare quello che riteniamo giusto. Allo stesso tempo, proviamo a trasmettere l'orizzontalità che costruiamo nel collettivo a chi si rivolge all'AMP.

Stare al di fuori delle istituzioni può rappresentare un'esclusione da tanti punti di vista, ma allo stesso tempo ci dà un grande spazio di riflessione politica, perché vediamo cose che non vedremmo in un altro modo – sia come vive chi è più marginalizzato, sia dove sono le falle del sistema. È al contempo uno spazio di conoscenza e uno spazio di libertà.

A volte le nostre scelte per una dimensione collettiva e autogestita ci fanno sentire una minoranza.

Dovremmo smettere di considerarci tali e iniziare a considerarci una alterità. Vogliamo continuare a essere uno spazio "altro" di salute, dove pratichiamo una orizzontalità tra di noi, dove facciamo attività sanitaria in assenza di gerarchie e fuori dalle logiche di profitto, dove ci prendiamo il tempo per parlare con le persone, costruendo anche una empatia nella relazione di cura.



ACCESSO ALLE CURE E MEDICINA DI CLASSE

Le scelte politiche in materia sanitaria hanno conseguenze in termini di cure mancate e/o inadeguate. Di fatto, l'accesso alle cure risulta sempre meno "universale" per il meccanismo combinato di liste di attesa lunghissime, che spesso lasciano come unica opzione la scelta di una prestazione a pagamento, e la necessità, anche nel servizio pubblico, di pagare ticket costosi per prestazioni diagnostiche e per la terapia farmacologica. Ogni anno, numerose persone rinunciano a cure essenziali per motivi economici. L'aspetto più preoccupante è che la negazione dell'accesso alle cure, che circa trent'anni fa riguardava gli ultimissimi della scala sociale, si sta estendendo a fette sempre più ampie della popolazione.

Dall'introduzione della Riforma Sanitaria del 1978 – in realtà mai applicata completamente, ma che aveva come obiettivo principale la cura – le scelte politiche sono state guidate da una filosofia sempre più orientata al liberismo e fondata sulla ricerca del profitto come obiettivo finale, anche attraverso un sempre maggiore coinvolgimento dei privati. All'interno di una sanità regionalizzata, la Lombardia ha praticato le politiche più liberiste, orientate verso la progressiva privatizzazione e aziendalizzazione del sistema sanitario.

La divaricazione di queste due prospettive – cura da una parte e profitto

dall'altra – ha delle conseguenze sia in termini di finanziamento, sia in termini di programmazione.

Nella prospettiva della cura, l'unico limite ai finanziamenti risulterebbe legato alle disponibilità economiche, che potrebbero aumentare attraverso una tassazione dei redditi più elevati, o impiegando fondi destinati ad altro (ad esempio, quelli disposti per la costruzione e gestione dei nuovi lager per migranti in Albania, o quelli riservati agli armamenti). **La centralità del profitto, invece, ha portato al definanziamento di strutture e prestazioni non remunerative.** In questo senso, si inquadra il progressivo svuotamento e smantellamento di alcune strutture della medicina territoriale, come i consultori familiari, i centri psico-sociali (CPS), i Nuclei Operativi Alcolologia (NOA), le Unità Operative di Neuro-psichiatria Infanzia e Adolescenza (UONPIA), i Centri Malattie a Trasmissione Sessuale (CMTS), e altre strutture che sono di supporto alla persona, ma senza potenzialità remunerativa.

Lo smantellamento progressivo di queste strutture ha determinato una prima limitazione delle attività che ha preceduto la chiusura vera e propria. La possibilità di lavorare in équipe all'interno dei CPS attraverso la collaborazione di diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) non solo non esiste più, ma il personale sanitario, spesso limitato alla figura del solo psichiatra, è costretto a fare numerosi colloqui consecutivi, tenendo in considerazione anche il minutaggio del colloquio stesso.

Nei consultori familiari dove, in passato, per un periodo molto breve è stato possibile ottenere gratuitamente dei sistemi contraccettivi, assistiamo spesso alla presenza di uno specialista ginecologo "a gettone" per un numero di ore settimanali prestabilito.

Anche all'interno degli ospedali, la centralità del profitto nelle politiche sanitarie ha portato al taglio di posti letto nelle Medicine, mentre sono stati mantenuti i posti letto nei reparti di chirurgia o di altre specialità a elevato profitto. In realtà, osservando gli accessi nei Pronto Soccorso (PS), si evidenzia che il bisogno maggiore di cura riguarda la Medicina Interna, mentre il numero di accessi per le problematiche di competenza chirurgica risultano molto meno numerosi. Da questo deriva anche il fatto che la maggior parte dei pazienti che stazionano lungamente nei PS o nelle Aree di Osservazione, prima di trovare un posto letto, sono portatori di patologie di competenza della Medicina Interna.

L'assenza di programmazione, caratteristica di una filosofia politica liberista dove le leggi di mercato devono guidare le scelte politiche anche per ciò che concerne la salute, limitando al minimo interventi di regolamentazione, ha portato ad una situazione per cui, nell'arco di quarant'anni, si è passati da un eccesso di laureati/e in Medicina ad avere una carenza di medici. Risulta difficile pensare che, a cavallo tra gli anni Ottanta e Novanta, molti medici erano costretti ad una condizione di disoccupazione o di precarietà lavorativa nei primi anni dopo la laurea, mentre ora alcuni concorsi vanno quasi deserti – soprattutto per quelle attività, come la Medicina d'Urgenza, particolarmente usuranti dal punto di vista lavorativo. L'assenza di programmazione nelle politiche liberiste sulla sanità, però, non riguarda solo il numero dei sanitari, ma anche il numero di prestazioni, di strutture e posti letto.

Alla base di un sistema che pone la cura come obiettivo principale, una programmazione dovrebbe partire dai bisogni di salute della popolazione. In realtà, la domanda di salute non viene presa in considerazione per programmare il numero dei posti letto negli ospedali, né il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali: a contare, nella programmazione delle politiche sanitarie, è soprattutto il profitto dell'azienda ospedaliera pubblica che, nel tempo, è diventata sempre più simile alle strutture private. Allo stesso tempo, le aziende private hanno acquistato sempre più spazio e potere in sanità, sotto la spinta di un'ideologia liberista che vede nella concorrenza tra pubblico e privato – peraltro sleale, visto che sia le modalità di assunzione del personale, sia le modalità di acquisto di apparecchiature sanitarie favoriscono i privati – una fonte di miglioramento delle prestazioni.

In realtà, a nostro avviso, un sistema sanitario efficace ed efficiente non può avere costo zero e deve esser finanziato attraverso la tassazione progressiva sulla base del reddito, dovendo rappresentare una modalità di redistribuzione delle risorse attraverso un accesso alle cure uguale per tutti.

Attualmente, la situazione sta svoltando verso una medicina di classe, dove chi non ha risorse ha sempre più difficoltà ad accedere alle cure.

Un particolare commento rispetto l'assenza di programmazione a partire dai bisogni di cura merita la figura ambigua dei medici di Medicina Generale (MMG). Questi sono liberi professionisti, retribuiti però in base al

numero di assistiti e non al numero di prestazioni effettuate in studio o al domicilio, favorendo così massimalisti con orari di apertura limitati, invece che professionisti con meno assistiti ma più attivi nelle visite in studio o al domicilio. Di fatto, prima ancora della vera e propria crisi numerica, negli ultimi anni abbiamo assistito a uno svuotamento progressivo della figura del MMG con un sempre maggiore affidamento di ogni problematica clinica alla medicina specialistica all'interno delle strutture ospedaliere, limitandosi spesso il suo ruolo a una attività prevalentemente prescrittiva. Le tanto decantate Case di Comunità, che avrebbero dovuto rappresentare un contributo importante alla sanità territoriale, sono servite solo a tagliare nastri, mentre il contributo nell'offerta di salute risulta risibile. **Lo svuotamento del ruolo del MMG, assieme al collasso della restante medicina territoriale, ha avuto come conseguenza sia l'affollamento dei PS per accessi inappropriati, sia l'incremento delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche. A sua volta, l'incremento delle liste di attesa gioca senza dubbio un ruolo nell'aumento degli accessi impropri al PS.**

È chiaro come la lunghezza delle liste di attesa per ottenere prestazioni di medicina specialistica con la sanità pubblica rappresenta una conseguenza diretta sia del de-finanziamento, sia della mancanza di programmazione a partire dai bisogni di salute della popolazione: entrambe sono conseguenze del prevalere della filosofia del profitto su quella della cura.

Per quanto riguarda i percorsi riabilitativi, invece, la loro carenza non solo determina differenze di classe nell'accesso a questa tipologia di cura ma, rallentando le dimissioni dai reparti ospedalieri, contribuisce a rendere sempre più difficile reperire posti letto per patologie acute e, in ultima analisi, alle lunghe permanenze in PS. Un discorso simile vale per le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), che dovrebbero avere solo un ruolo assistenziale, essendo destinate agli anziani che, pur in assenza di patologie acute, hanno perso l'autonomia nella vita quotidiana. Da segnalare che le spese onerosissime per la permanenza nelle RSA, gestite nella totalità dei casi da soggetti privati, sono completamente a carico delle famiglie, tranne rarissime eccezioni.

Anche altre scelte politiche stanno svuotando progressivamente il Servizio Sanitario Nazionale. Le assicurazioni sanitarie private inserite nei contratti collettivi, con l'avvallamento dei sindacati confederali,

rappresentano una duplice penalizzazione per i lavoratori che, rinunciando ad una parte del salario, determinano un de-finanziamento attraverso la riduzione del contributo fiscale. Questa politica rappresenta un duro colpo per un servizio sanitario che dovrebbe essere universale: le differenze nell'accesso alle cure dipenderanno dalla presenza di un impiego e dalla sua tipologia, un altro passo verso una organizzazione classista della sanità.

Non ultimo, il tentativo da parte di Regione Lombardia – al momento non ancora andato a buon fine – di appaltare la salute dei malati cronici ad un cosiddetto “gestore”, ossia un insieme di soggetti pubblici e privati all'interno dei quali molto spazio hanno gli imprenditori della sanità privata e delle assicurazioni. La filosofia del provvedimento è quella di garantire per categorie di pazienti cronici un “pacchetto di prestazioni”, ma senza una chiara indicazione su quale figura medica debba esserne il regista. Ancora una volta, il numero di prestazioni erogate e rimborsate rappresenta un obiettivo che sovrasta un piano di cura adeguatamente programmato.

L'autonomia differenziata, inoltre, andrà a modificare e aggravare ulteriormente la situazione sanitaria nel nostro paese, creando una differenziazione non solo tra Nord e Sud, tra regioni ricche e regioni sofferenti, ma anche sulla base delle politiche dei vari governi regionali.

La medicina territoriale sta scomparendo, i medici di base mancano e svolgono ormai un ruolo formale e burocratico, delegando gran parte dell'attività medica alla medicina specialistica e contribuendo così a determinare le lunghissime liste d'attesa che, a loro volta, rendono sempre più difficile accedere alle cure. In questo modo, rimangono due alternative: la rinuncia alle cure, o gli accessi inappropriati al PS. Si contribuisce così alla condizione di sovraffollamento che porta i malati a lunghe attese, anche di giorni, prima di essere ricoverati. La carenza di posto letto nei reparti è la diretta conseguenza del processo di de-finanziamento di cui abbiamo già detto.

Causa di tutto questo è una politica che ha sostituito al primato della cura il primato del profitto, attraverso una progressiva privatizzazione e aziendalizzazione delle strutture sanitarie.

RISIGNIFICARE LA CURA E IL DIRITTO ALLA SALUTE

Quale sanità vogliamo, dunque? Per noi, è fondamentale tornare alla concezione del **SSN come servizio, abbandonando l'ottica economica di profitto** o di pareggio dei bilanci: bisogna smettere di essere pubblici e di pensarsi privati.

Vi sono delle caratteristiche che, secondo noi, vanno ripristinate e incentivate.

- **La ripresa delle funzioni di erogazione delle strutture sanitarie pubbliche**

Dal 1978, le strutture territoriali pubbliche hanno offerto in maniera integrata servizi di prevenzione, cura e riabilitazione sul territorio. Nel 1997 in Lombardia, con la Riforma Formigoni, queste strutture agiscono come *“terze parti”* che comprano e finanziano prestazioni e servizi che prima realizzavano direttamente. Non a caso, da quel periodo nasce un numero impressionante di **cooperative e imprese** che offrono i suddetti servizi – si veda per esempio l'assistenza domiciliare, i servizi infermieristici, riabilitativi, e così via. **Negli anni a seguire, parte dei servizi territoriali passerà sotto gli ospedali e un'altra parte, semplicemente, sparirà**, come i consultori pediatrici, i presidi per le malattie respiratorie, i centri oncologici, le Unità Operative per la Tutela nei Luoghi di Lavoro, i Servizi Sanitari Territoriali e le medicine scolastiche.

- **La programmazione**

Negli anni di governo del centro-destra, si è andati assistendo a un **progressivo svuotamento della funzione del Piano socio-sanitario regionale**. Oltre a non essere più – a differenza di altre regioni – oggetto di una legge regionale, il Piano non presenta i caratteri di un documento di pianificazione pluriennale degli interventi; risulta inoltre slegato dalle rilevazioni curate dall'Osservatorio epidemiologico rapportate ai territori e ai dati sulle condizioni socioeconomiche della popolazione, che sono necessarie per determinare i *bisogni di salute* delle persone su un territorio. Ovviamente **la programmazione non regola solo la tipologia dei servizi offerti, ma anche la quantità, intesa come necessità reale di posti letto, operatori sanitari, strutture territoriali oltre che ospedaliere**. Anche le università devono essere coinvolte e facilitare la messa in campo del personale sanitario richiesto grazie a una corretta programmazione del turn over, soprattutto di quelle figure di cui oggi si ha una carenza drammatica, come i medici di base.

È fondamentale una ripresa della programmazione che regoli l'offerta dei "servizi" in base alle necessità del territorio secondo un'ottica epidemiologica, ossia secondo i dati delle rilevazioni nei vari territori dei bisogni di salute delle persone.

- **La prevenzione**

Come abbiamo espresso nella campagna "Vogliamo tutto", i *determinanti della salute* o della malattia sono molteplici e raramente controllabili dalla singola persona: **parliamo dell'ambiente e quindi della salubrità di terra, acqua e aria, delle condizioni di vita determinate dalla casa in cui si vive, dal lavoro, dal reddito e delle relazioni sociali (integrazione o emarginazione, solitudine, relazioni violente, e così via).**

Per prevenzione intendiamo quegli interventi preventivi che mirano a diminuire se non eliminare i vari fattori di rischio ambientale e sociale. Bisogna qui incidere nella pratica e non contemplarli solo in via teorica, mettendo in atto delle azioni di vera *prevenzione primaria*. Attualmente, viene data importanza alla *prevenzione secondaria* (diagnosi precoce, screening), mentre non si investe sulla primaria. Si considerano, quindi, solo i fattori di rischio legati allo stile di vita individuale, mentre non vengono individuati i fattori di rischio collettivi. **Agire sulla prevenzione primaria creerebbe, inoltre, una connessione reale del servizio sanitario con il territorio per l'analisi e l'eliminazione dei vari fattori di rischio ambientale e sociale che incidono sulla salute.**

L'idea dei *comitati popolari* interni alle strutture del SSN degli esordi esprimeva non solo una presenza di controllo della cittadinanza, ma anche di indirizzo. Chi, se non la popolazione di un territorio, affiancata da operatori sanitari ed eventuali figure esperte, come ad esempio gli epidemiologi, può esprimere quali sono gli elementi critici ambientali o sociali che incidono sulla salute? Facciamo un esempio. La zona del Gallaratese a Milano è una zona densamente popolata, vicina a snodi autostradali e a un inceneritore. Studi condotti da Regione Lombardia nel 2019 hanno rilevato un eccesso di rischio per patologie respiratorie e cardiovascolari per la popolazione maggiormente esposta alle ricadute dell'inceneritore. Attualmente, un comitato popolare sta lottando con tutte le sue forze perché non venga portato avanti un progetto di nuovi insediamenti residenziali al posto di un vero e proprio bosco selvaggio di 20mila metri quadri costituito da centinaia di alberi secolari. L'idea malsana è di costruire tanti palazzoni alti 50 metri che ospiterebbero più

di duemila abitanti, in un quartiere già oltremodo abitato e carente di servizi – il tutto per ripianare i debiti della Curia milanese.

- **Il medico di base**

Crediamo che per una sana sanità territoriale vada riformulata la figura del medico di medicina generale, dal contratto all'attività che svolge, al numero massimo di pazienti: deve tornare a "fare il medico", riprendendo in mano i fondamenti della valutazione clinica (anamnesi esauriente, esame obiettivo) e avere una reale conoscenza delle persone che cura. **Non è pensabile che medici con i massimali attualmente previsti possano conoscere realmente i loro pazienti, curarli correttamente e visitarli a domicilio quando richiesto.** Inoltre, data la carenza di MMG, forse andrebbe ripensata anche l'offerta di questa specialità a livello universitario, che la rende il fanalino di coda delle specializzazioni.

- **La qualità della cura**

Nelle nostre discussioni, è emersa anche la rilevanza di aspetti che solo apparentemente non sono influenzati dalle politiche sanitarie a monte. Parliamo, ad esempio, della *qualità della relazione operatore sanitario-paziente* (dunque non solo medici) e l'*alleanza terapeutica* che può derivarne, come anche della cura dei luoghi di cura. Per quanto concerne il primo aspetto, **vediamo sempre più l'impoverimento della relazione dettato dai tempi imposti agli operatori professionali, che, oltre ad avere visto un'impressionante diminuzione in termini di quantità del tempo a loro disposizione, sono sempre più soggetti a rigorosi controlli tramite piattaforme informatiche che gestiscono e rendicontano i tempi in maniera rigida, per ottimizzare l'efficienza prestazionale.**

I luoghi di cura del pubblico sono spesso lasciati in uno stato di incuria, a differenza di quelli del privato. Anche questo aspetto può influenzare le persone nella scelta di dove andare a curarsi. Inoltre, la medicina territoriale permetteva di far uscire la dimensione della cura da quei colossi che sono i nostri ospedali, che tendono a schiacciare l'identità della persona e assimilarla al mero dato numerico.

Un altro aspetto importante è il *recupero della visione olistica* del paziente e non solo "organocentrica": come pensiamo che i determinanti sociali abbiano una notevole influenza sullo sviluppo della malattia, possiamo riportare questo complesso di interazioni anche

all'interno del nostro corpo, seguendo l'analogia tra un macrocosmo esterno e un microcosmo interno a noi. Una relazione accurata con il paziente, attuabile solo con tempi adeguati, permette all'operatore sanitario di conoscere bene il paziente, la sua storia e la sua sensibilità. Dovremmo incominciare a pensare che non tutte le persone possano essere curate nello stesso modo, e che sarebbe importante offrire loro la possibilità di scegliere come curarsi, integrando la medicina allopatica con altre medicine (agopuntura, osteopatia, e così via) all'interno del SSN. Attualmente, l'unica pratica che si può trovare nel SSN, più che altro in forma sperimentale proposta da qualche ospedale, è l'agopuntura.

• **Abolizione dei DRG**

Il sistema *Diagnosis-Related Group* (DRG, in italiano Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi), è un sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere basato su una tariffazione per raggruppamenti omogenei di diagnosi, importato in Italia dagli Stati Uniti nel 1995, che ha determinato il passaggio da un sistema orientato al pagamento dei fattori produttivi (basato sul numero di giorni di degenza prodotti) a un altro basato su tariffe predeterminate. Questo sistema descrive l'assistenza al paziente partendo dal principio che malattie simili, in reparti ospedalieri simili, comportano orientativamente lo stesso consumo di risorse materiali e umane. Stesse risorse significano stesso costo di produzione che dà diritto allo stesso rimborso, cioè alla stessa tariffa. Il costo rimborsabile (la tariffa) è quello standard di riferimento (medio), che è diverso dal costo effettivo. Per ciascun DRG viene definita una soglia di durata di degenza, espressa in giornate, oltre la quale il ricovero viene considerato anomalo.

Se la riduzione dei giorni di degenza rispetto al passato può apparire un dato positivo, il rischio di dimissioni precoci è diventato una realtà molto frequente, che tra l'altro rischia, oltre che a creare un danno al paziente, di aumentare i costi della spesa sanitaria per un eventuale successivo ritorno del paziente.

Inoltre, si rilevano spesso una riduzione del livello qualitativo delle prestazioni erogate per massimizzare il residuo percepito, una scorretta attribuzione delle diagnosi e, soprattutto negli ospedali privati, la scelta delle patologie più remunerative da trattare, lasciando al pubblico le branche e la casistica meno favorevole dal punto di vista del profitto.

Va da sé che un ripensamento di questo sistema è necessario perché possa essere rimessa al centro della cura la persona e non il profitto.

Se proprio dobbiamo accettare la coesistenza del privato nella sanità, pensiamo che vada comunque garantito a tutti l'accesso al pubblico, sempre intendendo per "tutti" **tutte le persone presenti sul territorio**, indipendentemente dal possesso o meno dei documenti. In realtà, stiamo assistendo a un numero sempre maggiore di persone che utilizzano risorse economiche proprie o rinunciano a curarsi nonostante l'idoneità dei propri documenti, italiani e non.

Sulla nostra strada, abbiamo incontrato tantissimi gruppi, persone, collettivi, comitati legati al nostro passato, ma anche al nostro presente.

Sarebbe impossibile farne l'elenco. Ringraziamo tutt per un futuro di lotta e cambiamento.*



PARTECIPA

Siamo interessati al contributo di tutte le persone che vogliono non far restare invisibili le migliaia di donne, uomini e bambini/e che hanno diritto alla assistenza sanitaria, e se la vedono negata; che sono disposte a discutere il concetto stesso di salute (che non è solo assenza di malattia); che sono disposte a combattere una riforma dell'assistenza sanitaria che sta distruggendo l'attuale organizzazione per sostituirla con un'enorme macchina che macina persone e fabbrica soldi. Ci rivolgiamo in particolare ai/alle migranti che sono già utenti dell'AMP per invitarli a diventare parte attiva di questa esperienza, costruire nuove iniziative ed inventare nuove forme di lotta.

Il modo migliore per conoscere l'AMP è passare da noi il primo lunedì del mese dalle 18,30 quando svolgiamo una riunione aperta.

SOSTIENICI

Le attività dell'AMP sono completamente autofinanziate, medici e operatori/operatorici di accoglienza svolgono la loro attività gratuitamente.

Per sostenerci puoi partecipare alle nostre iniziative di autofinanziamento o fare una donazione.

LEGGI COME



oppure puoi promuovere eventi solidali: se fai parte di un collettivo, associazione, centro sociale e/o hai la disponibilità di uno spazio puoi offrirci ospitalità per una iniziativa in cui raccontare la nostra attività o fare informazione/formazione sui temi di cui ci occupiamo, oppure puoi organizzarci una serata benefit (cene, aperitivi, musica o altro) o entrambe le cose insieme.

orari di apertura e contatti

L'AMP offre visite mediche di base gratuite a chi non può accedere al sistema sanitario pubblico.

A chi si rivolge all'AMP non vengono richiesti soldi, iscrizioni, documenti o permessi di soggiorno.

L'ambulatorio è aperto generalmente in questi orari, per il giovedì e il sabato e nei periodi festivi è preferibile consultare il calendario al qr code per verificare l' effettiva presenza del medico

lunedì 15,30-18,30 solo su appuntamento

giovedì 17-19 senza appuntamento

sabato 11-13 senza appuntamento



dove siamo

Via dei Transiti, 28 - Milano MM Pasteur

per contattare l'AMP

ambulatorio.popolare@inventati.org

siti e social

<https://ambulatoriopopolare.noblogs.org/>

<https://www.facebook.com/ambulatoriopopolare/>

https://www.instagram.com/ambulatoriopopolare_milano/

canale telegram t.me/AMPnotizie



stampato dicembre 2024