

Per un sistema sanitario solidale, equo ed emancipatorio!

Definizione del concetto di salute

Che cos'è la salute? La definizione più diffusa è quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), secondo cui la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità".^[1] Si tratta quindi di una definizione positiva, incentrata sullo sviluppo personale. Ciò è in contrasto con la realtà con cui ci dobbiamo confrontare nel sistema sanitario, che si concentra sulla cura o sull'alleviamento dei disturbi.

Ciò porta a classificare le persone come "malate" o "sane". Tuttavia, questa categorizzazione in persone "sane" o "malate" non è naturale, ma è il risultato di uno sviluppo storico: l'individualizzazione della salute e il legame diretto tra salute e lavoro.^[2] Con l'industrializzazione della società, la salute è diventata sinonimo di capacità di lavorare.^[3] Di conseguenza, in una società capitalista, l'obiettivo principale del sistema sanitario è mantenere la forza lavoro e garantire che le persone lavoratrici possano rimanere produttive.

Queste categorie riflettono le relazioni di potere della nostra società ed escludono la questione del benessere. Inoltre, mostrano come il sistema sanitario contribuisca al mantenimento e alla creazione di norme che definiscono come una persona dovrebbe essere, funzionare e apparire. Per esempio, un esame critico del modello medico-individuale della disabilità^[4] chiarisce ancora una volta questa classificazione generalizzata: questo modello si concentra sulla presunta mancanza di capacità sensoriali, mentali e fisiche e presuppone un corpo definito sano e non disabile. Pertanto, porta a una visione disumanizzante della salute. L'obiettivo di questo modello è quello di ridurre o "correggere" le disabilità da una prospettiva non disabile e di avvicinare le persone a un ideale di non disabilità il più produttivo possibile. Le persone con disabilità vengono definite in base alla loro presunta "non normalità" e quindi categorizzate; gli/le* individu* vengono persino dipint* come "vittima" o "problema" e quindi non considerat* come "lavoro a tutti gli effetti". Questo porta, ad esempio, all'esclusione delle persone con disabilità dal mercato del lavoro e serve a legittimare il sovra-sfruttamento nel "secondo mercato del lavoro". Nelle aziende associate, con la scusa dell'inclusione, vengono pagati salari di gran lunga inferiori alla media, portando così al già citato sovra-sfruttamento.

Come il capitalismo ci fa ammalare: una prospettiva svizzera

La definizione di salute è quindi legata al capitalismo e l'attenzione alla salute è dettata dal sistema capitalista nell'interesse della classe dominante. Ne è un esempio la pandemia legata al COVID e, in particolare, la riluttanza dei governi a introdurre misure di politica sanitaria che avrebbero potuto danneggiare l'economia. Tuttavia, la salute non è solo subordinata alla conservazione del capitalismo, ma è anche direttamente e negativamente influenzata dalle attività economiche.

Le persone lavoratrici nel sistema capitalista sono sempre sfruttate al massimo attraverso il lavoro salariato o il lavoro di cura non o mal retribuito, il che comporta un peso crescente sulla salute delle persone lavoratrici. Nell'era neoliberista, i rapporti di

lavoro sono inoltre caratterizzati da instabilità e insicurezza in misura ancora maggiore rispetto a quanto già avviene nel capitalismo. In questo sistema, è stata creata anche la diagnosi di "burnout" per designare il punto in cui una persona non può più sopportare l'esaurimento fisico e/o mentale causato dal lavoro. Anche se il termine individualizza il problema,^[5] le cifre del burnout sono un indicatore delle conseguenze del lavoro sulla salute. In un sondaggio condotto dalla SRG nel 2023, il 17% delle persone ha dichiarato di aver già sofferto di burnout e il 25% delle persone lavoratrici ha dichiarato di sentirsi particolarmente a rischio burnout a causa del proprio lavoro. Più basso è il reddito, più alto è il rischio di burnout.^[6] Il capitalismo promuove anche l'individualismo e l'alienazione, che portano all'isolamento sociale. Questo aumenta notevolmente la probabilità di sviluppare malattie mentali come la depressione o i disturbi d'ansia. Lo stress cronico non ha solo effetti psicologici, ma può portare ad esempio a pressione alta, obesità, diabete di tipo 2 e disturbi gastrointestinali. Inoltre, aumenta il rischio di infezioni, infarti e ictus.^{[7],[8],[9]}

Purtroppo, in Svizzera non esistono statistiche ufficiali sulla mortalità per classe o ceto sociale, poiché una mozione in tal senso è stata respinta dal Consiglio nazionale. Tuttavia, i dati provenienti da Paesi economicamente simili alla Svizzera mostrano che questa correlazione esiste effettivamente.^{[10],[11],[12]} Altri studi mostrano una differenza crescente nell'aspettativa di vita in buona salute a seconda del livello di istruzione: le persone con un livello di istruzione inferiore non solo hanno un'aspettativa di vita inferiore, ma trascorrono anche una percentuale maggiore di questi anni in cattiva salute.^{[13],[14]} Il lavoro è direttamente collegato alla mortalità: In Svizzera, circa 200 persone muoiono ogni anno per incidenti sul lavoro.^[15] Se si considerano anche gli incidenti non mortali, nel 2022 sono stati registrati 250'000 incidenti sul lavoro.^[16] I rischi sono direttamente correlati al tipo di impiego e sono significativamente più elevati nel settore dell'edilizia o nei contratti di lavoro temporanei.^[17]

Oltre ai danni diretti, il capitalismo crea anche condizioni di crisi che hanno un impatto sulla salute. Ad esempio, la crisi climatica sta aggravando ulteriormente le condizioni già dannose per la salute. Il caldo, gli eventi meteorologici estremi, la scarsità di cibo e acqua e le guerre per le risorse causano danni alla salute, accorciano la durata della vita e in misura significativa portano direttamente alla morte.^[18] Oltre alla crisi climatica, altri fenomeni come la carenza di alloggi, la difficoltà di accesso a cibi sani e la generale mancanza di tempo per prendersi cura di sé incidono sulla salute umana. È quindi chiaro che il capitalismo e la cattiva salute sono intrinsecamente legati. Inoltre, la logica capitalista caratterizza profondamente il funzionamento e il finanziamento del sistema sanitario.

Il sistema sanitario svizzero

Disparità di finanziamenti e prestazioni

In Svizzera, tutt* coloro che vivono nel Paese sono obbligat* a sottoscrivere un'assicurazione di base presso una compagnia di assicurazione sanitaria privata. Queste casse private o della società civile si sono sviluppate a partire dal XIX secolo. Nel 1994 sono state dichiarate obbligatorie e armonizzate dalla Legge sull'assicurazione malattia (LAMal).^[19] Oggi esistono circa 50 casse malattia riconosciute dal governo federale, che devono tutte offrire le stesse prestazioni assicurative di base. Altri Paesi, come la Danimarca, hanno una sola cassa malattia statale, finanziata attraverso l'imposta sul reddito. In Svizzera, ogni assicurat* deve pagare un premio mensile, il cui importo dipende da diversi fattori.^[20] Nel caso delle assicurazioni integrative, talvolta vengono rifiutate le persone che potrebbero

sostenere costi più elevati, come le persone con disabilità,^[21] in netto contrasto con una concezione dell'assistenza sanitaria come servizio pubblico accessibile a tutte le persone, compresi i gruppi più vulnerabili, e che offre loro prestazioni eque.

In un sistema che distingue tra assicurazione di base obbligatoria e assicurazione complementare, è importante sapere quali trattamenti sono considerati "cure di base" e vengono rimborsati e quali no. Le cure dentistiche sono un esempio lampante: non sono incluse nell'assicurazione di base, anche se sono molto importanti. Questo perché i problemi dentali non curati possono avere gravi conseguenze per la salute. In una società capitalista, tuttavia, vengono rimborsate solo le cure che servono a mantenere la capacità lavorativa della popolazione. Secondo questa logica, le cure dentistiche non sono quindi una prima necessità.

Si è già detto che l'attuale sistema sanitario mira principalmente alla cura dei disturbi e non all'autosviluppo delle persone. Ciò si riflette, ad esempio, nell'assunzione dei costi per la transizione di genere. Questo avviene solo se viene diagnosticata l'incongruenza di genere - in altre parole, se viene stabilito un quadro clinico. Tuttavia, i costi non sono coperti per tutti gli adeguamenti, anche se viene rilasciato il "quadro clinico" corrispondente. Ad esempio, per le persone trans non binarie che non desiderano sottoporsi a una transizione binaria, i costi per le singole misure non sono sempre coperti. Inoltre, una parte considerevole del personale sanitario non ha una formazione in materia transgender e gli/le* operatori/trici* che hanno tale formazione sono spesso sovraccarichi* di lavoro, il che comporta tempi di attesa sempre più lunghi. Lo scarso finanziamento della prevenzione in Svizzera e la scarsa priorità attribuita nel quadro giuridico illustrano anche questo problema.^[22] La prevenzione non solo è vantaggiosa dal punto di vista economico, ma soprattutto permette di evitare la sofferenza preventivamente, invece di curarla solo quando si manifesta. Anche l'esempio della transizione di genere, in cui la sola necessità di cambiare sesso non è sufficiente per ottenere l'accesso alle cure mediche, dimostra che il sistema sanitario non dà priorità all'autodeterminazione corporea. Questo fatto è visibile anche nell'esempio delle persone con l'utero che vogliono essere sterilizzate volontariamente, ma che troppo spesso si vedono negare questa possibilità. Il modo in cui il sistema sanitario è finanziato e funziona non è orientato all'autosviluppo della classe lavoratrice, ma al trattamento di malattie che potrebbero influire sulla loro produttività.

Come già detto, il sistema sanitario svizzero è ampiamente finanziato dai cosiddetti premi individuali, che in realtà somigliano a un'imposta decrescente a causa del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria, ovvero un'imposta che diminuisce in relazione al reddito. Ciò significa che le persone con un reddito più basso sono molto più gravate dai premi dell'assicurazione sanitaria. Solo il 36% della spesa sanitaria è coperto da tasse e contributi salariali, rispetto al 76% della media UE.^[23] Questo crea un sistema profondamente iniquo: poiché l'assicurazione è suddivisa in un gran numero di compagnie private e i premi non sono basati sul reddito individuale, non esiste un meccanismo di redistribuzione. Il risultato è un sistema in cui l'accesso all'assistenza sanitaria è distribuito in modo diseguale e i costi dell'assistenza sanitaria possono rappresentare un grosso onere per le persone. Dal 1997, i premi sono aumentati del 158%, mentre i salari sono aumentati solo del 12%.^[24] Un quarto della popolazione deve quindi fare a meno di cure mediche,^[25] mentre queste restrizioni non esistono per le persone più abbienti. Per compensare il malfunzionamento del sistema, il 25% della popolazione svizzera riceve sussidi sotto forma di riduzione dei premi.^[26] Questi aiuti, che non vengono erogati automaticamente, presentano molti ostacoli e non possono compensare un sistema profondamente ingiusto. Le riduzioni dei premi

(RIPAM) sono state proposte come compromesso dalla classe media al momento dell'introduzione del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria, al fine di mantenere i premi pro capite e l'assicurazione sanitaria privata e di alleviare l'onere sui redditi medi. Tuttavia, a causa della politica di austerità di lunga data dei cantoni responsabili delle riduzioni, la RIPAM è diventata solo un meccanismo di sostegno inadeguato. Inoltre, in aggiunta ai premi, è necessario pagare una franchigia prima che la compagnia di assicurazione sanitaria copra i costi, il che rappresenta un onere particolare per i redditi più bassi. Le persone che devono sottoporsi a molti trattamenti si trovano a dover scegliere tra un premio più alto o la franchigia massima. Queste ingiustizie depongono a favore di un'assistenza sanitaria pubblica e gratuita.

Nel discorso mediatico dominato dalla destra, si parla spesso di "esplosione dei costi della salute". Tuttavia, le statistiche dimostrano che, sebbene i costi della sanità stiano aumentando, ciò avviene in proporzione al PIL. Non c'è quindi un'esplosione dei costi. Tuttavia, questa retorica viene utilizzata per giustificare numerose proposte di riforma che indeboliscono ulteriormente il servizio pubblico. Ne è un esempio l'iniziativa del Centro sul freno ai costi, che avrebbe lasciato al parlamento la facoltà di ridurre a piacimento i costi della sanità, potenzialmente a spese dei lavoratori. Il PLR, invece, propone una nuova assicurazione di base "a basso costo" con una qualità di assistenza inferiore. Questa sarebbe rivolta principalmente alle persone in condizioni economiche precarie, mentre quelle più ricche non dovrebbero sacrificare la qualità delle loro cure. Si parla addirittura di abolire l'assicurazione sanitaria obbligatoria.^[27] Nel novembre 2024, la popolazione svizzera voterà anche sulla riforma "EFAS", che potrebbe mettere la gestione dei fondi sanitari pubblici (e quindi un grande potere) nelle mani delle casse malati private, che ne trarrebbero vantaggio per aumentare i propri profitti. Questo potrebbe anche avere un impatto drammatico sui premi, che sono già ampiamente inaccessibili per una parte della popolazione. Inoltre, il sistema sanitario verrebbe gradualmente trasferito da un servizio pubblico a imprese capitalistiche, il che significa che la sanità è sempre più sottratta al controllo democratico.

Queste riforme e proposte antisociali nascondono i veri problemi di finanziamento del sistema sanitario svizzero: la mancanza di solidarietà e la priorità del profitto. La logica capitalista seguita dal sistema attuale è caratterizzata da misure di austerità, tagli di bilancio e privatizzazioni. Essa fa ricadere l'onere sulla popolazione e limita sempre più l'accesso all'assistenza sanitaria per le persone in condizioni economiche precarie.

I profitti del sistema sanitario

La nostra sanità è orientata al profitto. Il neoliberismo non ha attaccato solo le condizioni di lavoro delle persone, ma anche lo stato sociale e le infrastrutture sociali, compresa la sanità. Da un lato sono state attuate presunte politiche di riduzione dei costi e di austerità, ma soprattutto perché il sistema sanitario è stato riorganizzato secondo una logica di profitto per rendere possibili i profitti.

La privatizzazione del sistema sanitario ha permesso di orientarlo maggiormente al profitto privato e ha portato a un deterioramento delle condizioni di lavoro, dei salari e dell'assistenza sanitaria e a un peggioramento della qualità delle cure, costi più elevati per i/le* pazienti e un indebolimento del controllo democratico dello stato,^[28] mentre la più grande azienda svizzera del settore, il Gruppo Hirslanden, ha un fatturato annuo di due miliardi.^[29]

L'industria farmaceutica è un altro attore chiave che cerca il profitto a spese della salute. Rappresenta una parte importante dell'economia svizzera: solo in Svizzera, oltre 1'000 aziende sono attive nell'industria chimica e farmaceutica. Tra queste,

Novartis e Roche, due delle più grandi aziende farmaceutiche del mondo.^[30] Nel 2022, il 40% delle esportazioni nazionali, per un valore di 109 miliardi di franchi, è stato generato dall'industria farmaceutica.^[31] Anche Novartis realizza sempre più profitti; negli ultimi 20 anni l'azienda ha triplicato i dividendi distribuiti per azione.^[32]

I brevetti sono uno strumento importante per l'industria farmaceutica nella competizione per ottenere maggiori profitti. I brevetti sui farmaci sono limitati nel tempo. Una volta scaduto il brevetto di un farmaco, altre aziende possono produrre i cosiddetti generici. I generici sono generalmente più economici dei farmaci originali e generano minori entrate per le aziende. Dal 2018, le vendite globali di preparati originali sono passate da 675 a 964 miliardi di dollari, mentre quelle dei generici sono aumentate solo da 75 a 80 miliardi di dollari.^[33]

L'uso dei brevetti da parte delle aziende del centro imperiale, come la Svizzera, pone diversi problemi a tutti gli altri paesi, soprattutto quelli della periferia globale. Poiché un brevetto può essere depositato non solo sul principio attivo in sé, ma anche sui metodi di produzione o sugli oggetti d'uso (come una siringa di insulina), la maggior parte delle aziende ha diversi brevetti su un unico prodotto. È inoltre prassi comune apportare piccole modifiche a un farmaco poco prima della scadenza del brevetto, per poi richiedere un nuovo brevetto per la nuova versione. Questo è ciò che fa la casa farmaceutica Eli Lilly con l'insulina, ad esempio, ed è il motivo per cui i prezzi dell'insulina negli Stati Uniti sono stati a lungo inaccessibili per molte persone.^[34]

Ma anche nella ricerca, i costi che vanno dall'inizio della ricerca alla distribuzione a prezzi eccessivi dei farmaci vengono scaricati sul pubblico, mentre i profitti vanno a beneficio dei/delle* singol* capitalist*. Uno studio di Jama Network Open ha esaminato quasi 2'000 studi sui trattamenti e le vaccinazioni contro il Covid-19 tra il 2020 e il 2021. Degli studi analizzati, oltre la metà erano finanziati con fondi pubblici e poco più di un quarto erano finanziati dall'industria farmaceutica.^[35] Ciononostante, sono le aziende private come Pfizer a realizzare profitti record con la vaccinazione a base di mRNA contro il Covid-19, una tecnologia che non si sarebbe concretizzata senza decenni di ricerca pubblica.^[36]

In conclusione, si può affermare che l'industria farmaceutica sta utilizzando la sua posizione essenziale nel sistema sanitario. Questo avviene a spese del pubblico e della salute dei/delle* pazienti. È giunto il momento di porre fine a tutto questo.

Lavorare nel sistema sanitario

Chi lavora nel sistema sanitario?

Innanzitutto, va detto che il funzionamento del sistema sanitario si basa sull'immenso lavoro di cura non retribuito in Svizzera, la maggior parte del quale è svolto da persone FLINTA.^[37]

A causa della privatizzazione, del risparmio e della mancanza di investimenti, nonché della contemporanea crescita del bisogno di assistenza dovuta all'aumento dell'aspettativa di vita, il lavoro di assistenza continua a essere spostato dal sistema sanitario a pagamento al lavoro di assistenza non retribuito svolto dalle persone FLINTA. Ciò si basa sull'argomentazione patriarcale secondo cui le donne sono naturalmente portate a svolgere il lavoro di cura, anche se non retribuito. In questo modo, l'eccessivo sfruttamento del lavoro di cura viene giustificato e legittimato da una presunta e falsa legge di natura. Il sovrasfruttamento non si riferisce solo al lavoro di

cura non retribuito - dove è più diffuso - ma anche alla retribuzione inferiore alla media del lavoro di cura retribuito nel sistema sanitario. Queste scarse condizioni di retribuzione e di lavoro e l'invisibilizzazione del lavoro di cura sono particolarmente pronunciate nelle aree meno prestigiose del sistema sanitario, dove i caregiver rappresentano un'ampia percentuale di lavoratori.

Un altro grande settore è quello delle persone addette alle pulizie, che spesso vengono dimenticate quando si parla del settore sanitario. Tuttavia, si tratta di figure molto importanti, poiché la pulizia e l'igiene delle strutture sanitarie sono fondamentali per la salute dei clienti. Un numero superiore alla media di persone migranti FLINTA lavora in questi settori, e le donne rappresentano già tre quarti dei lavoratori dell'intero settore sanitario.^{39 40} Tra le poche eccezioni ci sono i medici, dove gli uomini rappresentano più della metà.⁴¹ Anche in questo caso, la gerarchizzazione patriarcale del sistema sanitario, in cui i/le* medici costituiscono lo strato superiore, è ancora una volta visibile. Hanno la formazione più elitaria ed esclusiva e sono le uniche autorizzati a rilasciare prescrizioni e ad avere l'ultima parola sulla cura dei pazienti. Con il 28%, anche la percentuale di donne ai piani dirigenziali degli ospedali per acuti svizzeri è estremamente bassa, il che evidenzia ancora una volta una gerarchia patriarcale. Queste strutture e questi effetti patriarcali mostrano chiaramente perché un'analisi di sinistra del sistema sanitario richiede assolutamente una prospettiva femminista. Un'altra prospettiva è quella internazionalista, che non deve essere persa, soprattutto in un mondo globalizzato.^{[39],[40]} Tra le poche eccezioni ci sono i/le* medic*, dove gli uomini rappresentano più della metà.^[41] Anche in questo caso, è ancora una volta visibile la gerarchizzazione patriarcale, che è forte tra il personale medico, in quanto i/le* medic* costituiscono lo strato superiore. Hanno la formazione più elitaria ed esclusiva e sono i/le* sol* autorizzati a fare diagnosi, rilasciare prescrizioni e avere l'ultima parola sulla cura dei/delle* pazienti. Con il 28%, anche la percentuale di donne ai piani dirigenziali degli ospedali per acuti svizzeri è estremamente bassa, il che evidenzia ancora una volta una gerarchia patriarcale. Queste strutture e questi effetti patriarcali mostrano chiaramente perché un'analisi di sinistra del sistema sanitario richiede assolutamente una prospettiva femminista. Un'altra prospettiva è quella internazionalista, che non deve essere persa, soprattutto in un mondo globalizzato. Più del 20% del personale sanitario svizzero ha una qualifica straniera, con grandi differenze tra i cantoni.^[42] L'immigrazione di personale sanitario è attualmente fondamentale per la crescita del personale.^[43] Tuttavia, questo può portare a carenze di personale all'estero, ad esempio nelle regioni francesi di confine, dove la Svizzera sta aggravando la carenza di personale medico. Questa carenza in Francia viene a sua volta compensata con personale proveniente dall'Europa dell'Est, ad esempio, e la successiva carenza nell'Europa dell'Est con personale proveniente da paesi extraeuropei, e così via. Questo sviluppo porta a ulteriori carenze e quindi alle cosiddette "catene di cura", che in ultima analisi aumentano la disuguaglianza globale nell'assistenza sanitaria.

Condizioni lavorative

Che si tratti di un* assistente in una casa di riposo, di un* psicolog* in uno studio, di un* medic* in un ospedale o di un* farmacista, lo stress e le sfide sono grandi e varie. Il lavoro notturno e a turni è dannoso per la salute e per l'equilibrio tra lavoro e vita privata. Il già pesante carico di lavoro è aggravato dalla cronica carenza di manodopera qualificata. La carenza di manodopera qualificata porta a orari di lavoro eccessivi, a pressione sul posto di lavoro e a una maggiore pressione psicologica.^{[43], [44]}

I salari in molte aree della sanità sono tristemente inadeguati. Anche se ci sono differenze a seconda dell'area e della professione, la scarsa retribuzione in tutto il settore sanitario fa sì che molte persone che ci lavorano si trovino in difficoltà economiche.^[45] Le pressioni sui costi nel settore sanitario fanno sì che i salari siano tenuti bassi per controllare la spesa. Le cattive condizioni di lavoro, unite alla scarsa retribuzione, portano un numero sempre maggiore di persone ad abbandonare la professione, aggravando così la carenza di personale competente.

Le condizioni di lavoro negli apprendistati sono altrettanto scarse. Inoltre, gli/le* apprendist* devono spesso assumersi molte responsabilità subito dopo l'inizio della formazione e le norme relative alle pause o ai giorni di riposo sono spesso disattese a causa della precaria situazione del personale nelle aziende.

Soprattutto in considerazione di tutti questi oneri e delle pessime condizioni di lavoro, i salari di formazione sono del tutto inadeguati o inesistenti.^{[46],[47]} Lottare per ottenere migliori condizioni sul posto di lavoro è particolarmente difficile nel settore sanitario, poiché scioperare sotto forma di interruzione del lavoro nel sistema sanitario è associato a difficoltà morali. Le persone lavoratrici sono più o meno direttamente responsabili della salute e della vita dei/delle* loro pazienti, motivo per cui non possono semplicemente abbandonare il posto di lavoro. Il controllo democratico di tutte le strutture sanitarie è quindi un punto chiave per migliorare le condizioni di lavoro nel settore sanitario.

Il punto di vista dei/delle* pazienti

Dal punto di vista dei/delle* pazienti, il sistema sanitario può anche essere fonte di molti problemi. Innanzitutto, il sistema sanitario è inaccessibile per molte ragioni: finanziariamente, a causa del modello delle franchigie, ma anche per barriere linguistiche, abilismo, razzismo, queerfobia, grassofobia^[49] o deserto medico.^[50] Nelle comunità rurali, ad esempio, c'è solo la metà dei medici di base per abitante rispetto alle città.^[51] Allo stesso tempo, il dibattito sulla chiusura degli ospedali regionali è in corso da anni. Le difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria riflettono anche le disuguaglianze all'interno della società: le persone immigrate devono spesso affrontare una barriera linguistica, un reddito basso e una scarsa conoscenza del complesso sistema sanitario svizzero.^[52] Per le persone richiedenti asilo o le persone che vivono nei centri di rimpatrio, l'accesso al sistema sanitario è praticamente impossibile e in alcuni casi richiede un intervento legale.

Se le persone riescono ad accedere all'assistenza sanitaria, il sistema spesso non è in grado di soddisfare le loro esigenze. Nel caso di disabilità o malattie croniche, spesso mancano le conoscenze specialistiche o la ricerca.

Esiste un divario significativo nella ricerca medica e nella pratica clinica, poiché la maggior parte degli studi si basa su un corpo *bianco*, non disabile, non intersessuale e maschile cis. La mancata considerazione delle differenze di genere ha conseguenze dirette sull'assistenza sanitaria. Le persone che non rientrano nella norma descritta spesso mostrano sintomi diversi e reagiscono in modo diverso al trattamento, il che può portare a malattie diagnosticate in ritardo o in modo errato. Ciò è particolarmente evidente in condizioni come l'endometriosi, che colpisce solo le persone con l'utero e che, nonostante la sua prevalenza, è poco studiata e sottodiagnosticata.

I/le* pazienti sono ripetutamente esposti alla violenza nel sistema sanitario svizzero. L'esempio più noto è quello delle misure coercitive in psichiatria,^[53] che a volte

possono avere esito fatale.^{[54].[55].[56]} La violenza è un problema frequente anche in altre aree specialistiche, come la ginecologia e l'ostetricia o nei contatti tra il sistema sanitario e le persone TINA. Le persone FLINTA e le persone razzializzate vengono spesso prese meno sul serio e il loro dolore viene minimizzato, peggiorando così l'assistenza che ricevono.

La violenza contro i/le* pazienti è in parte legata alla carenza di personale, ma anche alla disumanizzazione e alla stigmatizzazione dei/delle* pazienti e allo squilibrio di potere tra pazienti e personale sanitario. Sebbene, come già detto, esistano gerarchie all'interno del personale medico, la violenza nei confronti dei/delle* pazienti si verifica in tutti i gruppi professionali. I/le* clienti degli istituti psichiatrici sono quell* che soffrono di più per la disumanizzazione e la negazione dell'autodeterminazione insite nel sistema attuale.

Visione di un sistema sanitario socialista

Le discussioni sul sistema sanitario svizzero sono in gran parte incentrate sulle possibili riforme. L'obiettivo di questo articolo è quindi anche quello di delineare come potrebbe essere un sistema sanitario fundamentalmente diverso, organizzato secondo i principi socialisti.

Innanzitutto, è chiaro che un sistema sanitario di questo tipo può esistere solo nel contesto di un'economia socialista. Il presupposto per la realizzazione di un tale sistema è quindi il superamento del capitalismo. In questo nuovo sistema, la salute deve essere al centro dell'organizzazione economica, politica e sociale. L'organizzazione del lavoro dovrebbe essere adattata di conseguenza, con una drastica riduzione dell'orario di lavoro e un alto livello di sicurezza del posto di lavoro. In generale, la società dovrebbe essere organizzata in modo tale da ridurre al minimo stress, esaurimento e incidenti. L'obiettivo più importante di questo sistema dovrebbe essere lo sviluppo personale di tutte le persone.

Oltre alla fornitura di risorse umane per il lavoro di cura, un sistema sanitario socialista dipende anche dalla produzione pianificata di beni necessari al sistema sanitario. In particolare, l'industria farmaceutica orientata al profitto deve scomparire e i brevetti devono essere aboliti. I risultati della ricerca scientifica devono essere socializzati per promuovere un progresso orientato al bene comune. La produzione di risorse essenziali per la salute umana non deve più essere subordinata agli interessi economici delle aziende, ma deve essere orientata ai bisogni umani.

Inoltre, la fornitura di farmaci deve essere socializzata e deve essere possibile garantire l'approvvigionamento in caso di interruzione delle catene di produzione globali.

Un'altra caratteristica di questo sistema sanitario sarebbe l'abolizione di servizi e strutture private. Tutta l'assistenza sanitaria sarebbe quindi pubblica e tutto il personale medico sarebbe assunto da una struttura di gestione democratica. Non ci sarebbe più la possibilità di pagare per servizi diversi o aggiuntivi: tutte le persone avrebbero libero accesso a un'assistenza di alta qualità e adatta alle loro esigenze.

Senza concorrenza e orientamento al profitto, il sistema sanitario potrebbe essere guidato esclusivamente da principi democratici. Le strutture interne del sistema, sia a livello di istituzione che di sistema, dovrebbero essere democratiche e anche la distribuzione delle risorse dovrebbe essere pianificata democraticamente dalla popolazione che ha ricevuto la necessaria educazione.

Un sistema sanitario socialista dovrebbe anche consentire l'autodeterminazione del/della* paziente. Ciò include un buon livello di istruzione per tutta la popolazione,

ma anche un rapporto simmetrico e orizzontale tra pazienti e personale medico. Ciò richiederebbe un'adeguata formazione del personale medico, che sottolinei l'importanza del consenso informato e volontario. Oltre al rispetto reciproco tra chi fornisce le cure e chi le riceve, anche le dinamiche di potere all'interno del personale medico dovrebbero scomparire per consentire a ciascun gruppo professionale di essere valorizzato in egual misura. Qualsiasi forma di discriminazione all'interno del personale o nei confronti dei pazienti deve essere combattuta con coerenza. I servizi di cura dovrebbero essere adattati alle rispettive esigenze e non condizionati o limitati da caratteristiche individuali. L'obiettivo di ogni trattamento dovrebbe essere lo sviluppo personale della persona e non solo la guarigione dei disturbi o il mantenimento della produttività legata al lavoro. Per ridurre al minimo le cattive condizioni di salute e migliorare la qualità della vita, la prevenzione dovrebbe essere una pietra miliare del sistema sanitario.

Infine, la Svizzera non è isolata dal resto del mondo. Lo sviluppo di un sistema sanitario socialista dovrebbe quindi avvenire anche con una prospettiva internazionalista. Ciò richiede il superamento delle attuali relazioni di potere, sfruttamento e dipendenza tra il centro imperiale e la periferia globale e la fine globale della logica di mercato nel settore sanitario. Dobbiamo combattere le crisi del nostro sistema attuale, come la crisi dell'assistenza e i suoi effetti, tra cui l'emergere di catene di assistenza e la crisi climatica, a livello globale per mitigare le conseguenze catastrofiche di queste crisi per le persone della periferia globale e trovare soluzioni giuste per l'intera popolazione mondiale.

Rivendicazioni a corto termine

Come già detto, per avere un sistema sanitario socialista non può esistere in un'economia capitalista. Tuttavia, esistono anche misure che potrebbero migliorare la salute della popolazione all'interno del nostro sistema attuale. Chiediamo quindi che vengano attuate al più presto le seguenti misure:

- Introduzione di una cassa malati unica
- Abolizione dei premi pro capite e finanziamento del sistema attraverso imposte progressive.
- Gli ospedali devono tornare a essere di proprietà pubblica, e non più finanziati (semi)privatamente
- Garantire i servizi sanitari, soprattutto nelle regioni periferiche.
 - Introduzione di un servizio di base
 - Aumentare il sostegno finanziario ai/alle* medic* di base a livello cantonale per contrastare la riduzione dei servizi.
- Un radicale miglioramento delle condizioni di lavoro nel sistema sanitario
 - Introduzione di un salario minimo per l'apprendistato e gli stage
 - Un salario minimo di 5'000 franchi svizzeri.
 - Riduzione dell'orario di lavoro a 25 ore a settimana al 100% senza tagli salariali
 - Tutela della salute del personale, prevenzione dei rischi psicosociali
 - Determinazione indipendente dell'orario di lavoro da parte della forza lavoro.
 - Adeguamento all'inflazione automatico e retroattivo
- Ricerca scientifica orientata ai bisogni della popolazione
 - Ricerca equa dal punto di vista del genere
 - La fine dei partenariati di ricerca con aziende private

- Il diritto all'autodeterminazione nella cura
- Maggiore priorità alla prevenzione
- Revisione totale delle pensioni di "invalidità" e del sistema previdenziale^[57]
- Copertura totale di tutti i servizi medici, incluse le terapie psichiatriche e psicologiche e delle cure odontoiatriche.
- Regolamentazione e controlli severi della sicurezza sul posto di lavoro
- Livelli di personale adeguati e regolamentati a livello nazionale che corrispondano al numero e alle esigenze dei pazienti⁵⁸
- Ampia co-determinazione democratica del personale sanitario
- Lavoro di cura organizzato a livello pubblico e sociale
- Ampliamento del numero di studenti di medicina
- Avviare una produzione di farmaci pubblica e controllata democraticamente
- Combattere efficacemente la crisi climatica
 - Introduzione di una tassa su tutte le eredità superiori a 50 milioni per finanziare la lotta contro la crisi climatica
 - Adattare le condizioni di lavoro alle ondate di calore
 - Pianificazione urbana adattata al grande caldo

Fonti

[1] OMS, Basic Documents, 2020 (trad.)

[2] <https://hls-dhs-dss.ch/it/articles/016312/2013-12-19/> e <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/016593/2012-12-06>

[3] Ibid.

[4] <https://dista.uniability.org/glossar/das-individuell-medizinische-modell-von-behinderung/>

[5] Karger H. J., «Burnout as Alienation», *Social Service Review*, Vol. 55, No. 2 (giugno 1981), pp. 270-283.

[6] Sondaggio SRG 2023

https://www.gfsbern.ch/wp-content/uploads/2023/10/222053_wie-gehts-schweiz_hauptbefragung_schlussbericht-publikation_v3_def.pdf

[7] The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain–body communication; Agnese Mariotti <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5137920/>

[8] Work stress and cardiovascular disease: a life course perspective Jian Li, Adrian Loerbroks, Hans Bosma, Peter Angerer, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356969/>

[9] Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.

[Annika Rosengren](#), [Steven Hawken](#), [Stephanie Ounpuu](#), [Karen Sliwa](#), [Mohammad Zubaid](#), [Wael A Almahmeed](#), [Kathleen Ngu Blackett](#), [Chitr Sitthi-amorn](#), [Hiroshi Sato](#), [Salim Yusuf](#)

2004

[10] <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844678&portal=svportal>

[11] <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/renteneintrittsalter-welche-berufsgruppe-am-wenigsten-von-einer-rente-ab-68-haette/27522952.html>

[12] <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2009-3-page-194.htm>

[13] <https://www.socialchangeswitzerland.ch/?p=3043>

[14] <https://ssp-vpod.ch/news/2022/age-de-la-retraite-et-esperance-de-vie-attention-trompe-l-il/>

[15] <https://www.rts.ch/info/suisse/2024/article/plus-de-200-deces-lies-au-travail-en-suisse-chaque-annee-une-reflexion-est-a-faire-28574672.html>

[16] <https://www.rts.ch/info/suisse/14183131-la-grande-majorite-des-personnes-accidentees-peut-reprendre-le-travail.html>

[17] <https://www.rts.ch/info/suisse/2024/article/les-employes-interimaires-ont-50-d-accidents-au-travail-de-plus-que-les-fixes-28485998.html>

[18] **Cambiamento** climatico
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health> 2023

[19] <https://www.histoiredelasecuritesociale.ch/risques/maladie>

[20] <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krank-enversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/besondere-versicherungsformen/modelle-eingeschraenkte-wahl.html>

[21] https://www.inclusion-handicap.ch/fr/actualite/actualite_0/news-archiv/discrimination-des-personnes-handicapees-dans-le-domaine-des-assurances-privees-184.html

[22] https://www.revmed.ch/view/884152/7124402/583-8_44240.pdf

[23] <https://primes-abordables.ch/>

[24] <https://primes-abordables.ch/>

[25] <https://www.rts.ch/info/suisse/14474323-franchises-elevees-ces-assures-qui-renoncent-a-se-faire-soigner-faute-de-moyens.html>

[26] **OFSP** Statistica dell'assicurazione-malattia
obbligatoria, https://dashboardassurancemaladie.admin.ch/nombre_de_beneficiaires.html

[27] <https://ssp-vpod.ch/news/2023/choc-des-primen-enfumage-et-privatisation/>

[28] Alcune fonti per comprendere meglio gli effetti della privatizzazione:
<https://syna.ch/aktuell/privatisierung-geht-weiter>; https://ssp-vpod.ch/site/assets/files/0/21/721/ssp_16_web.pdf; <https://www.evenement.ch/articledes/non-la-privatisation-dun-nettoyage>; <https://basel.vpod.ch/news/2016/08/privatisierung-der-oeffentlichen-spitaeler-auf-keinen-fall-gemeinsame-spitalgruppe-ja-aber-1/>

[29] <https://www.blick.ch/wirtschaft/er-setzt-spitaeler-auf-diaet-der-konzern-hinter-der-massenkuendigung-in-einsiedeln-id17783042.html>

[30] <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/it/home/wirtschaft/taetigkeitsgebiete/chemie-und-pharma.html>

[31] <https://www.interpharma.ch/blog/medienmitteilung-die-pharmabranche-ist-der-motor-der-schweizer/>

[32] <https://www.novartis.com/ch-de/investoren/kennzahlen-und-analyse/dividendenentwicklung>

[33] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/311686/umfrage/weltweiter-arzneimittelumsatz-von-verschreibungspflichtigen-generika-und-originalpraeparaten/>

[34] <https://time.com/6336840/patent-manipulation-insulin-prices/>

[35] https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2795180?utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_term=081622

[36] <https://jacobin.com/2022/05/pharmaceutical-industry-pfizer-covid-vaccines-patents>

- [37] Per saperne di più sul lavoro di cura, vedi la nostra presa di posizione: <https://juso.ch/fr/positions/feminisme/papier-de-position-sur-le-travail-du-care/>
- [38] <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/beschaefigung-berufe-gesundheitsbereich.html>
- [39] Statistiche dell'UST Salute 2024
- [40] Il riferimento è alle donne, poiché si tratta di statistiche binarie.
- [41] <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/pflemo/personnel-avec-un-diplme-etranger>
- [42] https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_bulletin_2016-12_f.pdf
- [43] <https://ssp-vpod.ch/themes/sante/une-sante-qui-vacille/> & <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/295922/umfrage/anzahl-der-berufstaetigen-aerzte-in-der-schweiz-nach-geschlec>
- [44] <https://sbk-asi.ch/fr/campagnes/campagnes/mise-en-oeuvre-initiative/histoire>
- [45] VPOD Zurigo, Salari nel settore sanitario 2024, Stephanie Fuchs
- [46] Articolo VPOD Sanità
- [47] Condizioni di lavoro nel settore sanitario con particolare attenzione alla tutela della salute del personale infermieristico, Niklaus Seline 2022
- [48] <https://www.praktischerarzt.ch/magazin/news-und-politik/umfrage-medizinstudierende-abbruch/>
- [49] Devaux, A., "La grossophobie médicale pèse sur la santé des patients", *La Côte*, 8 marzo 2023.
- [50] <https://www.swisshealthweb.ch/fileadmin/assets/SAEZ/2024/bms.2024.1478116889/bms-2024-1478116889.pdf>
- [51] Ufficio federale di statistica. 2023. "Medizinische Grundversorgung: Halb so viele Ärztinnen und Ärzte pro Kopf auf dem Land wie in der Stadt". 24 novembre 2023. (<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/29105538>).
- [52] Tzogiou, Christina. 2021. "Was erklärt die Ungleichheiten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Migranten und Schweizern?". *Gesundheitsökonomie ZHAW*, 8 aprile 2021. (<https://blog.zhaw.ch/gesundheitsoekonomie/2021/04/08/was-erklaert-die-ungleichheiten-in-der-inanspruchnahme-von-gesundheitsleistungen-zwischen-migranten-und-schweizern/>).
- [53] Haldemann, Muriel. 2023. "Stationäre Psychiatrie: Wirksame Behandlungen und weniger Freiheitsbeschränkende Massnahmen im Jahr 2022". ANQ, 17 ottobre 2023. (<https://www.anq.ch/de/medienmitteilungen/stationaere-psychiatrie-wirksame-behandlungen-und-weniger-freiheitsbeschraenkende-massnahmen-im-jahr-2022/>).
- [54] Roth, Rafaela. 2024. "Der Tod eines 18-jährigen Autisten in der Klinik Königsfelden wirft Fragen auf: Warum musste Theo W. sterben?". NZZ, 13 aprile 2024. (<https://www.nzz.ch/report-und-debatte/der-tod-eines-18-jaehrigen-autisten-in-der-klinik-koenigsfelden-wirft-fragen-auf-warum-musste-theo-w-sterben-ld.1825101>).
- [55] Nikolic, Tijana. Küttel, Kilian. 2022. "«Schwere Fehler» bei Zwangsmedikation: Wie die Klinik Zugersee immer wieder gegen das Gesetz verstösst". *Zuger Zeitung*, 2 luglio 2022. (<https://www.zugerzeitung.ch/zentralschweiz/zug/zuger-psychiatrie-neue-vorwuerfe-an-klinik-zugersee-ich-konnte-nicht-mehr-hinter-dem-stehen-was-dort-ablaeuft-ld.2298882>).
- [56] SRF investigativ. 2024. "Psychiatrische Kliniken. Fixiert und eingesperrt. Wie Zwangsmassnahmen junge Menschen in der Schweiz traumatisieren". SRF, 1° maggio 2024. (<https://www.srf.ch/news/schweiz/missstaende-in-der-psychiatrie-sechs-tage-festgebunden-und-mit-medikamenten-ruhiggestellt>).

[57] Maggiori informazioni su questo tema sono contenute nella nostra risoluzione a favore della tredicesima AVS: <https://juso.ch/it/posizioni/una-tredicesima-per-tutt-ile-pensionat-del-1-pilastro/>

[58] <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/pflemo/nurse-to-patient-ratio>; https://www.pflege-pbs.ch/wp-content/uploads/2021/09/2_PflegeOutcomesNurse-Pat-Ratio_MSSimon-Kopie.pdf