

ROMA 15-17 NOVEMBRE 2024

CHI
SI
CURA
DI
TE?



IX ASSEMBLEA NAZIONALE

*"I diritti delle persone devono essere di tutte le persone,
proprio di tutte, altrimenti chiamateli privilegi."*

— Gino Strada

DOCUMENTO POLITICO



Documento Politico:	1
1 Contratto e Lavoro	1
2 Filiera della formazione medica	3
2.1 Riforma del numero chiuso	3
2.2 Formazione pre-laurea	4
2.3 Formazione post-laurea e specializzazione	5
3 Ruolo sociale dell3 medic3 in formazione	6
4 Medicina Transfemminista	8
4.1 Due anni del Governo più antifemminista della storia	8
4.2 La Controguida alla Medicina Transfemminista	8
4.3 Contro il reato universale di GPA noi obiettiamo!	9
4.4 Lotta alle molestie nei luoghi di cura	9
4.5 Molto più di 194!	10
4.6 Mai più invisibili	10
4.7 Educazione sessuale come prevenzione al Patriarcato	11
4.8 Parte della marea transfemminista	11
5 Medicina Decoloniale	12
Parte rivendicativa	12
Parte programmatica	13
6 One Health For Future	13
6.1 Una transizione necessaria	13
6.2 Il ruolo dell3 professionist3 della salute nella crisi eco-climatica	14
6.3 Supporto all3 attivist3, una nuova stagione repressiva	15
6.4 Verso la One Health e la Planetary Health	16
7 SiCuraMente	17
Parte rivendicativa	19
Parte programmatica	19
8 Campagna per le cure primarie	19
8.1 Il ruolo e la formazione della medicina generale	19
8.2 Lo stato delle cure primarie in Italia	20
8.3 Lo smantellamento del SSN per l'avanzamento del privato	21
8.4 Cure primarie intersezionali, orientate alla comunità	22
Parte programmatica	23

Documento Politico:

1 Contratto e Lavoro

Le condizioni di lavoro degli operatori sanitari in Italia sono profondamente influenzate dal continuo definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che ha effetti diretti sia sulla qualità delle cure fornite ai pazienti, sia sulle condizioni lavorative del personale. La carenza di risorse si traduce in strutture sovraffollate, mancanza di personale e una gestione sempre più precaria, con il conseguente aumento dello stress lavorativo per medici, infermieri e operatori sanitari in generale. Questo degrado dei servizi di cura non solo compromette la qualità delle prestazioni sanitarie, ma incrementa anche i rischi di violenza sia fisica che psicologica, con una pericolosa escalation delle aggressioni nei confronti del personale.

Il fenomeno delle aggressioni verbali e fisiche da parte dei pazienti è in forte aumento, spesso alimentato dalla frustrazione per i tempi d'attesa, la scarsità di personale e la difficoltà di accesso alle cure. Tuttavia, oltre a questa violenza esterna, gli operatori sanitari, e le donne in particolare, sono esposti anche a comportamenti aggressivi o discriminatori da parte di altri colleghi, in un ambiente lavorativo che talvolta non offre adeguate protezioni o strumenti per contrastare il mobbing e le molestie. Questi comportamenti, insieme alla difficoltà di conciliare vita privata e professionale, creano un ambiente che può risultare alienante e demotivante.

Inoltre, l'organizzazione piramidale e rigidamente gerarchica del lavoro, che caratterizza molti ospedali e strutture sanitarie, accentua la distanza tra le diverse figure professionali e soffoca la possibilità di un coinvolgimento diretto dei lavoratori nella gestione e nell'organizzazione delle cure. Domina una visione alienante del lavoro, dove le decisioni vengono prese da una ristretta élite dirigenziale senza tener conto delle reali necessità del personale in prima linea.

Infine, una condizione particolarmente critica riguarda i medici specializzandi. Spesso costretti a orari di lavoro massacranti e a un elevato carico di responsabilità, pur ricevendo compensi nettamente inferiori rispetto ai medici già specializzati. Lavorano in una condizione di grande pressione, con un salario oramai inadeguato, senza un adeguato supporto formativo e con poca valorizzazione del loro ruolo, contribuendo in modo significativo alla crescente frustrazione e al burnout nel sistema sanitario.

Per affrontare efficacemente le gravi problematiche che affliggono il sistema sanitario, è imprescindibile un adeguamento della spesa sanitaria che risponda concretamente ai bisogni della popolazione e garantisca condizioni di lavoro dignitose per gli operatori sanitari. Occorre migliorare poi la qualità degli ambienti di lavoro e le condizioni delle strutture, con un'attenzione particolare alla prevenzione del burnout e con l'adozione

di misure che intervengano sull'emersione delle violenze sul personale, per arginarle e prevenirle.

40 Rivendichiamo anche la creazione un sistema di partecipazione attiva e orizzontale della sanità, un nuovo sistema di gestione che favorisca il dialogo tra I3 pazienti, I3 caregiver e I3 operator3 a tutti i livelli professionali, in grado di migliorare la qualità dell'ambiente di lavoro e, conseguentemente, quella delle cure.

45 Infine, la figura dello specializzando deve essere profondamente rivisitata. Si rende ormai necessario trasformare lo specializzando in un lavoratore a tutti gli effetti, dotato di un contratto di formazione-lavoro che riconosca la sua condizione di dipendenza economica e professionale, prevedendo adeguate garanzie salariali e diritti lavorativi, come ferie, malattia e congedi parentali. Un simile intervento non solo migliorerebbe le condizioni economiche e professionali degli specializzandi, ma contribuirebbe anche a una più equa distribuzione delle risorse e a un sistema sanitario più giusto e
50 sostenibile, in cui chi lavora per la salute della comunità venga adeguatamente riconosciuto, protetto e valorizzato.

Per raggiungere questi obiettivi fondamentali, è necessario intraprendere un'azione politica e sociale articolata e coerente, che coinvolga diverse leve e strumenti. In primo luogo, sarà essenziale promuovere inchieste e ricerche che documentino in modo
55 preciso le difficili condizioni di lavoro degli operatori sanitari, evidenziando i casi di violenza, la carenza di risorse e la disfunzione del sistema. Queste iniziative devono essere accompagnate da campagne di informazione mirate a sensibilizzare l'opinione pubblica, i decisori politici e le istituzioni sulla necessità di rivedere profondamente le politiche sanitarie e il trattamento dei lavoratori. L'informazione deve essere capillare,
60 per dare visibilità a un problema che spesso viene trascurato o minimizzato.

In parallelo, la costruzione di alleanze con organizzazioni sindacali, movimenti sociali e altre realtà che condividono una visione progressista della sanità e del lavoro sarà un passo fondamentale per rafforzare il nostro intervento. Solo attraverso un'azione collettiva, unita e diffusa, sarà possibile mettere pressione sui decisori politici per
65 ottenere i cambiamenti necessari. Le organizzazioni sindacali, in particolare, hanno un ruolo cruciale nell'organizzare la mobilitazione dei lavoratori e nel portare avanti richieste di miglioramento delle condizioni salariali e professionali.

Contemporaneamente, dovremo intervenire attraverso i canali istituzionali con i ministeri competenti e le regioni, per proporre misure concrete che rispondano alle
70 esigenze di riforma del sistema sanitario e della condizione degli operatori sanitari. Impostando confronto costante con le istituzioni per orientare le politiche pubbliche verso un miglioramento reale e sostenibile.

Infine, la mobilitazione dei lavoratori e della società civile sarà il motore di tutto questo processo, attraverso scioperi, manifestazioni e altre azioni di protesta che possano far
75 sentire con forza la nostra voce. La lotta per una sanità giusta e per il riconoscimento

dei diritti degli operatori sanitari è un obiettivo che può essere raggiunto solo se siamo pronti a unirli e ad agire, con determinazione e unità, per cambiare realmente lo stato delle cose.

2 Filiera della formazione medica

80 2.1 Riforma del numero chiuso

Da quando il numero programmato per l'accesso alla facoltà di medicina e chirurgia è stato istituito, i vari governi l'hanno sempre difeso come una programmazione delle mediche necessarie a sostenere il Servizio Sanitario Nazionale. La realtà dei fatti è che il calcolo del numero di posti si basava invece sulla mera necessità di far quadrare il bilancio delle aziende sanitarie tra pensionati e neoassunti senza alcuna ottica espansiva. Inoltre, con i vincoli di bilancio e il blocco del turnover del governo Berlusconi IV - che impedivano un investimento nella sanità superiore al 1.5% dell'anno precedente - e i successivi 37 miliardi di tagli alla spesa sanitaria (Fonte: Rapporto Gimbe 2021) dal 2010 al 2020, il numero programmato stabilito risultava addirittura insufficiente a coprire i pensionamenti, determinando la grave carenza di organico in cui attualmente ci troviamo. Nessun governo degli ultimi 15 anni ha mai ragionato in termini di filiera sulla formazione medica, creando forti mismatch tra numero di ammessi al corso, numero di borse di specialità disponibili e numero successivo di assunzioni.

95 Qualche settimana fa la ministra all'università Anna Maria Bernini del governo Meloni I ha firmato un decreto con cui - secondo le dichiarazioni - abolisce il numero programmato. In realtà il numero programmato rimane, semplicemente la selezione viene spostata alla fine del primo semestre e verrà fatta in base a crediti raggiunti e voti conseguiti.

100 Questa riforma è un vero e proprio disastro, innanzitutto perché a costo zero, non investe un euro in più in aule, assunzione di docenti, laboratori ecc. In questo modo le strutture universitarie pubbliche, già traballanti, collassano, determinando una didattica di qualità indecente che si svolgerà in condizioni pessime quali aule sovraffollate, interazione tra docente e studente prossima allo zero e impossibilità di svolgere attività laboratoriali.

105 Questa riforma, infatti, si colloca coerentemente nel progetto della destra di aumentare il divario di qualità dei servizi tra privato e pubblico - a discapito ovviamente del pubblico - per giustificare un definanziamento sempre più violento dei servizi statali di questo Paese.

110 La riforma ovviamente non ragiona in nessun modo di filiera, ma si inserisce soltanto a spot sull'inizio del percorso formativo medico senza rifinanziare né ampliare nessuna delle tappe successive. Inoltre, con questa selezione "meritocratica" in base a media e cfu conseguiti, senza un diritto allo studio solido si pone veramente una questione

115 di classe nell'accesso alla facoltà di medicina, dove chi ad esempio deve lavorare perché non ha la borsa di studio è sicuramente svantaggiato rispetto a chi si trova nella possibilità di studiare e basta. Figuriamoci lo spazio che lascia a sistemi di raccomandazione e amichettismi tra parenti e professori.

120 Va tenuto anche conto che un modello del genere esiste già, ovvero quello francese, dove nel primo semestre si registra un'impennata del livello di competitività tossica. Le lezioni sono tutte video registrate e proiettate in aule straripanti dove le prime file fanno rumore appositamente per non far sentire chi è seduto dietro, i studenti si rubano tra di loro gli appunti o addirittura vengono fabbricati appunti volutamente falsi. Infine, sempre nel contesto francese, fioriscono corsi privati costosissimi integrativi proprio perché la didattica è di qualità pessima.

125 Come Organizzazione siamo convinti che serva ampliare la platea di persone che intraprendono la formazione medica con l'obiettivo di ripristinare l'organico negli ospedali e garantire una medicina territoriale capillare. Quell'ampliamento però deve avvenire a tutti i livelli della filiera, nell'ottica di garantire una programmazione occupazionale oltre che la qualità della didattica: per cui non solo più aule e docenti, 130 non solo tirocini veramente formativi, ma anche un piano di assunzioni che ripristini l'organico affinché le specializzazioni non siano utilizzate come tappabuchi e nuove strutture sanitarie territoriali, insieme a quelle già esistenti, con cui ampliare la rete formativa e coprire le aree interne.

135 Se proprio deve esistere un numero programmato, quella programmazione deve avvenire in base ai reali fabbisogni di salute delle regioni, fabbisogni che per essere soddisfatti non basta ripristinare l'organico nelle strutture già esistenti. Serve urgentemente restituire a tutta la popolazione, anche quella che vive lontana da ospedali e grandi centri, un diritto universale alla salute e per farlo serve altrettanto urgentemente formare in percorsi di qualità e in condizioni di lavoro dignitose molti 140 più operatori sanitari di quanti ne stiamo formando attualmente.

2.2 Formazione pre-laurea

La formazione pre-laurea del percorso in medicina ad oggi presenta una serie di criticità. Innanzitutto, nelle modalità didattiche e valutative: frontali, nozionistiche, improntate sul lavoro individuale e in competizione costante con i altri studenti. 145 Soprattutto è già durante la formazione pre-laurea che ci viene insegnato che per diventare medico è giusto sacrificare la nostra salute mentale se necessario. Crediamo invece nella necessità di una didattica non frontale, collaborativa, che ci educi al confronto i nostri pari e che premi il ragionamento clinico rispetto alla mera lezione.

150 Un altro elemento critico consiste nei programmi: ci viene insegnata una medicina patriarcale, che prende a modello - anche rispetto ai sintomi delle patologie, vedi l'infarto - l'uomo bianco caucasico normopeso cisgenere ed eterosessuale. Ci viene insegnato che il paziente mente sempre, addirittura per spiegarci cos'è un sintomo si

ricorre a Semmelweis, secondo il quale se si immagina il medico come una mamma e la paziente come una bambina i sintomi sono i suoni privi di significato con cui
155 l'infante che ancora non conosce le parole cerca di comunicare con la genitrice. Abbiamo bisogno di apprendere invece una pratica medica fondata sull'ascolto, non paternalista, che metta al centro il benessere della paziente che per forza dipende anche dalle sue condizioni sociali e dalle forme di oppressione che vive. Così come è davvero grave che manchino corsi di comunicazione col paziente, di salute e crisi
160 climatica e di medicina decoloniale.

Infine, è inaccettabile quanto sia scarso il valore formativo dei tirocini durante il corso di laurea. La totale assenza di obiettivi formativi chiari senza che diventino strumenti di ricatto e soprattutto il fatto che coloro che vengono chiamati tutor non sono altro che medici in turno in piena crisi dell'organico senza formazione né retribuzione per
165 l'attività di tutoraggio rende quei momenti per forza vuoti nella quasi totalità dei casi. Crediamo che la figura della tutor richieda una breve formazione ad hoc e che chi svolge quella mansione lo deve poter fare fuori dai propri turni previsti ma pur sempre come parte del proprio monte ore lavorativo.

2.3 Formazione post-laurea e specializzazione

170 L'incremento dei posti al concorso SSM, negli ultimi anni, seppur abbia in parte "sanato" l'imbuto formativo, ha evidenziato un notevole numero di borse perse per quanto riguarda alcune specialità, soprattutto dell'area dell'emergenza-urgenza.

Una situazione che rispecchia una fuga generalizzata di professionisti dai pronto soccorso, ormai in carenza cronica di personale.

175 Nonostante questa tendenza negativa, la politica non ha mai preso in mano la situazione, cercando di correggere le criticità; si è pensato ad aumenti per i medici in specialità che operano nei reparti più critici, ma senza nulla di fatto.

Che la retribuzione dei medici in formazione specialistica sia insufficiente è argomento noto: da anni ci scontriamo con un costo della vita esagerato, a cui è difficile fare fronte
180 con il compenso mensile attuale.

Molto medici in formazione, quindi, sono costretti a dover districarsi in guardie mediche e sostituzioni di medicina generale, così da incrementare le proprie entrate mensili (a scapito del proprio tempo libero, da dedicare a vita privata e riposo).

185 Con l'istituzione del decreto Calabria, nel 2018, è stata aperta la possibilità per gli specializzandi di poter prendere servizio, con contratto della dirigenza medica, prima di aver concluso la propria formazione.

Una misura che, per quanto abbia avuto un certo successo, ha rappresentato una via per tamponare gli organici al collasso, assumendo nuove "leve".

190 Infatti, spesso i giovani medici accedono alla dirigenza medica ben prima di aver terminato il proprio percorso, a scapito della propria formazione.

195 In tutto ciò, nonostante le numerose rivendicazioni, non è mai partito un vero tavolo di lavoro ministeriale per dare vita ad un contratto di “formazione lavoro”, che rappresenterebbe un’alternativa al decreto Calabria, permettendo ai giovani medici in formazione di essere assunti, continuare il proprio percorso di crescita e abbandonare definitivamente la retribuzione con borse di studio.

Appare opportuno, dunque, prevedere due fasi di rilancio: una prima in cui rimuovere le incompatibilità attuali col contratto di formazione specialistica, così da garantire maggiore flessibilità e opportunità per quanto riguarda incarichi extra; una seconda, di maggiore rilievo, che rappresenta l’istituzione di vero contratto di formazione lavoro.

200 **3 Ruolo sociale dell3 medic3 in formazione**

La figura dellə specializzandə è una figura ancora adesso ibrida e non chiara, tant’è che quando ci si riferisce ai suoi diritti lə si associa alla figura dellə studente (reddito, autonomia, valutazioni), mentre quando è necessario perappare le carenze di organico lə si considera un lavoratorə.

205 Questa impostazione limita la libertà di esporsi dellə medicə in formazione; è prevista poca autogestione in un percorso quasi completamente determinato da altri. Mancano spazi (fisici e istituzionali) in cui potersi esprimere - confrontare - aggregare rispetto alle proprie condizioni lavorative, temi socio-politici e ai percorsi di rappresentanza; viene meno quindi un ragionamento di sistema sulla professione e sulla sanità,
210 concentrandosi solo sugli aspetti tecnici del lavoro.

Non si trovano momenti e strumenti per accogliere le difficoltà di ognunə, atomizzando i vissuti e le esperienze lavorative di ognunə.

Vige una cultura gerontocratica per cui chi ha attraversato condizioni di lavoro difficili tende a perpetrarle e a considerarle imm modificabili, ovvie e a volte necessarie.

215 La categoria dell3 medic3 in formazione, infatti, non è affatto sindacalizzata, sia per la natura dei contratti (non CCNL, quindi non ufficialmente rappresentata), sia per la sua breve durata. Inoltre, è difficile individuare una controparte a cui chiedere maggiori diritti, essendo la competenza su un piano teorico completamente del MIUR, ma praticamente spesso dipendente dall’ospedale o dal ASL.

220 Infine, mancano le conoscenze rispetto a quali siano gli organi di rappresentanza a cui fare riferimento e le modalità con cui rivolgersi.

Questo vuoto viene parzialmente colmato da associazioni che mantengono però un approccio molto corporativista con scarsa visione di insieme sulla filiera formativa nel suo complesso e sul futuro del SSN. Tale approccio determina inoltre una narrazione

225 tossica nel rivendicare i diritti, andando ad opporre un NOI operatori sanitari ad un VOI utenti/pazienti.

Anche nella rappresentazione mediatica lo specializzando è una figura che per la maggior parte del tempo viene invisibilizzata, salvo casi in cui è utilizzata come capro espiatorio, di giovani festaioli (covid).

230 Eppure, nei grandi ospedali così come nelle strutture territoriali di continuità assistenziale la medici in formazione sono la presenza più numerosa. Per questo motivo, ed essendo ovviamente la prossima generazione di medici, dovrebbero aver diritto di parola sul percorso formativo e lavorativo, sul modello organizzativo del SSN, sulla qualità ed accessibilità dei servizi. Non solo, la medici in formazione dovrebbero
235 ricoprire un ruolo sociale centrale, con una maggiore coscienza della propria categoria e della propria possibilità di agire.

Deve essere chiaro a noi e nella narrazione che proponiamo il nesso tra una condizione lavorativa migliore e la tutela del diritto alla salute.

Abbiamo bisogno di instaurare meccanismi di solidarietà tra medici in formazione che
240 non cadano nel corporativismo miope, ma anzi che permettano di decostruire un modello lavorativo performativo, a volte non ottimizzato e disorganizzato, che manca di riconoscere e valorizzare il nostro tempo e le nostre energie. È necessario, in questo momento politico dominato da una politica fascista, sentirci responsabili di prendere parola davanti a politiche che entrano in aperto contrasto con la nostra deontologia
245 professionale (CPR, GPA, Daspo sanitario, ecc).

È allora compito dell'organizzazione per il prossimo anno favorire forme di aggregazione ed attivazione locale, promuovere formazione e consapevolezza su quali siano gli organi gli strumenti e le modalità di azione sindacale già presenti per potersi tutelare ed attivare (osservatorio nazionale, consulta spec, ordine dei medici,
250 comitato di direzione di facoltà, consiglio di scuola...).

Dobbiamo includere, a fianco di posizioni generali ed analisi politiche, azioni concrete e obiettivi a medio-breve termine che abbiano ricadute pratiche nella nostra vita lavorativa.

È fondamentale avere una postura mutualistica verso i nostri colleghi, anche
255 attraverso lo strumento dell'infopoint, affinché chi si rivolge a noi non solo trovi risposte ai suoi specifici problemi, ma anche stimolo e strumento per organizzarsi collettivamente nell'affrontarli.

Infine, per interpretare il nostro ruolo sociale è importante che l'organizzazione attraversi percorsi politici con altri soggetti e contribuisca, con partecipazione attiva, ai
260 processi di mobilitazione del nostro paese.

4 Medicina Transfemminista

4.1 Due anni del Governo più antifemminista della storia

265 Il Governo Meloni I non ha perso un'occasione che sia una di agire contro l'autodeterminazione di donne e persone LGBTQIA+.

270 Ha usato gli episodi di violenza sessuale di gruppo di Palermo e Caivano come assist per approvare il Decreto Caivano, una serie di norme prettamente securitarie e penali senza alcuna forma di prevenzione culturale della violenza. Ha aperto le porte dei consultori ai Pro Vita, con degenerazioni immediate come la stanza dell'ascolto a Torino. Ha reso la GPA reato universale, mettendo a rischio il benessere delle persone neonate visto che vedrebbero andare i loro genitori in carcere, con la chiara intenzione di impedire l'omogenitorialità e intimando la classe medica attraverso la ministra Eugenia Roccella a denunciare eventuali sospetti di ricorso alla GPA. Il governo a un anno dal femminicidio di Giulia Cecchettin e i successivi 97 femmicidi propone 275 attraverso il ministro Giuseppe Valditara un'"educazione ai sentimenti" gestita da soggetti come Crepet, che vorrebbe portare nelle scuole testi ammiccanti alla pedofilia come Lolita e che propagano stereotipi di genere tossici diseducativi rispetto al concetto di consenso.

280 Quasi tutti questi attacchi hanno in comune il fatto di coinvolgere le strutture sanitarie e i operatori sanitari, ostacolando la pratica medica e la prevenzione guidata dalla deontologia che dovrebbe già mettere al centro il benessere del paziente e dunque il suo diritto ad autodeterminarsi. Per questo ci troviamo in una fase storica in cui i diritti sanitari legati ai nostri corpi vengono messi in forte discussione e se la medicina è il campo di battaglia su cui si svolgono questi attacchi, una Medicina Transfemminista 285 è una forma di resistenza urgente è necessaria.

4.2 La Controguida alla Medicina Transfemminista

Nonostante la controparte sia potente e aggressiva non ci trova impreparati: dopo lunghi anni di elaborazione, Chi si cura di te? è pronta a lanciare all'inizio di questo mandato la Controguida alla Medicina Transfemminista, un patrimonio di analisi 290 prezioso nonché frutto di una paziente scrittura orizzontale e partecipativa.

Dobbiamo essere coscienti di quanto possa essere uno strumento con cui travolgere e trasformare la formazione e la pratica medica e di quanto, in una fase storica come questa, possa rappresentare a tutti gli effetti una forma di anticorpo culturale con cui resistere e controbattere agli attacchi che stiamo subendo.

295 Per questo, una volta sciolta all'interno della campagna la modalità di pubblicazione, è fondamentale individuare gli strumenti con cui integrarla nei piani di studio universitari, presentarla nelle facoltà di medicina e agli ordini dei medici affinché possa essere uno spunto per ECM e FAD.

Infine, la Controguida va intesa come un supporto a tant3 medic3 che non hanno avuto, come noi, la fortuna di formarsi autonomamente o collettivamente su questi temi visto che la formazione che riceviamo li esclude.

4.3 Contro il reato universale di GPA noi obiettiamo!

Sulla GPA siamo stat3 tra le pochissime realtà ad aver preso una posizione articolata e complessa che verte su un principio che applichiamo anche al diritto all'aborto: la libertà di scegliere sul proprio corpo e in questo caso sul proprio utero. Questo non implica essere a favore dello sfruttamento né essere inconsapevoli del fatto che il capitalismo sfrutta i corpi delle donne mettendoli a valore, così come lo fa con chiunque debba raccogliere pomodori per permettersi da vivere.

Ma ancora una volta deve valere il concetto di autodeterminazione quando ci poniamo come medic3 davanti al desiderio di benessere di una persona attraverso una pratica medica: la totale libertà nella scelta da parte dell3 paziente e la sua tutela, oltre che quella di tutte le altre persone coinvolte.

La ministra Eugenia Roccella sostiene che invece dovremmo denunciare ogni volta che nutriamo il sospetto che una coppia abbia ricorso alla GPA - sospetto nutribile anche volendo solo nei confronti di coppie omogenitoriali. Peccato che la ministra ignori quanto questo vada contro ogni base deontologica della professione e dobbiamo essere pront3 a lanciare una campagna dal titolo "questa volta oggetto io: curo, non denuncio", attorno alla quale aggregare l3 tant3 medic3 che hanno già espresso il loro dissenso su questo intervento.

4.4 Lotta alle molestie nei luoghi di cura

Durante quest'anno sono emersi nel dibattito pubblico diversi casi di molestie avvenute in strutture sanitarie. Ancora una volta la stampa li ha rappresentati come casi isolati ad opera di mostri, narrazione tossica che contribuisce a far sì che venga a meno un approccio sistemico al fenomeno e che dunque lasci nell'ombra tantissimi casi sommersi.

A peggiorare le cose sono i rapporti di potere gerarchici all'interno delle strutture sanitarie e la normalizzazione di gesti più effimeri - come complimenti non richiesti, costanti commenti sull'altrui aspetto - che però comunque travalicano il consenso e a loro volta rendono le vere e proprie molestie possibili.

Le molestie si collocano quadro più ampio delle varie forme di violenze nei luoghi di cura, come ad esempio le aggressioni ai danni dell3 operator3 sanitari3.

Se nell' esprimerci online su questi temi, lanciando un questionario online su molestie e violenze nelle strutture sanitarie, abbiamo ottenuto un ottimo riscontro, si rende necessario uno sforzo di militanza in più per far vivere il questionario attraverso

335 stampe cartacee con QR code anche nei reparti, nelle bacheche degli ospedali, negli ambulatori, nelle sale di attesa. Se davvero vogliamo combattere questo fenomeno, è necessario raggiungere anche quelle persone che non seguono i nostri canali social.

Rilanciare il questionario in maniera fisica non solo deve rappresentare la nostra attivazione del 25 novembre, ma si tratta anche un'occasione per uscire dagli spazi
340 virtuali e stare come Organizzazione nei luoghi di lavoro.

4.5 Molto più di 194!

L'attacco al diritto all'aborto da parte del Governo viene agito, a differenza degli altri temi citati in questa tesi, in maniera più subdola. Probabilmente la stessa Meloni è consapevole che un attacco frontale alla 194 porterebbe a una polarizzazione sociale
345 importante, in grado di compattare un blocco sociale ampio che va dalla sinistra del PD e i Cinque Stelle fino a NUDM, passando per le varie associazioni anche più istituzionali per la difesa della 194. Infatti, la Presidente del Consiglio ha continuato a dichiarare in questi due anni che non ha intenzioni di abrogare la 194 per poi svuotarla lentamente dal suo interno, facendo entrare nei consultori le associazioni Pro Vita.

350 L'enorme sostegno cittadino che ha ricevuto l'occupazione della stanza dell'ascolto a Torino ci deve far pensare che è arrivato il momento di forzare quella polarizzazione prima che sia troppo tardi e dunque non solo difendere lo status quo della 194 ma andare oltre e rivendicare l'abolizione della settimana "per pensarci" attualmente prevista, la distribuzione della RU486 e il superamento dell'obiezione di coscienza.

355 Inserendoci nei percorsi locali dei movimenti transfemministi, dobbiamo rivendicare bandi di concorso regionali per ginecolog³, ostetric³ e infermier³ non obiettor³ e il rifinanziamento dei consultori familiari. Infine, è fondamentale smascherare anche nella nostra comunicazione la natura violenta di realtà come quella dei Pro Vita affinché tornino a stare lontani dai luoghi di cura.

360 4.6 Mai più invisibili

Il ritardo diagnostico vergognoso che oggi si registra sulle cosiddette patologie invisibili (Vulvodinia, Neuropatia del Pudendo, Dolore Pelvico e l'Endometriosi) ci dà la misura di quanto sia grande il buco formativo che produce il patriarcato nella medicina. La concezione per cui provare dolore durante la penetrazione sia normale, che basti
365 "rilassarsi" o bere un bicchiere di vino è ancora troppo diffusa tra l³ stess³ medic³.

Il Comitato Vulvodinia e Neuropatie Del Pudendo ha il grande merito di aver portato alla luce questa vera e propria emergenza, visto che riguarda 1 donna su 7, che non solo è grave per l'entità del ritardo diagnostico, ma ci racconta di un Servizio Sanitario Nazionale non pronto ad accogliere questa esigenza di cura. Le donne sono costrette
370 a fare centinaia di chilometri per trovare uno specialista competente sul campo, il tutto con visite private dai costi inaccettabili. Inoltre, proprio perché alle case farmaceutiche

non conviene, mancano studi di prima linea che permettano di rendere soggetti a esenzione i farmaci attualmente in uso.

375 Il comitato ha intenzione di lanciare un manifesto con 10 punti sottoscrivibili che a partire da richieste specifiche per la tutela di chi è affetto da patologie invisibili vuole aggregare anche intorno a temi più generali come la revisione della formazione medica, l'opposizione al regionalismo differenziato, la difesa del diritto all'aborto e il rifinanziamento generale della sanità. Per il lancio del manifesto il comitato ha
380 proposto a noi di essere soggetto partner (l'unico), riconoscendo come principale realtà medica alleata. Si tratta di una responsabilità politica che, come Organizzazione, dobbiamo assumerci in questo mandato.

4.7 Educazione sessuale come prevenzione al Patriarcato

385 Sono anni che sosteniamo che l'educazione sessuale è il principale strumento di prevenzione alla violenza di genere e all'omolesbobia e alla transfobia. La destra italiana lo sa bene e si articola da altrettanti anni in strategie ben organizzate per evitare che nelle scuole ne entri anche solo una vaga formaedulcorata. Basti pensare che sul DDL Zan la stessa Lega era d'accordo sugli aggravanti penali, ciò che ha fatto naufragare quella legge era una timida proposta di giornata di educazione sessuale nelle scuole.

390 Oggi la destra fa un passo avanti e se da un lato vuole rendere reato la diffusione "del Gender" (strategica costruzione fittizia di una fantomatica ideologia che cospira per rovesciare l'ordine costituito utile a spaventare le famiglie) dall'altro vuole inserire nei programmi scolastici un'educazione "ai sentimenti" basata su stereotipi tossici di genere che negano il consenso e insistono sul concetto di possesso, stereotipi che
395 non farebbero altro che alimentare quell'eterocispatriarcato che oggi uccide donne e comunità LGBTQIA+ .

Per questo serve sciogliere gli indugi e aggregare un blocco sociale e culturale per costruire un modello chiaro di Educazione Sessuale al Piacere e al Consenso, non eterocis normativa, non performativa, non mononormativa e non binaria. Un modello
400 e un blocco sociale che possa permetterci di scrivere e promuovere leggi di iniziativa popolare a livello nazionale, regionale e locale. Proprio per questo ci diamo mandato di convocare per la primavera gli Stati Generali dell'Educazione Sessuale per costruire quel blocco e quel modello.

4.8 Parte della marea transfemminista

405 Continuiamo a partecipare al movimento transfemminista di Non Una Di Meno, dando il nostro contributo come assistenza di piazza durante le mobilitazioni e facendoci contaminare dall'analisi del più grande movimento trasformativo degli ultimi 5 anni.

5 Medicina Decoloniale

Nonostante la decolonizzazione “formale”, ossia l’autonomia politica e in parte anche economica conquistata a caro prezzo dalla maggior parte dei territori colonizzati, le strutture del colonialismo continuano a perpetuarsi, riproducendo pressoché le stesse, se non ancora più crudeli e spietate, logiche di sfruttamento e potere. Ufficialmente l’era storica del colonialismo è terminata, ma il capitalismo neoliberale continua a sfruttare una parte della popolazione mondiale a vantaggio dell’occidente bianco, riducendola a mero oggetto dei propri desideri e interessi. Al colonialismo sopravvive quella che diversi autori chiamano “colonialità”. La Palestina in questo scenario rappresenta un’eccezione: se è vero che possiamo parlare di fine dell’era coloniale, la Palestina rimane colonizzata dall’entità sionista. Dal 1948 ad oggi è oggetto di uno spietato colonialismo d’insediamento messo in atto nell’ambito del progetto sionista che prevede la pulizia etnica della popolazione palestinese nativa e la progressiva espansione di quello che viene definito “the great Israel” che prevede l’annessione di territori come Siria, Libano e Iraq.

Colonialismo, colonialità e razzismo si muovono di pari passo e sono patogeni. Così salute e determinanti sociali di salute risultano strettamente correlati: costrutti sociali come il razzismo influenzano la salute. Influenzano la salute anche i luoghi che attraversiamo e alcuni, come i CPR, sono patogeni. Collocare le persone all’interno del sistema nel quale vivono ci permette di poter osservare i fenomeni da un punto di vista più ampio evitando la patologizzazione dell’individuo. Per questo riteniamo fondamentale parlare di decolonialità dei saperi della cura adottando un approccio decoloniale nella pratica clinica, nella ricerca e nell’attività scientifica che quotidianamente pratichiamo. Inoltre, guardare al sistema nel quale viviamo ci permette di osservare come i luoghi che attraversiamo - ospedali, carceri, ambulatori etc. - non siano impermeabili a colonialità e razzismo. Questi agiscono su chiunque attraversi gli spazi della cura senza guardare se indossa una divisa o meno agendo in maniera ugualmente patogena su operatori come sulle persone in cura. Realizzare l’impatto che questo ha sulle persone razzializzate come non bianche in sanità è fondamentale per poter guardare al fenomeno non come lontano e distante ma come più vicino a noi e all’nostro collegato di quanto crediamo. Le istituzioni che attraversiamo sono sorde a queste analisi e rivendicazioni e come descritto nel documento redatto dalla commissione europea, non adottano strumenti necessari ad affrontare il problema del razzismo istituzionale anzi ne minimizzano il portato e ne riproducono le dinamiche.

Parte rivendicativa

Come gruppo di operatori della salute, ci proponiamo di deviare dall’attuale modello di cure eurocentrico, andando a decostruire le attuali pratiche escludenti e basate su stereotipi razziali, facendo invece spazio a uno standard medico che sia inclusivo e tenga conto di tutte le diverse dimensioni dell’identità delle persone. A nostro avviso,

ciò è essenziale per garantire un diritto alla salute universale e scevro da retaggi coloniali. “La solidarietà è terapeutica” è l’assunto dal quale partiamo, perché stare al fianco delle persone razzializzate, delle persone migranti e dei popoli oppressi non è solo un dovere etico, ma anche uno strumento di tutela della salute. Sono necessari strumenti di tutela delle persone e del personale sanitario atti a denunciare discriminazioni e violenze razziali nei luoghi della cura ed è necessario che questi siano pronti ad accogliere le diverse esigenze legate a usanze/religioni/pratiche differenti.

Parte programmatica

Costruire iniziative di solidarietà al popolo palestinese che non si limitino alla difesa dei bisogni umanitari basilari e che contrastino la tendenza del discorso pubblico alla depoliticizzazione della causa, riportando invece al centro della stessa la necessità di una lotta anticoloniale; sensibilizzare la popolazione e le colleghe sulla realtà dei CPR, anche divulgando strumenti pratici come l’utilizzo dei certificati di inidoneità medica al trasferimento in tali luoghi e collaborando con le realtà che si occupano di questo tema; combattere la criminalizzazione delle persone migranti e delle ONG attive in mare. Costruire letteratura scientifica e divulgativa atta a portare nel mondo delle professioniste della cura saperi e pratiche decoloniali. Per questo stiamo costruendo una controguida decoloniale, abbiamo utilizzato diversi canali: dai social all’organizzazione di momenti di sensibilizzazione, discussione e dibattito in presenza o raccolte fondi di solidarietà. Anche lo strumento dell’inchiesta è un ottimo modo per restituire l’impatto e la portata di alcuni fenomeni sommersi come le microaggressioni, la violenza e la discriminazione razziale nei luoghi di cura.

6 One Health For Future

6.1 Una transizione necessaria

L’anno passato è stato caratterizzato da un decisivo cambiamento nella nostra identità: il passaggio dal nome “Doctors4Future” a “One Health 4 Future”. Questo processo non è stato meramente simbolico, ma ha rappresentato una scelta di campo, il risultato di una riflessione collettiva sulla necessità di ampliare il nostro orizzonte: “Doctors4Future” rifletteva il nostro impegno come professioniste della salute nel movimento per la giustizia climatica, raccogliendo il portato di una fase di mobilitazione dirompente in Europa, guidata da giovani e student3 raccolti intorno all’esperienza di Fridays4Future.

“One Health For Future” cerca di inglobare una prospettiva più ampia, intersezionale e integrata, capace di andare oltre il ruolo professionale e di connettere la salute umana con quella degli animali e degli ecosistemi. Questa visione è ispirata al paradigma della Planetary Health, che rimane per noi un riferimento irrinunciabile, sebbene questo processo di integrazione sia ancora in atto e presenti delle sfide su cui c’è ancora necessità di confrontarci come organizzazione.

Gli elementi metodologici caratterizzanti della Planetary Health sono infatti l'essere allo stesso tempo un **campo di studi** e un **movimento sociale**, orientato alle soluzioni (pratico) e trans-disciplinare, che si occupa degli impatti dei sistemi naturali destabilizzati sulla salute umana e di tutta la vita sulla Terra.

Tali elementi metodologici sono condivisi e adottati in generale da Chi Si Cura di Te?, permeando l'azione politica e caratterizzandone l'identità. L'associazione, nelle sue campagne, si pone a interpretare spesso ruoli duplici, da un lato nello studio e nell'analisi di tematiche di forte interesse sociale e nella promozione di politiche contro-egemoniche, affiancando a questo anche l'obiettivo di aggregare, attivare e contribuire alle lotte in atto e proporre la propria azione politica come coordinata (o integrata) all'interno di esse.

Un secondo aspetto coinvolge la **trans-disciplinarietà**, che è al tempo stesso un obiettivo e una scelta di metodo coerente con una postura intersezionale. Un approccio transdisciplinare si distingue da uno interdisciplinare per il fatto che non si limita alla condivisione di metodiche e tematiche tra campi disciplinari distinti, ma comporta una rielaborazione dei framework conoscitivi e applicativi dei singoli campi, nel tentativo di acquisire nuove conoscenze che i metodi di indagine delle singole discipline potrebbero non essere in grado di cogliere pienamente. Questo metodo si rende necessario poiché certi fenomeni (iperoggetti, secondo Morton)¹ trascendono le capacità di comprensione delle singole discipline, richiedendo approcci più olistici.

L'**orientamento alle soluzioni**, invece, deriva dalla consapevolezza che teoria e pratica non possono essere nettamente separate, portando alla necessità di vivere e assumersi il ruolo che compete all'3 professionista della salute, poiché **il sapere medico non è neutro**. Questo significa che non possiamo limitarci ad analizzare e studiare i problemi, ma siamo chiamati a contribuire attivamente alla loro risoluzione, vivendo il nostro ruolo anche in contesti di mobilitazione e trasformazione sociale. È fondamentale riconoscere che il sapere medico è intrinsecamente legato a questioni sociali e politiche e, quindi, il nostro lavoro deve riflettere questa consapevolezza, in particolare nell'ambito della crisi climatica e della giustizia ambientale, quindi nell'ottica della Planetary Health.

6.2 Il ruolo dell'3 professionista della salute nella crisi eco-climatica

Come professionista della salute e attivista, rivendichiamo il nostro diritto e dovere di impegnarci nella lotta per la giustizia climatica nell'emergenza eco-climatica. Il nostro coinvolgimento non può limitarsi a un ruolo di osservatori o comunicatori: dobbiamo assumere una responsabilità attiva.

L'articolo 5 del Codice di Deontologia Medica cita:

¹ fenomeni talmente grandi ed estesi da mandare in frantumi le nostre tradizionali nozioni su cosa significa abitare il pianeta Terra

“Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull’esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.”

Questo legittima il nostro ruolo in questo campo, ma non è sufficiente. Crediamo che il nostro impegno debba andare oltre: è una responsabilità professionale e morale contribuire attivamente alla **tutela della salute planetaria** e alla promozione di **politiche che ne garantiscano la sostenibilità**.

Un'altra rivendicazione riguarda la necessità di riconoscere e integrare paradigmi come la **Planetary Health e One Health all'interno dei servizi sanitari pubblici**, rendendoli parte delle politiche sanitarie ufficiali. Questo significherebbe adottare approcci transdisciplinari capaci di rispondere alla complessità della crisi climatica e di ampliarne le soluzioni, con una visione che superi il focus limitato sulla cura della malattia con approccio esclusivamente bio-medico, e che miri a un benessere integrale, riconoscendo il ruolo attivo e trasformativo della medicina che risponda all'approccio globale della Planetary Health.

6.3 Supporto all'attivismo, una nuova stagione repressiva

Il gruppo di supporto sanitario agli attivisti dovrebbe diventare un pilastro fondamentale della nostra azione. Non si tratta solo di fornire primo soccorso, ma anche di **costruire spazi di cura** appropriati e adeguati per chi partecipa alle mobilitazioni. In questo contesto, riteniamo fondamentale affrontare il tema della repressione del dissenso nel contesto normativo attuale in Italia, riconoscendo il nostro ruolo anche nella difesa del diritto alla mobilitazione e nell'affiancare chi subisce le conseguenze della repressione.

Va sempre tenuto conto che il nostro ruolo di cura non si può limitare alla sola attività tecnica di assistenza: in queste occasioni forniamo anche supporto morale e legittimazione politica. Siamo consapevoli del potere e dell'autorevolezza che la nostra categoria porta con sé, e del cui uso responsabile dobbiamo farci carico: la medicina rappresenta comunque un'istituzione di potere nella nostra società, e noi interagiamo con persone e realtà che spesso hanno subito gli effetti negativi di quel potere. È essenziale tenere presente questa dinamica quando ci confrontiamo con la realtà della mobilitazione, per capire come contribuire alla creazione di spazi di cura appropriati e rispettosi. Questo implica **coniugare** le competenze di **assistenza medica “tecnica”** con delle **prassi coerenti con la nostra visione di salute e cura**, sia nelle mobilitazioni sia al di fuori di esse.

Un esempio concreto della possibilità di questo dialogo è rappresentato dal supporto fornito durante uno sciopero della fame compiuto da alcuni attivisti a Padova, durante l'estate 2024. Al di là delle motivazioni politiche e dei risultati concreti, l'esperienza maturata durante la fase di preparazione è stata cruciale per comprendere quanto sia

importante organizzare le nostre azioni con un lavoro preparatorio impegnato e condiviso, elementi che riteniamo parte integrante del concetto di cura.

565 Una delle lezioni principali derivate dall'esperienza di Padova è stata la necessità di costruire e mantenere nel tempo una "cassetta degli attrezzi" per attivisti³, fornendo strumenti sempre più accessibili per la preparazione alle azioni di supporto, e integrandoli con le lezioni tratte dalle esperienze sul campo. Ad esempio, una formazione legale dovrebbe essere non solo disponibile, ma anche attivamente promossa e fornita nelle fasi di preparazione alle mobilitazioni.

570 Rispetto a quest'ultimo tema, è importante affrontare il contesto repressivo in cui operiamo, in particolare alla luce del recente **"Decreto Sicurezza" 1660**, in discussione al Senato. Secondo le analisi di realtà come Antigone e Amnesty International, il decreto-legge introduce nuove limitazioni al diritto di protesta, inasprendo le pene per chi partecipa a manifestazioni non autorizzate, aumentando la
575 sorveglianza sulle attività di dissenso e **potenziando l'arsenale repressivo** con misure restrittive come il daspo urbano. Questo decreto non solo mira a scoraggiare l'espressione del dissenso, ma modifica profondamente lo scenario, colpendo non solo chi partecipa direttamente alle proteste ma anche coloro che offrono supporto logistico o morale. Le nuove norme permettono una **maggiore discrezionalità**
580 **nell'applicazione delle misure punitive**, creando un clima di incertezza e repressione che può portare all'auto-censura e alla riduzione della partecipazione attiva.

Queste misure sono particolarmente preoccupanti poiché contribuiscono alla **criminalizzazione delle lotte sociali e ambientali**, rendendo ancora più cruciale il
585 nostro ruolo di supporto agli attivisti. Non possiamo ignorare il contesto repressivo in cui le mobilitazioni si svolgono: è necessario essere preparati e agire in modo da supportare chi protesta, creando le condizioni per la sicurezza durante le azioni di mobilitazione.

6.4 Verso la One Health e la Planetary Health

590 È necessario rafforzare la nostra azione su più fronti per affrontare le sfide attuali. In primo luogo, l'associazione deve impegnarsi nella **formazione interna**, non solo come condivisione di contenuti, ma anche come spazio di confronto attivo e di crescita collettiva. La formazione può rafforzare la comprensione della crisi eco-climatica, dei framework istituzionali e dei movimenti sociali che vi operano, e permette di sviluppare
595 le competenze necessarie per un'azione sempre più incisiva e coerente.

Parallelamente, è essenziale lavorare alla costruzione di una **"cassetta degli attrezzi"** per supportare le mobilitazioni sociali, arricchendola con strumenti pratici e con le conoscenze acquisite dalle esperienze passate, come quella del supporto agli attivisti durante lo sciopero della fame a Padova. Questa cassetta sarà uno strumento per

600 prepararci meglio alle azioni di supporto, con formazioni periodiche e la condivisione delle conoscenze acquisite.

L'attività dell3 professionist3 sanitari3 dovrebbe inserirsi in un quadro di crescente integrazione tra servizi di salute, enti locali, agenzie governative ed altre organizzazioni che si occupano di tematiche afferenti alla One Health (per esempio
605 agenzie ARPA, protezione civile, vigili del fuoco, corpi forestali). Allo stesso tempo, è necessaria un'azione di advocacy nei confronti di Ordini professionali, Società scientifiche, Facoltà/Scuole e Ministeri per richiamare l'attenzione sull'emergenza eco-climatica e sull'importanza di questa nella tutela della salute. Tale azione di advocacy dovrebbe mirare a promuovere un'adeguata formazione (inclusa la formazione
610 continua) sui driver dei cambiamenti eco-climatici, sugli impatti di tali crisi sulla salute e sulla preparazione del sistema sanitario per affrontare i pericoli legati a eventi estremi di natura ecologica, fondamentali nell'ambito della crisi climatica e della giustizia ambientale, in linea con il paradigma della Planetary Health.

L3 professionist3 della salute non dovrebbero essere solo spettatori dell'emergenza
615 eco-climatica, limitandosi a tamponare gli effetti immediati e deleteri sulla salute umana attraverso i servizi sanitari per acuti. La consapevolezza della complessità di tale emergenza dovrebbe abilitare invece ad attuare azioni preventive e protettive per la salute nella sua complessità, adottando strumenti nuovi e approcci trans-disciplinari adeguati ad affrontare quella che è diventata la sfida centrale per la nostra
620 generazione

7 SiCuraMente

L'operazione di destigmatizzazione in ambito di salute mentale ha subito dagli anni '80 e in particolare nell'ultimo decennio un'importante accelerazione, in primis con la riforma Basaglia e la chiusura dei manicomi, restituendo a chi soffre di patologie
625 psichiatriche diritti e dignità, inoltre attraverso la progressiva attenzione mediatica alla salute mentale la cura della propria salute mentale è sempre più percepita come un'esigenza centrale non più delegabile al futuro. A questo processo di destigmatizzazione raggiunto anche grazie a una migliore informazione e attenzione al riconoscimento di patologie comuni come ansia o depressione, si affiancano, però,
630 le criticità strutturali di un mondo moderno sempre più incontentabile e competitivo, caratterizzato da condizioni lavorative ed economiche sempre più precarie e spesso usuranti.

Sulla salute mentale pesano inoltre la crescita dell'inflazione, le molteplici crisi a cui abbiamo assistito in questi ultimi 20 anni, tra cui una pandemia, con cui è cresciuta
635 una generazione.

Dopo la recente pandemia è stato segnalato un aumento di circa 30% di nuove diagnosi di malattie psichiatriche nel 2023, spesso con maggiore incidenza tra le persone più giovani e quelle più fragili.

640 La pandemia, ma anche la sempre più progressiva incertezza economica, lavorativa, di cura e degli affetti, ha scoperto un vero e proprio vaso di Pandora destinato ad avere effetti profondi e duraturi sul nostro tessuto sociale.

645 Nel fare fronte a ciò il personale sanitario è in prima linea. Allo stesso tempo siamo immersi a nostra volta in questi fenomeni e i fatti ce lo dimostrano inequivocabilmente. In data 1° novembre 2024, solamente il 23.3% delle borse disponibili in Medicina di Emergenza-Urgenza risultano essere occupate. Questo è un numero estremamente importante, che dice molto dell'esperienza degli giovani medici in formazione e di come la sanità stessa sia molto cambiata rispetto a 20-30 anni fa. Secondo un report FADOI dello scorso anno, circa il 52% dei dirigenti medici di medicina interna soffre di burnout.

650 L3 medici in formazione si ritrovano in una situazione di impasse da anni: agli obblighi professionali e alle responsabilità, si aggiungono violazioni contrattuali dovute a un SSN sempre più affaticato e a compensi di borse di studio bloccati da anni senza adeguamenti al costo della vita. Il recente focus mediatico su un fenomeno che in realtà è già presente da anni, cioè la violenza contro i sanitari, ha soltanto sottolineato la precarietà e la poca sicurezza che quotidianamente percepiamo sul posto di lavoro.

Dare il meglio di sé in ogni momento della propria professione diventa sempre più faticoso, soprattutto in contesti che spesso giustificano soprusi e performativismo ad ogni costo.

660 Tuttavia, chi subisce il peggio del nostro SSN in questa società della performance non siamo di certo noi, ma chi affolla regolarmente i nostri SPDC.

665 È di pochi giorni fa la riduzione dell'iniziale investimento di 3.8 miliardi di euro per la sanità annunciati da questo governo, a soli 1.7 miliardi. Nella battaglia di accaparramento delle risorse poco arriva al comparto della salute mentale (ricordiamo il 3% di FSN destinato in media contro il 5% promesso nel lontano 2001). Andando avanti, i soldi per curare le persone maggiormente emarginate saranno sempre meno. A questo si aggiunge il danno che farà la legge sull'autonomia differenziata, qualora venisse implementata, andando a togliere fondi e risorse a colleghi e pazienti residenti nei territori più svantaggiati del paese.

670 Il 2024 volge al termine, un anno molto importante per la psichiatria italiana: 100 anni fa nasceva Basaglia. Quello che sogna il governo Meloni per la psichiatria odierna purtroppo è già molto palese: lo dimostra il decreto legge presentato questo giugno a firma Zaffini, che andava proprio a toccare la legge 180/1978; decreto che per esempio raddoppiava i giorni di TSO applicabili prima del rinnovo, allargava l'applicabilità a tutti i casi 'passibili di aggravamento', e istituiva dei 'servizi specialistici' psichiatrici all'interno delle carceri italiane, con posti letto pari al 3% della popolazione detenuta.

Questo ci dimostra come il malato psichiatrico copra una posizione ancora molto, troppo fragile agli occhi della politica italiana, che sarà destinata ad essere lasciata sempre più ai margini della vita politica.

Parte rivendicativa

- 680 Non c'è salute mentale senza quella del personale sanitario. Allo stesso tempo non è possibile parlare di salute mentale senza guardare a quella che è stata la riforma della psichiatria in Italia e senza parlare di destigmatizzazione ed educazione psicologica.

Parte programmatica

- 685 Per il prossimo mandato vogliamo dare il via a un'inchiesta sul benessere mentale nelle specializzazioni, mettendolo in stretto contatto con le condizioni di lavoro. Inoltre, riteniamo fondamentale la formazione, sensibilizzazione e discussione interna sulla riforma "Basaglia" e la psicologia della liberazione.

8 Campagna per le cure primarie

8.1 Il ruolo e la formazione della medicina generale

- 690 Le cure primarie rappresentano il primo punto di contatto tra la cittadinanza e il SSN. Oltre a essere le principali figure assistenziali per le patologie croniche, svolgono un ruolo cruciale nell'educazione sanitaria, nella percezione delle criticità sociali e nell'intercettare i bisogni assistenziali.

- 695 Allo stato attuale, per comprendere il ruolo della medicina generale bisogna considerare la natura sistematica del **modello sanitario ospedalocentrico** esistente: un sistema che promuove l'iperspecializzazione della salute e la frammentazione del concetto di cura, funzionale alla privatizzazione e indirizzato alla massima messa a profitto della sanità. La medicina generale, marginalizzata nelle politiche e nella formazione sanitaria, si trova quindi spesso isolata dalle altre figure o istituzioni che si occupano della salute delle persone: la responsabilità di sopperire alla **mancanza di una comunicazione strutturata** con gli specialisti ospedalieri è delegata esclusivamente all'iniziativa personale delle singole MMG, in assenza di un sistema unico e accessibile per la gestione delle cartelle cliniche dei pazienti. Tale situazione genera una **frammentazione della cura**, con evidenti rischi di ipermedicalizzazione.
- 700
- 705 Anche la collaborazione con gli **assistenti sociali** risulta spesso difficoltosa, data la loro carenza e la **limitata capillarità del servizio**.

- 710 Queste condizioni ostacolano una presa in carico olistica dell' paziente, isolano le diverse figure assistenziali - siano esse mediche o non mediche - e creano una sconnessione tra i vari livelli assistenziali che impedisce di garantire prestazioni e assistenza continuative e trasversali. L'assenza di un sistema informatico unico o quantomeno accessibile tra i diversi livelli contribuisce ulteriormente a tale

problematica. Tale frammentazione non è solo istituzionale, ma anche formativa, poiché il modello attuale ignora sistematicamente la complessità dei bisogni di salute territoriali e la necessità di una visione olistica della cura.

715 È quanto mai necessaria un'**integrazione della medicina specialistica con il territorio**, già a partire dai processi formativi. Durante il periodo accademico, la figura del MMG - o più in generale del territorio - è spesso svalutata, e anche la **formazione è tipicamente ospedale-centrica** (anche a discapito dei piccoli ospedali del territorio). Ciò promuove una iper-competizione tra studenti verso **percorsi ultra-specialistici**, ignorando il ruolo fondamentale delle cure primarie e relegando la figura
720 del MMG a una **narrazione stereotipata e inattuale** incentrata sul presunto trattamento economico estremamente vantaggioso a fronte di un carico di lavoro esiguo.

Inoltre, in Italia la **formazione in medicina generale** è affidata a corsi regionali gestiti
725 dal sindacato maggioritario tramite la società scientifica ad esso legata, in un quadro di evidente monopolio e conflitto d'interessi. Oltre a non garantire uniformità fra i territori in termini formativi, in particolare nella gestione delle cronicità e delle vulnerabilità sociali, questo impedisce ai medici di medicina generale di essere riconosciuti come specialisti, limitando enormemente l'accesso alla carriera
730 accademica e, in modo più ampio, la relazione con il mondo scientifico delle cure primarie in uno scenario internazionale.

8.2 Lo stato delle cure primarie in Italia

Alla medicina territoriale è richiesto di avere i mezzi e il tempo per rispondere alle sfide della **deriva demografica ed epidemiologica** della popolazione: invecchiamento
735 crescente, prevalenza sempre maggiore di comorbidità, con disabilità fisiche e cognitive in aumento. Questo scenario richiede strumenti e risorse per un'assistenza capillare, soprattutto domiciliare. Tuttavia, agli elementi fondamentali e prioritari per intervenire in questo contesto non viene data la necessaria attenzione: la **prevenzione, l'educazione sanitaria e la promozione della salute** dovrebbero
740 essere, invece, valorizzate e integrate in modo sistematico e organico in programmi strutturati e bilanci di salute, sottoposti a controlli periodici. Questo permetterebbe di ridurre le cronicizzazioni e distribuire in maniera più equa il carico di lavoro e la responsabilità di cura, attraverso una **medicina attiva che sia strumento di accesso ai saperi**, piuttosto che custode degli stessi, e che possa permetterci di decostruire il
745 ruolo paternalistico spesso attribuito alla figura del MMG.

La disparità territoriale nell'erogazione dei servizi, nel rispetto dei LEA e delle tutele lavorative dell3 lavorator3 della sanità, rappresenta un altro problema emergente, aggravato dalla recente **riforma dell'autonomia differenziata**. Tale frammentazione porta alla creazione di 21 sistemi sanitari regionali, aumentando la complessità
750 burocratica e le disuguaglianze nell'accesso alle cure. In questo scenario gli standard assistenziali non sono uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale,

obbligando molti cittadini delle regioni meno attrezzate o con servizi di qualità inferiore a **migrazioni sanitarie**. Inoltre, la libertà normativa regionale sulla **regolamentazione dell'attività medica privata** e delle strutture convenzionate contribuisce a creare ulteriori disparità. Le **tutele lavorative** per il personale sanitario sono anch'esse a rischio, poiché la gestione del potere contrattuale su base regionale potrebbe portare a professionisti con le stesse qualifiche e mansioni, ma con condizioni economiche e lavorative molto diverse da regione a regione. Alcuni servizi, come l'**IVG o i percorsi di affermazione di genere**, riconosciute a livello nazionale ma già ostracizzati in alcune regioni, rischiano di diventare ancora meno accessibili.

Il **sistema delle RSA** e del welfare familistico si trova in profonda crisi: l'assenza di modelli di assistenza all'autosufficienza accessibili e adeguatamente strutturati rende difficile garantire un livello minimo e uniforme di assistenza sul territorio. In un contesto in cui sempre più anziani vivono soli, senza poter contare sul supporto economico dei familiari, si configura una situazione di abbandono assai preoccupante.

Inoltre, la **mancaanza di una rete strutturata di cure palliative**, ancora culturalmente relegata a un ruolo marginale e associato esclusivamente al fine vita, contribuisce ulteriormente alla disuguaglianza territoriale nell'accesso alle cure. Un modello di assistenza territoriale efficace deve garantire la continuità assistenziale e ridurre l'ipermedicalizzazione, soprattutto per le persone più fragili e anziane.

Le condizioni lavorative dei professionisti sanitari sul territorio riflettono la crisi economica generazionale e il disinvestimento nel SSN degli ultimi trent'anni, caratterizzate da poche garanzie contrattuali e dalla recente introduzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, privo di definizioni chiare sui compiti, sulle responsabilità e sulla retribuzione, la cui interpretazione è lasciata alle singole Regioni.

8.3 Lo smantellamento del SSN per l'avanzamento del privato

La precarizzazione del personale sanitario dedicato all'assistenza primaria, come evidenziato nel caso sardo dalla vertenza sulla scomparsa della Continuità Assistenziale, rappresenta un altro aspetto critico dello scenario. La mancanza di stabilità lavorativa, insieme al disinvestimento nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e al conseguente aumento delle spese out-of-pocket e delle liste d'attesa, facilita l'**ingresso del settore privato nella sanità pubblica**, alimentando la cosiddetta colonizzazione del Servizio Sanitario. Questa dinamica rende necessario sviluppare una narrazione chiara e condivisa per costruire campagne trasversali che coinvolgano non solo i medici e i altri professionisti della salute, ma tutta la cittadinanza, al fine di difendere il diritto alla salute come bene comune.

L'influenza crescente e sotto-regolamentata delle **compagnie assicurative** aggrava ulteriormente la situazione: queste sfruttano le lunghe liste d'attesa del sistema pubblico per promuovere **pacchetti di check-up privati**, spesso privi di un reale valore preventivo, ma piuttosto mirati a assicurare i cittadini senza fornire alcuna

garanzia effettiva sulla loro salute. Questo fenomeno, oltre a diffondere una **cultura della salute insostenibile**, quando non addirittura pericolosa in termini di assistenza (falsi positivi, **ipermedicalizzazione**) contribuisce a stimolare l'ansia tra i cittadini, spingendoli verso il privato e aumentando il sentimento di sfiducia e ostilità nei confronti del SSN e della medicina generale, non considerata altrettanto scrupolosa rispetto all'offerta privata.

Questa situazione comporta un ulteriore carico di lavoro amministrativo per i MMG, costretti a gestire numerose richieste di impegnative per le assicurazioni, ripetere le richieste non accettate e compilare moduli appositi con dettagli spesso irrealistici, come la data di insorgenza di patologie spesso mai diagnosticate. Tutto ciò contribuisce a ridurre il tempo effettivo dedicato alla cura dei pazienti, aggravando ulteriormente le difficoltà già presenti nel sistema delle cure primarie e incrementando la spesa out-of-pocket dei cittadini.

8.4 Cure primarie intersezionali, orientate alla comunità

La postura transfemminista, quella decoloniale e l'ambientalista non possono essere separate nella presa in carico dei pazienti. La medicina del territorio deve rappresentare l'**intersezionalità**, ripensando sia la pratica medica sia gli spazi fisici di cura, al fine di accogliere la cittadinanza in modo inclusivo e rispettoso delle diversità. È necessario un approccio che tenga conto delle vulnerabilità sociali e delle diverse forme di oppressione esercitate come determinanti di salute, riconoscendo un approccio globale alla cura che punti solo all'assenza di malattia, ma al benessere integrale delle persone e delle comunità.

Nella campagna per le Cure Primarie intendiamo rimettere al centro del lavoro della medicina territoriale la comunità. La medicina del territorio deve prendersi cura non solo dell'individuo, ma del gruppo di persone e delle relazioni che li legano. La medicina del territorio dovrebbe essere il **fulcro della comunità**, contribuendo a individuare e supportare le fragilità e le vulnerabilità, e diventare uno spazio sicuro rispetto alla violenza strutturale e patriarcale della società. Inoltre, dovrebbe promuovere una **condivisione orizzontale dei saperi** tra medici e cittadini, piuttosto che la verticalità del sapere medico tradizionale.

L'**integrazione con i servizi sociali** - sempre più irraggiungibili, privi di risorse e possibilità - deve tornare ad essere fondamentale. L'attivazione dei servizi sociali deve essere fonte di sollievo e non occasione di allarme o preoccupazione per i cittadini. È necessario investire in strutture residenziali e semiresidenziali per le persone anziane sole e per quelle non più autosufficienti, assicurando un approccio di cura dignitoso e rispettoso dei bisogni di ciascuno.

830 Si deve investire sulla **psichiatria del territorio**, creando strutture chiare e facilmente accessibili non solo per le patologie psichiatriche più gravi, ma anche per le dipendenze, permettendo l'accesso ai centri di riabilitazione-

835 È fondamentale affrontare il **tema della sessualità** all'interno degli ambulatori, al fine di eliminare il tabù sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, e formare i medici del territorio a riconoscere e gestire situazioni di minority stress e violenza di genere. Un'educazione sanitaria non paternalistica è essenziale per decostruire le relazioni di potere insite nel ruolo del medico e promuovere la partecipazione attiva dei pazienti nella gestione della propria salute.

840 Infine, I3 amministratori3 delle Cure Primarie devono partecipare alla gestione pubblica delle politiche formalmente non sanitarie ma strettamente connesse alla salute delle comunità: la **pianificazione urbana**, i **trasporti**, le **politiche lavorative** e l'**educazione**. La salute non può essere separata dalle condizioni che permettono una vita attiva e salubre per tutt3, e ciò include condizioni di lavoro dignitose, accesso a spazi verdi e a un'abitazione adeguata, e la possibilità di muoversi con facilità e sicurezza per raggiungere i luoghi di socialità e lavoro.

845 Oltre al piano vertenziale e rivendicativo, non bisogna però dimenticare che le comunità in primis devono avere la possibilità di espressione dei propri bisogni di salute, e che l'innescò di dinamiche realmente inclusive, intersezionali ed emancipanti è il primo strumento per sfidare la desertificazione sanitaria e ricostruire un sistema di cure territoriali basato sulle reali esigenze delle persone, e non su interessi corporativi o speculativi. È necessario supportare l'innescò di queste dinamiche, immaginando e costruendo **esperienze di mutualismo - anche conflittuali**, nei confronti delle logiche di speculazione e delle politiche di ritiro del welfare in atto -, mantenendo chiara l'esigenza di non sostituirsi al pubblico ma di innescare processi per e nella comunità, integrando i servizi sanitari al tessuto sociale.

Parte programmatica

855 Come Organizzazione possiamo valutare diverse strategie per promuovere una riforma del sistema sanitario che metta al centro la salute pubblica, garantendo equità di accesso, continuità assistenziale e l'inclusione delle comunità nei processi decisionali, nonostante l'assenza di un ruolo sindacale diretto. Ecco alcune opzioni che potremmo esplorare:

860 - **Situazione sindacale esistente:** il contesto sindacale attuale è caratterizzato da una forte concentrazione del potere rappresentativo sotto il controllo del sindacato maggioritario, che detiene il 60% delle deleghe della medicina generale italiana. Questo sindacato adotta un orientamento corporativo e conservatore, opponendosi spesso a molti degli aspetti positivi delle riforme delle cure territoriali. Questa situazione crea un monopolio che limita la pluralità di voci e rende difficile la rappresentanza delle diverse istanze e visioni presenti

nella medicina generale. È necessario interrogarsi su come poter agire all'interno di questo scenario per favorire una rappresentanza più inclusiva e diversificata, anche attraverso l'interlocuzione con altre forze sindacali e promuovendo una maggiore apertura del dibattito su temi cruciali per la medicina del territorio;

- **Collaborazione con società scientifiche esistenti:** potremmo attivare interlocuzioni e collaborazioni con le società scientifiche già esistenti nel mondo delle cure primarie, al fine di portare la nostra narrazione, contribuire alla raccolta di dati e partecipare attivamente al dibattito scientifico nazionale e internazionale;

- **Formazione pre-laurea e integrazione tra medicina specialistica e territoriale:** è necessario intervenire a livello universitario per un'adeguata formazione pre-laurea che implementi le Cure Primarie, integrando la medicina specialistica con quella territoriale, già a partire dai programmi formativi. Questo approccio contribuirà a superare l'attuale disconnessione e a promuovere una formazione orientata verso una visione globale della salute e della cura e la gestione integrata dei pazienti;

- Dobbiamo **costruire alleanze e fare rete** con i professionisti della salute e le comunità di pazienti che sono già attivi e organizzati in difesa delle cure primarie e in esperienze di attivazione dal basso per rispondere ai bisogni di salute;

- **Costruire campagne trasversali:** è fondamentale rendere chiara la narrazione dello stato delle Cure Primarie per costruire campagne trasversali che non siano limitate a una singola categoria professionale. Dobbiamo aprire i nostri spazi, le nostre analisi, discussioni e progettualità, non solo a medici e professionisti della salute, ma a tutti, in modo da poter costruire un movimento inclusivo capace di affrontare le sfide sanitarie attuali e future, basato sui principi di solidarietà, equità e partecipazione.

ROMA 15-17 NOVEMBRE 2024

CHI
SI
CURA
DI
TE?



IX ASSEMBLEA NAZIONALE

*"I diritti delle persone devono essere di tutte le persone,
proprio di tutte, altrimenti chiamateli privilegi."*

— Gino Strada

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO



Documento Organizzativo:	27
1 Identità dell'Organizzazione	27
1.1 Essere organizzazione parasindacale politica nazionale.....	27
1.2 Orizzontalità e Democrazia Interna.....	28
1.3 Cura e Comunità.....	28
1.4 Alleanze e Reti.....	29
2 Il Ruolo Politico del Coordinamento Nazionale	30
2.1 Funzionamento del Coordinamento Nazionale.....	30
3 L'Esecutivo Nazionale	31
4 Le Campagne e i Gruppi di Lavoro	32
4.1 Ruolo delle campagne	32
4.2 Organizzazione delle campagne.....	32
4.3 Partecipazione	32
4.4 Attivazione e Vertenzialità.....	32
4.5 Radicamento	33
5 Ufficio Stampa e Comunicazione	33
5.1 La comunicazione come strumento politico	33
5.2 Comunicazione esterna	34
5.3 Comunicazione Interna	35
Strumenti di Comunicazione e Metodo Operativo	35
5.4 Il Dipartimento Comunicazione	36
6 Tesseramento	36
6.1 Ruolo del tesseramento per Chi si cura di te?	36
6.2 Senso di comunità e inclusività.....	37
6.3 Tesseramento: elementi organizzativi e programmatici.....	37
7 Autofinanziamento	38
7.1 Ruolo dell'autofinanziamento in <i>Chi si cura di te?</i>	38
7.2 Sostenibilità, autonomia, partecipazione	38
8 Nodi Territoriali.....	39

Documento Organizzativo:

895 1 Identità dell'Organizzazione

1.1 Essere organizzazione parasindacale politica nazionale

900 *Chi si cura di te?* vuole essere un'organizzazione parasindacale politica nazionale che si dà l'obiettivo di rappresentare e tutelare l3 medic3 nel proprio percorso formativo post laurea; di battersi per la tutela del Servizio Sanitario Nazionale, del diritto alla salute e di tutt3 l3 operator3 sanitari3; di contribuire alla lotta per un mondo libero da capitalismo, eterocispatriarcato e colonialismo, in cui valga il principio di salute globale e di cura universale come base fondante della popolazione globale.

905 *Organizzazione* perché riteniamo che per aggredire qualcosa di così complesso come il mondo che ci circonda - in un contesto in cui i nostri tempi di vita sono ristretti proprio dalle nostre condizioni di lavoro, che lasciano pochissimo spazio alla possibilità di attivarci - è necessario procedere in maniera armonica, ottimizzando energie e traendo forza dall'azione collettiva senza dover perdere in complessità.

910 *Nazionale* perché vogliamo che il diritto alla salute universale e il lavoro dell3 operator3 sanitari3 venga tutelato su tutto il territorio nazionale e non soltanto nei grandi centri e nelle strutture sanitarie che godono di maggiore attivazione e sindacalizzazione.

Parasindacale perché crediamo nel principio di autorappresentazione, in un assetto in cui l3 specializzand3 e i camici grigi sono categorie senza una vera e propria rappresentanza sindacale e che proprio per questo richiedano forme di rappresentazione e tutela nelle sedi istituzionali e non.

915 *Politica* perché rifiutiamo un'ottica corporativa, perché crediamo che tutelare la formazione e il lavoro del l3 medic3 sia una condizione necessaria per tutelare e garantire un diritto alla salute universale in Italia. Politica perché riconosciamo la necessità e la responsabilità di interpretare come operator3 sanitari3 un ruolo sociale. 920 *Politica* perché crediamo che la giustizia climatica e sociale così come la libertà da razzismo e violenza eteropatriarcale, sono da ritenersi le basi per una salute globale, dove con salute si intende benessere fisico, sociale e mentale di davvero tutt3 l3 viventi sulla Terra.

925 La dimensione nazionale della nostra organizzazione avviene necessariamente per la maggior parte dell'anno nello spazio virtuale. Questa condizione rende necessaria la moltiplicazione dei momenti nazionali o macroregionali che permettano lo sviluppo delle discussioni anche dal vivo.

1.2 Orizzontalità e Democrazia Interna

Chi si cura di te? rifiuta il verticismo tossico e carrierismo arrivista che spesso purtroppo incontriamo sui luoghi di lavoro; per questo motivo al nostro interno ci
930 dotiamo di una struttura organizzativa orizzontale, dove lo spazio decisionale più alto è quello attraversabile da tutt3 l3 tesserat3: il Coordinamento Nazionale. Tutte le altre cariche di responsabilità hanno valenza prettamente organizzativa e di garanzia delle sintesi raggiunte collettivamente.

Al proprio interno le discussioni procedono con il metodo decisionale del consenso o
935 della sintesi. Questo significa accettare la complessità degli argomenti che tocchiamo e rendere esplicita l'urgenza che le decisioni che prendiamo devono vederci tutt3 convint3. Riteniamo che adottare il metodo decisionale del voto lederebbe la nostra democrazia interna, in quanto produrrebbe dinamiche di correntismo, frazionismo e performatività. Per questo il voto viene adottato solo nel momento finale del congresso
940 che conferisce validità formale alle cariche elettive e ai documenti politici e organizzativi, mentre la validità sostanziale proviene dai precedenti passaggi delle consultazioni e della commissione elettorale.

Crediamo inoltre nel valore pedagogico del metodo della sintesi proprio perché implica la maggior parte delle volte il superamento delle posizioni iniziali in un'ottica di arricchimento. La democrazia interna passa però anche dal rispetto dei tempi di
945 discussione, proprio perché viviamo tempi di vita ristretti.

Riteniamo infine che la democrazia interna sia indissolubilmente legata all'attraversabilità dell'organizzazione, per questo è fondamentale la responsabilità dell'esecutivo nazionale e dell'organizzazione tutta di rendere fruibili le nostre
950 discussioni e di spiegare i meccanismi di funzionamento interno a chi si affaccia per la prima volta alla nostra realtà.

1.3 Cura e Comunità

La nostra organizzazione pone al centro della propria azione politica e della propria struttura interna lo strumento della cura.

955 Per quanto riguarda l'azione politica significa che sia la tutela del benessere delle persone sia i processi trasformativi della società richiedono appunto lavoro di cura, empatia e ascolto. Sono tutte cose che richiedono a loro volta energie che non sono infinite e proprio per questo devono essere considerate responsabilità collettive.

Per quanto riguarda invece la struttura interna, la cura significa innanzitutto che viene
960 richiesta al nostro interno una postura di ascolto e volta alla mutua attenzione al benessere di tutt3 coloro che attraversano i nostri spazi di discussione. Significa rifiutare la performatività e accettare che non tutt3 potranno sempre avere le stesse energie, lo stesso tempo e la stessa disponibilità a partecipare e che va bene così,

perché il nostro benessere deve venire prima di qualunque cosa: la militanza deve
965 farci innanzitutto del bene, l'organizzazione deve essere uno spazio in cui respirare e
ricordarci che non siamo sol3 a sognare un mondo più giusto, che è possibile essere
medic3 in maniera diversa. Prendiamoci cura tra di noi sia perché fare militanza non
deve essere un peso aggiuntivo, sia perché per combattere un mostro così complesso
come il capitalismo patriarcale e postcoloniale, che ci vuole isolat3, anestetizzat3 e in
970 burn out, abbiamo bisogno di tutta la nostra salute mentale individuale e collettiva.
Cura significa rifiutare l'idea per cui fare politica assieme sia qualcosa di semplice o
qualcosa per la quale si nasca imparat3, ma anzi, che le nostre forme organizzative
devono costantemente evolversi per rispondere alle nostre esigenze e ai nostri
obiettivi, senza mai perdere una postura pedagogica tra pari. Significa che tutt3
975 devono potersi sentire liber3 di esprimere disagio o inadeguatezza e che, laddove
questi sentimenti derivassero da posture di chiunque di noi, l'organizzazione può
avere un compito pedagogico nel permettere a tutt3 di poter crescere anche su questo
fronte. Nascere nel patriarcato e nel neoliberismo - ideologie generatrici della
performatività e antitetiche rispetto al concetto di cura - non è una colpa, ma provare
980 a uscirne passo per passo è sì invece una nostra responsabilità individuale e collettiva.

Per questo la cura deve far parte delle nostre prassi come strumento imprescindibile
per rendere i luoghi dell'organizzazione safer spaces.

In questo senso è importante concepirci anche come comunità oltre che come
organizzazione, comunità che si costruisce ogni giorno e da non dare mai per
985 scontato. Per questo Chi si cura di te? deve poter essere finché esiste la casa anche
di chi finisce il proprio percorso di formazione medica, di chi svolge altre professioni
sanitarie, o di chi semplicemente vuole combattere insieme a noi per la salute di tutt3.

1.4 Alleanze e Reti

Chi si cura di te? è un'organizzazione indipendente, sia dal punto di vista politico che
990 dal punto di vista economico. Questo non significa isolarsi, significa semplicemente
che il proprio spazio decisionale non sarà mai esterno all'Organizzazione. D'altro
canto, rifiutare una logica corporativa significa essere coscienti del fatto che per
cambiare ciò che ci circonda non possiamo essere solo noi.

Dunque i rapporti e le alleanze con altri soggetti politici devono essere sempre in
995 funzione del benessere di chi vogliamo rappresentare e tutelare, oltre che del mutuo
arricchimento, e mai in base a logiche di affiliazione o dipendenza politica. Anzi,
contribuire alla creazione e allo sviluppo di reti tra realtà politiche è una responsabilità
che dobbiamo assumerci a fronte di un panorama associativo e politico sempre più
frammentato.

1000 Questo, dunque, si sostanzia nell'essere sempre pront3 a instaurare relazioni con chi
sceglie di condividere con noi un terreno di lotta, così come nella cura dei rapporti con
quelle realtà politiche con cui già esistono esperienze politiche condivise pregresse.

- Per citarne alcune abbiamo sul tema del lavoro le segreterie nazionali della FP CGIL e dell'USB e realtà locali come il Laboratorio di Salute Popolare del Labas; sul tema della formazione con organizzazioni nazionali come Unione degli Studenti, LINK Coordinamento Universitario e la Rete della Conoscenza, così come realtà studentesche locali come il gruppo Prometeo, Codice Rosso, Studenti di Sinistra; sulla lotta transfemminista con Non Una Di Meno, Comitato Vulvodinia e Neuropatie del Pudendo, LAIGA; sulla lotta ecologica con l'ISDE e i movimenti sociali per la giustizia eco-climatica; sulla lotta decoloniale Sanitari per Gaza, i movimenti per l'autodeterminazione del popolo palestinese, la Rete NoCPR; con gli spazi sociali come LatoB, RitmoLento, l'Asu Padova, Spazio Catai.

2 Il Ruolo Politico del Coordinamento Nazionale

Il coordinamento nazionale riveste il ruolo di direzione politica di *Chi Si Cura di Te?*.

- 1015 Le sue funzioni principali sono l'elaborazione teorica, la direzione strategica, la cura del benessere comune, la comune organizzazione della lotta politica.

Il coordinamento pone così le basi per iniziative e pratiche di cura e di lotta, attraverso tutte le forme di vertenza, proposta e protesta, il mutuo soccorso e la solidarietà tra persone che condividono condizioni di sfruttamento e di difficoltà.

- 1020 Il coordinamento, con il suo ruolo, costituisce anche la manifestazione della natura orizzontale e intersezionale di *Chi Si Cura di Te?* e ne è custode. Monitora l'attività dell'esecutivo, dei nodi territoriali, dei gruppi di lavoro, delle campagne.

- 1025 Il principio fondamentale di *Chi Si Cura di Te?* è l'orizzontalità e l'intersezionalità, che favorisce una partecipazione attiva, paritaria e collaborativa. Attraverso tali principi il coordinamento diventa esso stesso esempio di ordinamento organizzativo alternativo agli attuali rapporti sociali vigenti nella sanità, mirando a una *Chi Si Cura di Te?* diversa, attraverso la cooperazione, l'intersezionalità e la condivisione dei saperi e delle esperienze.

2.1 Funzionamento del Coordinamento Nazionale

- 1030 Il coordinamento nazionale è composto da tutt3 l3 tesserat3, garantendo una rappresentanza inclusiva e paritaria.

La partecipazione è libera, non costituisce un obbligo dell3 tesserat3, data la necessità di bilanciare la militanza con il tempo di vita e di lavoro e con la salute (individuale e collettiva).

- 1035 Si riunisce regolarmente una volta al mese, in modalità online o mista incoraggiando l'incontro in presenza.

1040 Il coordinamento viene convocato dall' esecutivo una volta ogni mese. Possono essere convocati, oltre al coordinamento mensile, coordinamenti d'urgenza quando, a seguito di rilevanti eventi improvvisi, in *Chi Si Cura di Te?* emerge la necessità di realizzare un'immediata analisi di tali eventi e sviluppare una pronta strategia politica di risposta.

Fino al giorno prima della data di convocazione del coordinamento ogni compagne ha la possibilità di proporre i punti che andranno a costituire l'ordine del giorno. Il coordinamento potrà altresì cambiare l'ordine del giorno rinviando punti ai coordinamenti successivi qualora emerga tale necessità.

1045 È responsabilità comune che le riunioni siano accessibili ed attraversabili (non respingenti), nel rispetto di tutt3, garantendo un clima di dialogo aperto e inclusivo, dove ciascuno possa esprimersi nei tempi e nei modi adeguati, non privando l3 altr3 di tale opportunità, e in un linguaggio comune comprensibile a tutt3.

1050 Infine, il metodo utilizzato per l'espletamento delle sue funzioni e quello della sintesi, che permette di raccogliere e integrare le diverse voci, orientando l'azione collettiva verso obiettivi comuni e condivisi.

La sintesi viene infine approvata dal Coordinamento: ciascun tesserat3 ha facoltà di chiederne modifiche.

1055 Il Coordinamento si dota di un metodo di feedback rapido in risposta a interventi, proposte e lavori esposti nelle riunioni, assemblee e momenti di incontro ed elaborazione di mandati e testi o progettazione di obiettivi comuni, al fine di garantire una partecipazione condivisa e attiva.

3 L'Esecutivo Nazionale

1060 L'Esecutivo Nazionale rappresenta il vertice della piramide rovesciata a cui si ispira l'organigramma della nostra Organizzazione. A differenza del Coordinamento Nazionale, l'Esecutivo Nazionale non è uno spazio decisionale, bensì di coordinamento e di garanzia delle sintesi dell'Organizzazione. È compito dell'Esecutivo favorire la comunicazione interna e di promuovere i processi organizzativi e politici dell'Organizzazione volti al raggiungimento degli obiettivi di mandato stabiliti in sede congressuale. L'Esecutivo Nazionale ha in capo la proposta di sintesi delle discussioni del coordinamento nazionale e la responsabilità nel farle portare a termine dall'Organizzazione.

1070 L'Esecutivo Nazionale rappresenta l'Organizzazione all'esterno nelle interlocuzioni con altre realtà politiche nazionali e locali. Esso si dota al proprio interno di deleghe tematiche e territoriali affinché possa rappresentare un supporto per le campagne e i nodi territoriali. Sono comprese tra le deleghe anche la Comunicazione, la Tesoreria, il Tesseramento e gli obblighi associativi.

L'Esecutivo è anche garante della safety degli spazi di discussione.

Viene eletto con il metodo del consenso nella sequenza Profili individuati in
1075 Coordinamento - Proposte - Consultazioni - Commissione Elettorale - Congresso.

4 Le Campagne e i Gruppi di Lavoro

4.1 Ruolo delle campagne

Le campagne sono innanzitutto strumenti di elaborazione dell'Organizzazione, elaborazione da inserire nel binomio teoria-prassi e che deve essere volta a creare
1080 partecipazione, attivazione, radicamento e verticalità. Elaborazione e forme di attivazione non devono rimanere soltanto all'interno delle campagne ma deve essere costante il rapporto con il coordinamento nazionale. In questo senso le campagne svolgono un ruolo anche formativo per l'Organizzazione intera.

4.2 Organizzazione delle campagne

1085 Sono a tutti gli effetti spazi politici e organizzativi dell'Organizzazione, per cui, pur mantenendo un'autonomia nell'organizzazione del proprio lavoro politico, si strutturano secondo i principi di orizzontalità e safer space, procedono per sintesi e si danno obiettivi di mandato collettivi che vengono definiti in sede congressuale dal coordinamento nazionale tutto.

1090 Esse si dotano in sede congressuale di uno o più referenti che insieme al membro dell'esecutivo con delega sulla campagna svolge un ruolo di garanzia politica dell'organizzazione interna e del raggiungimento degli obiettivi di mandato. La sintesi delle discussioni all'interno delle campagne è in capo al referente che ha anche il compito di riferire e proporre in coordinamento Nazionale forme di attivazione che
1095 riguardano tutta l'Organizzazione. Anche la garanzia delle convocazioni dei momenti è in capo al referente coadiuvato dal membro dell'esecutivo, così come la cura della partecipazione e del radicamento.

4.3 Partecipazione

La partecipazione ai momenti decisionali interni delle campagne è aperta a tutti i
1100 tesserati e le convocazioni avvengono su tre canali: il gruppo whatsapp della campagna e del coordinamento nazionale, la mail e il Google calendar. Spetta inoltre agli referenti mantenere un contatto individuale con chi ha dato disponibilità di partecipazione.

4.4 Attivazione e Verticalità

1105 L'attivazione prodotta dalle campagne deve partire dall'individuazione concreta di quali siano gli aspetti dell'esistente che su quell'ambito vogliamo cambiare,

elaborando dunque proposte concrete, modelli alternativi e strumenti per attuarle. Questi ultimi possono essere forme di inchiesta, questionari, raccolte firme, mozioni negli organi di rappresentanza, istanze da portare alle istituzioni sanitarie e momenti di piazza. È fondamentale che le campagne attraversino gli spazi di movimento nazionali e locali più ampi già esistenti e siano strumenti di costruzione di alleanze e reti con altri soggetti politici. Nell'elaborazione delle forme di attivazione deve essere data particolare attenzione a una loro declinazione territoriale e che possa partire anche dai singoli reparti o ambulatori che attraversiamo tutti i giorni.

1110

1115

4.5 Radicamento

Le campagne devono anche essere uno strumento di radicamento per l'Organizzazione, in quanto intercettano interessi tematici. Ciò non toglie che deve essere un obiettivo collettivo quello di portare le nuove persone che vengono coinvolte, sul piano di discussione più generale della tutela del lavoro, ricordandoci che fanno parte di condizioni lavorative più degne anche uno sguardo transfemminista, decoloniale, ecologico e attento alla salute mentale, con un approccio intersezionale delle lotte. Inoltre, le campagne possono dotarsi di gruppi telegram aperti e diffusi attraverso i canali social in cui sia possibile entrare senza necessariamente tesserarsi. Tali gruppi non devono essere spazi decisionali dell'organizzazione, ma possono servire da serbatoi di discussione libera in cui fare inchieste, far girare le uscite dalle pagine, pubblicizzare momenti aperti. In questo modo è anche più facile coinvolgere nell'Organizzazione chi all'interno di quei gruppi si dimostra più attivo.

1120

1125

5 Ufficio Stampa e Comunicazione

1130

5.1 La comunicazione come strumento politico

Chi si Cura di Te? si impegna a costruire una narrazione attivante, partecipativa e accessibile, mettendo al centro la voce di tutta la professionalità della salute e superando le logiche gerarchiche e corporative. La nostra comunicazione adotta una prospettiva orizzontale, collaborativa e inclusiva, con l'obiettivo di innescare un dialogo pubblico e informato sui diritti alla salute. Guidati dai principi transfemministi, ecologici e decoloniali, vogliamo restituire alle professioni sanitarie un ruolo di collante sociale, inteso come strumento per migliorare la sanità e la formazione medica.

1135

1140

Questo approccio si traduce in una campagna comunicativa che privilegia canali di interazione diretta con la cittadinanza e contenuti accessibili, coinvolgendo attivamente il pubblico nella riflessione sul sistema sanitario. Ogni contenuto e messaggio condiviso è progettato per stimolare il dibattito e sensibilizzare, mantenendo uno stile inclusivo che rispetta i valori dell'organizzazione. Lavoriamo per trasmettere attraverso la comunicazione che *Chi si cura di te?* è uno spazio aperto e

1145 permeabile, in cui ogni individuo possa sentirsi coinvolto e ascoltato, contribuendo al nostro obiettivo di promuovere un sistema sanitario equo e partecipativo.

5.2 Comunicazione esterna

1150 La comunicazione esterna è uno strumento fondamentale dell'Organizzazione e va intesa innanzitutto come strumento attivante oltre che informativo. Non tutti hanno la possibilità di lavorare in luoghi in cui esiste dibattito politico tra colleghi o in cui siano chiari quali siano gli strumenti di attivazione e i diritti sul lavoro degli medici in formazione.

1155 I rapporti con la stampa devono permettere alla nostra Organizzazione di poter socializzare le proprie prese di posizione nel dibattito pubblico sulla stampa mainstream e in quello interno all'ambiente medico su testate come Quotidiano Sanità. Un obiettivo importante del prossimo mandato è quello di mantenere un rapporto più continuo all'interno di questi spazi con l'obiettivo di uscire dalle nostre bolle social e arrivare anche a chi non ci segue sui social network.

1160 Le pagine Instagram dell'Organizzazione e delle campagne rappresentano la parte più consistente della comunicazione esterna. Se nell'ultimo anno sono state di buon livello le uscite con posizioni articolate e approfondimenti tematici, è necessario intensificare la comunicazione snella microtematica, anche solo pubblicando le risposte che diamo nell'Infopoint, per essere più costanti nella presa di parola e nell'identità parasindacale dell'Organizzazione.

1165 Un altro obiettivo importante è che la gestione della comunicazione esterna sia condivisa tra esecutivo delegato, Responsabile della Comunicazione e Referenti delle Campagne, affinché la sua continuità non dipenda dalla disponibilità delle singole persone che se ne occupano. Infine, è importante che la comunicazione esterna sia più omogenea e coordinata sia nelle modalità sia a livello grafico tra le campagne e la pagina centrale, dalla quale le campagne che non hanno una pagina IG
1170 corrispondente devono potersi esprimere pubblicamente. Per questo è necessaria formazione interna per mettere tutto il Dipartimento di Comunicazione nelle condizioni di poter partecipare alla costruzione delle grafiche. Infine, il social caring delle pagine attraverso la produzione di storie con sondaggi e altri pulsanti di partecipazione, i messaggi in direct e i commenti ai post deve essere uno strumento di radicamento,
1175 con cui cercare di coinvolgere chi si avvicina a noi e ci sostiene su questi spazi virtuali.

Il sito invece deve permettere un accesso semplice all'enorme portato ormai storico dell'analisi della nostra Organizzazione rispetto ai diversi temi che tocca.

1180 I gruppi telegram tematici diffusi tramite i canali social sono invece strumenti di allargamento della partecipazione, in cui poter aggiornare quello che diventa una community di riferimento rispetto alle nostre attività, oltre che uno spazio di radicamento.

Infine, è necessario per il prossimo mandato implementare sempre più una comunicazione esterna cartacea, che caratterizzi le bacheche dei luoghi in cui lavoriamo e permetta di raggiungere anche chi non sta sui social.

1185 5.3 Comunicazione Interna

La comunicazione interna non è solo uno strumento operativo ma rappresenta anche un valore politico di connessione e inclusività. Essa permette una partecipazione orizzontale e consapevole tra tutti i componenti, facilitando la costruzione di un dialogo collettivo e democratico, che rafforza il legame tra le persone facenti parte dell'Organizzazione e il coordinamento delle attività.

1190

Strumenti di Comunicazione e Metodo Operativo

WhatsApp:

Il sistema WhatsApp è pensato per promuovere un'interazione orizzontale e quotidiana. Gruppi tematici e territoriali incentivano scambi liberi e costanti, assicurando che ogni componente possa esprimersi e contribuire alla crescita dell'associazione.

1195

I gruppi sono suddivisi per campagne o città e sono aperti a tutte le interazioni e si danno regole di funzionamento autonome.

È stato implementato anche un gruppo "CSC-Confronto" dove è prevista libera discussione pur tenendo a mente che non è in alcun modo uno spazio decisionale e per questo può essere silenziato da chi non ha il tempo o le energie di seguire tutti i messaggi che vi vengono inviati.

1200

Le comunicazioni dell'esecutivo, le convocazioni delle discussioni e gli aggiornamenti più formali vengono, invece, raccolti a) in un canale di bacheca dove non sono previste risposte, garantendo un accesso chiaro e diretto agli annunci ufficiali e b) nel gruppo "Coordinamento Nazionale". In quest'ultimo anche i tesserati hanno il diritto di fare proposte di punti da inserire all'ordine del giorno del prossimo coordinamento nazionale. Inoltre, sempre nel gruppo "Coordinamento Nazionale" i tesserati possono proporre la scrittura collettiva di un testo con cui esprimerci politicamente su un tema ritenuto rilevante.

1205

1210

E-mail:

La mail viene usata come strumento per comunicazioni ufficiali, dettagliate e a lungo termine, soprattutto per favorire un dialogo approfondito che richiede formalità e che raggiunge tutti i tesserati.

1215

Serve per inviare documenti rilevanti, aggiornamenti più complessi o organizzare incontri. A differenza dei gruppi WhatsApp, l'e-mail consente uno scambio più

ponderato, in particolare tra i vari nodi organizzativi dell'Organizzazione. Inoltre, da quest'anno sarà a cura dell'Esecutivo Nazionale e della Responsabile della Comunicazione l'invio a inizio mese a tutti i tesserati di una mail con le convocazioni fissate a quel momento, le campagne in corso ecc. per permettere a tutti di avere una visione complessiva di cosa sta facendo l'Organizzazione.

Google Calendar:

Permette di avere una visione di insieme di tutte le convocazioni fissate ed evitare le sovrapposizioni.

Tutti i tesserati potranno accedervi e sarà cura dell'Esecutivo e della Responsabile della Comunicazione segnare gli appuntamenti a mano a mano che vengono fissati.

Questa struttura permette di rispondere alle esigenze operative con flessibilità, garantendo un equilibrio tra interazione partecipativa e comunicazione organizzativa. La scelta di tre canali diversi sta in seno al ragionamento per cui nessun canale da solo è risultato congeniale per tutti i tesserati e dunque è richiesta una struttura di componenti complementari tra di loro.

5.4 Il Dipartimento Comunicazione

Il Dipartimento di Comunicazione (*DipCom*) è lo spazio organizzativo all'interno del quale viene coordinata la comunicazione esterna e la comunicazione interna (escluse le comunicazioni dell'Esecutivo Nazionale). Esso è composto di base dalla Responsabile della Comunicazione, dal membro dell'Esecutivo Nazionale con delega alla comunicazione e da tutti i Referenti delle Campagne. Inoltre, è chiaramente aperto a qualunque altra tessera che voglia contribuire al piano della comunicazione.

In sede congressuale si dota di una Responsabile della Comunicazione (*RespCom*), che ha in capo la sintesi delle discussioni interne al *DipCom*, la gestione delle funzioni di Ufficio Stampa, il radicamento attraverso i canali della comunicazione e il coordinamento della comunicazione interna ed esterna insieme al membro dell'esecutivo nazionale con delega alla Comunicazione.

È inoltre a cura dell'esecutivo nazionale l'obiettivo di formare all'inizio del mandato l'intero *DipCom* per la produzione di grafiche omogenee ed efficaci.

6 Tesseramento

6.1 Ruolo del tesseramento per Chi si cura di te?

L'associazione non si configura come una realtà esclusiva o corporativa. Il nostro obiettivo primario è la trasformazione sociale e culturale attraverso l'attivazione, la sensibilizzazione e la capacità di aggregare sui temi cruciali della salute pubblica e dei diritti. Pertanto, la nostra adesione non si limita a chi possiede una tessera:

l'impatto delle nostre azioni è determinato dalla nostra presenza attiva e dalla partecipazione collettiva, non da un approccio esclusivo.

1255 Tuttavia, riconosciamo che, nel nostro percorso verso un modello sindacale, la rappresentatività è fondamentale. Sebbene riconosciamo i limiti del tesseramento come strumento di riconoscibilità, è anche necessario presentarsi come un'entità solida e rappresentativa, non solo per il confronto istituzionale, ma anche per portare avanti le nostre istanze con maggiore efficacia. In questo contesto, il tesseramento diventa un supporto pratico e strategico che rafforza la nostra presenza istituzionale, 1260 pur senza rappresentare la condizione unica per la partecipazione all'organizzazione.

6.2 Senso di comunità e inclusività

Il tesseramento, per noi, non è una barriera all'accesso ma una modalità di sostegno e di riconoscimento all'interno di una comunità attiva e inclusiva. Rifiutiamo l'idea del tesseramento come elemento di partecipazione esclusiva o come criterio di selezione: 1265 piuttosto, consideriamo la tessera come una dichiarazione di adesione alle nostre finalità e un contributo per la realizzazione delle nostre attività. Essa rappresenta un atto di supporto come autofinanziamento dell'associazione, consentendo di continuare a costruire progetti e iniziative.

1270 In questo senso, il tesseramento diventa una scelta di appartenenza che va oltre la semplice iscrizione. È un gesto di solidarietà e di partecipazione che permette di consolidare la nostra presenza e costruire una base sociale in grado di sostenere le nostre rivendicazioni, soprattutto in vista dei nostri obiettivi sindacali.

6.3 Tesseramento: elementi organizzativi e programmatici

1275 A livello organizzativo, il tesseramento offre soluzioni pratiche che facilitano la gestione interna e il funzionamento dell'associazione. Ad oggi è il passaggio che consente di accedere ai documenti di lavoro e ai materiali di gestione interna dell'associazione: risolve il tema dell'accessibilità permettendoci di affrontare questioni operative con maggiore efficacia.

1280 Tuttavia è possibile esplorare configurazioni e soluzioni che mantengano la stessa praticità e garantiscano con ancora maggiore efficacia una partecipazione attiva. In quanto al tema dell'accessibilità, il costo del tesseramento è comunque proporzionato, dato che non offriamo servizi né, ad oggi, sono attive campagne mutualistiche. In ottica di garantire l'attraversabilità degli spazi associativi abbiamo previsto il tesseramento gratuito per I3 student3. In questa prospettiva, si potrebbe 1285 esplorare la possibilità di riprendere o immaginare servizi mutualistici associati all'autofinanziamento dal tesseramento.

7 Autofinanziamento

7.1 Ruolo dell'autofinanziamento in *Chi si cura di te?*

1290 L'autofinanziamento rappresenta un pilastro essenziale per garantire la sostenibilità e
l'autonomia dell'attività politica dell'associazione. In un contesto in cui le
organizzazioni sociali affrontano difficoltà crescenti per reperire risorse adeguate,
diventa cruciale non solo sostenersi economicamente, ma anche far sì che
l'autofinanziamento sia parte integrante delle iniziative e mobilitazioni che realizziamo,
sia in ottica di sostenibilità politica per l'associazione, sia per garantire l'accessibilità e
1295 la partecipazione per chi ha meno possibilità economica. In questo modo, le attività
politiche si accompagnano anche dell'opportunità per creare una cultura organizzativa
condivisa e una consapevolezza collettiva sull'importanza di supportare attivamente i
nostri percorsi politici.

Un esempio concreto è stato il coordinamento nazionale in presenza di Bologna di
1300 quest'anno, dove grazie alle modalità di autofinanziamento organizzate siamo riusciti
a garantire un momento conviviale accessibile e di qualità, con costi contenuti,
permettendo inoltre la partecipazione gratuita dell'3 student3, assicurando la piena
attraversabilità dei nostri momenti associativi.

7.2 Sostenibilità, autonomia, partecipazione

1305 L'autofinanziamento per noi non è solo uno strumento di sostenibilità, ma una pratica
politica che ci permette di rivendicare indipendenza economica e da ogni
compromesso con logiche estranee ai nostri valori. Riteniamo fondamentale
sviluppare metodi che coniughino il sostegno economico alla promozione di iniziative
che rispecchiano il nostro impegno verso la trasformazione sociale e culturale.

1310 Vogliamo quindi rivendicare un modello di autofinanziamento che non solo renda
l'associazione autonoma, ma anche partecipe e inclusiva. Le campagne di
crowdfunding e il fundraising sono pratiche che potremmo esplorare per coinvolgere,
costruire legami e attivazione. La progettazione e la partecipazione a bandi pubblici
rappresentano, infine, una possibilità di crescere e diffondere le nostre iniziative, a
1315 patto che questi strumenti rispettino i nostri principi e le nostre finalità.

Utile sarebbe anche investire nella condivisione di competenze interne, affinché siano
condivise nell'associazione le conoscenze necessarie per scrivere e gestire progetti,
facilitando il mutuo scambio di idee e la realizzazione di iniziative in vari territori.
Parallelamente, riteniamo fondamentale il tesseramento come forma di sostegno
1320 diretto all'associazione, rafforzando sia il senso di appartenenza alla nostra comunità
sia la sostenibilità delle attività e delle campagne.

Alcuni elementi esplorativi riguardano la possibilità di garantire una costanza
nell'entità del tesseramento, anche per garantire le risorse adeguate per l'attività

1325 politica dell'anno associativo. Inoltre, riteniamo utile ragionare sull'apertura del tesseramento anche ad altre soggettività: non solo medici, ma anche altri professionisti sanitari e, potenzialmente la cittadinanza intera, al fine di costruire una comunità ancora più ampia e partecipativa intorno al tema della salute e della cura.

8 Nodi Territoriali

1330 Se una dimensione territoriale sistematica dell'organizzazione nell'ultimo anno è mancata deve invece rappresentare un obiettivo per il mandato a venire. Con dimensione territoriale non solo si intende soltanto la partecipazione agli spazi cittadini o ai movimenti locali, ma soprattutto la capacità di essere un punto di riferimento politico nei reparti e negli ambulatori - ruolo che altre realtà, per quanto corporative, svolgono in maniera egemonica.

1335 È fondamentale che le istanze della nostra Organizzazione esistano soprattutto al di fuori dello spazio virtuale e siano strumento di attivazione per professionisti della salute che ancora non abbiamo intercettato, per questo è fondamentale che l'azione nazionale dell'Organizzazione abbia una ricaduta territoriale.

1340 In termini organizzativi costruire il nodo territoriale deve innanzitutto cominciare dalla comprensione delle esigenze specifiche degli professionisti della salute del territorio, sulle quali costruire vertenza e aggregazione. Le campagne nazionali devono poter essere uno strumento per la costruzione di nodi territoriali tenendo come modus operandi il fatto di prevedere una declinazione locale delle diverse forme di attivazioni che vengono stabilite a livello nazionale. Un esempio è l'inchiesta sulle molestie e le violenze nelle strutture sanitarie, al cui interno è prevista la domanda "vuoi aiutarci a diffondere questo questionario?". In questo modo si riescono a intercettare persone interessate al tema e aggregarle intorno alle successive forme di attivazione.

1350 È compito dell'esecutivo nazionale dare sostegno ai nodi territoriali nell'individuare obiettivi mirati rispetto alle esigenze specifiche del territorio, oltre che a garantire una costante restituzione dell'attività territoriale sul piano nazionale. Inoltre, il rapporto costante tra esecutivo e deleghe territoriali deve permettere di rafforzare la comunicazione interna, tenendo aggiornate sulle discussioni nazionali anche chi magari segue più il piano locale. Anche la comunicazione esterna deve permettere un maggiore coinvolgimento delle persone con cui lavoriamo nei luoghi di cura

1355 attraverso soprattutto una strategia comunicativa non solo basata su approfondimenti articolati com'è stato finora ma anche sul veicolare microtemi, informazioni istituzionali e diffusione delle risposte che diamo attraverso l'Infopoint.