

# IL SIGNIFICATO DELLE PRIVATIZZAZIONI IN SANITA':

## il confine indefinito fra pubblico e privato nel segno del profitto

Nella nostra relazione lo scopo di articolare la **privatizzazione** dell'assistenza e la **mercificazione** della vita, della salute, della medicina, della cura, delle malattie e del corpo nella sua complessità, è quello di condividere un ragionamento su ciò che il capitale ha organizzato nel tempo e sta sempre più concretizzando per confezionarci un "**PRODOTTO SALUTE**" globalizzato e totalmente svuotato di diritti, utilizzando le **PRIVATIZZAZIONI** come strumento e facendoci essere parte attiva di questa involuzione nel convincerci che è l'unica strada percorribile.

Per questo i cittadini non si ribellano, vittime di questo ricatto, partecipando sempre di più alle spese sanitarie ed alla posposizione dei propri bisogni a quelli dei profitti privati, e noi che ci occupiamo di salute dobbiamo misurarci con immobilismo, passività e contraddizioni sia a livello dei lavoratori che degli utenti in una inarrestabile caduta dell'offerta sanitaria e della sua qualità.

L'individuo come **corpo** è ciò che garantisce la materia prima per il profitto e come **mente** è ciò che assorbe, facendola propria, una logica di accettazione delle trasformazioni/cambiamenti ormai unicamente e definitivamente peggiorativi.

L'obbiettivo del capitale, quasi del tutto concretizzato, fra spendig review, patti di stabilità e crescita, fiscal compact, leggi, accordi, è quello di stabilire che "la salute NON è un bene comune". Queste le sue motivazioni: la crisi ci impone un "regime di austerità", gli sprechi, le ruberie, gli abusi devono essere eliminati; queste le sue finalità per il bene di tutti: MERCIFICARLA, dandogli un suo valore di mercato e utilizzando le PRIVATIZZAZIONI come indispensabili strumenti, sempre più vari ed articolati, per arrivare allo scopo.

Il pubblico così disattendendo i suoi obblighi ed offerte di salute (dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione) fra tagli e chiusure di servizi territoriali, posti letto, piccoli ospedali di comunità, stabilendo la parità fra pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni, finanziando unicamente la cura e le patologie più gravi, aumentando tasse e compartecipazione dei cittadini su un'offerta in costante diminuzione, favorisce e potenzia il privato ed i suoi profitti fra obbligo di assicurazioni e proliferazione di privatizzazioni ed esternalizzazioni dei servizi sanitari ed assistenziali. I cittadini che non si curano aumentano, le categorie più fragili (bambini, anziani, chi ha patologie croniche e rare) sono le più colpite, perfino nel misurarsi con la malattia...figuriamoci rispetto al diritto di prevenirla!

Lo scopo e la finalità del privato è quella di garantirsi profitto e non certo salute, così la mercificazione dell'individuo, con il potenziamento delle malattie, dell'utilizzo di farmaci e ricerche diagnostiche, diventa la strada da percorrere stabilendo che chi sta male, ma non ha soldi, può solo morire. Loro sono legalmente autorizzati dal Sistema Sanitario pubblico, dallo stato e dagli accordi europei e mondiali, a fare profitto sulla salute.

Le ultime dichiarazioni della ministra Lorenzin "E' maturo il tempo per l'integrazione fra pubblico e privato in sanità" ed il suo "Patto per la Salute" dimostrano chiaramente che lo scopo delle ultime campagne e dati statistici sulla poca spesa privata rispetto ai paesi avanzati deve portare il nostro SSN a riorganizzarsi permettendo che la sanità "integrativa" diventi lo strumento indispensabile per garantire alle assicurazioni di fare da padroni nell'affare salute! Questo dichiara il presidente della compagnia delle coop: "Se sapremo superare i pregiudizi consolidati, il pilastro socio-sanitario, inteso non più solo come un costo, può divenire una solida filiera economico-

produttiva da aggiungere alle grandi direttrici politiche per il rilancio della crescita nel nostro Paese". Infatti le Generali, l'Unipol e la Lega delle cooperative (Mutua Ligure e Fare Mutua in Emilia) si sono già attrezzate ed insieme ai governi ed alle multinazionali, attraverso trattati ed accordi come il TTIP e il TISA, stanno lavorando per globalizzare i sistemi sanitari offrendo il "Turismo della cura", proponendo voucher ed assegni da spendere ovunque, anche all'estero, in una competizione di paesi che, risparmiando sulla spesa della forza lavoro degli operatori sanitari, aumenteranno i loro guadagni e squalificheranno l'offerta nella totale distruzione dei Sistemi Sanitari pubblici.

## **LA PRIVATIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA.**

Con questo termine vengono genericamente indicati sia il processo di conferimento diretto a soggetti di diritto privato dalla titolarità a erogare prestazioni sanitarie (prodotti finiti destinati a soddisfare direttamente il bisogno) sia il graduale inserimento nella gestione dell'Ente pubblico di elementi tipici dell'organizzazione e del management dell'azienda privata (ovvero acquisizione da parte dell'azienda di prodotti intermedi che una volta assemblati ed integrati fra loro, costituiscono il servizio erogato al cittadino, con il soggetto di diritto pubblico che ne resta responsabile).

Ma dobbiamo fare una breve storia del percorso di leggi e decreti che ci hanno portato dalla Riforma sanitaria del 1978, la legge 833, a questa condizione di privatizzazione dilagante dei S.S. nazionali e regionali:

❖ Legge Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833) La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il S.S.N. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi. L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel SSN è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e delle collettività.

Negli anni '80, in particolare dal 1984, sorgono i primi problemi riguardanti il SSN (anno ben noto per il blocco della scala mobile) quando Craxi separa le spese sociali e della salute mentale dalle spese sanitarie, il SSN viene riordinato con un'organizzazione che porta:

\*"Burocratizzazione" delle USL, rigidità procedure, separazione tra le aree sanitarie e quelle amministrative, autoreferenzialità;

\*Ingerenza della politica nella gestione;

\*Mancanza di autonomia e direzione "manageriale";

\* Deresponsabilizzazione finanziaria USL e Regioni;

\*Ritardi nella definizione e ripartizione del FSN

\*Separazione tra responsabilità di spesa (USL) e finanziamento (Stato)

\*Ripiano dei disavanzi

\*Interventi diretti da parte dello stato sui processi produttivi delle aziende.

Tutte le finanziarie fino (ed oltre!) ad oggi svuotano di contenuto e di significato la 833, non dando finanziamenti ai successivi decreti attuativi, abrogheranno i contributi in conto capitale e produrranno continui tagli e chiusure di servizi territoriali, piccoli ospedali, posti letto, pronto soccorso; nessun finanziamento viene più previsto per la prevenzione e tagli vengono fatti sui beni

e servizi, sempre più esternalizzati, con una caduta massiccia della qualità dell'offerta e delle garanzie per gli operatori.

Gli anni 90 iniziano con una crisi politico-istituzionale (tangentopoli, cambiamenti di modello politico) che dà vita alle riforme del 1992/93 nel rispetto dei parametri di Maastricht con politiche per il contenimento notevole del debito pubblico accumulato negli anni '80, di conseguenza prende piede una convergenza politica che ridefinisce l'assetto istituzionale, la riduzione del peso del potere politico nella gestione, istituendo il primo passo per "l'aziendalizzazione" nella quale ogni azienda ospedaliera o strutture socio-sanitarie diventano un soggetto giuridico con autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale, le USL diventano ASL e ASO.

Il D. Lgs 229/99 della riforma Bindi: conferma e amplia ciò che era iniziato nel '92, regionalizzando la sanità (federalismo), rimodellando i finanziamenti e le partecipazioni (quasi mercato), e potenziando l'aziendalizzazione con nuove strutture organizzative con l'introduzione di articolati meccanismi manageriali finanziari.

Il SSN si divide in 21 SSR, vengono introdotte novità come i LUA prima e dopo diventati nel 2003 LEA (Livelli Essenziali di Assistenza ovvero l'offerta pubblica di attività, servizi e prestazioni sanitari), viene immessa la libera professione medica all'interno delle aziende INTRAMOEANIA (il privato nel pubblico) e i DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi) che attribuiscono un diverso valore economico ad ogni patologia con tariffe nazionali.

Nel periodo che va dal 2000 fino ai giorni nostri si susseguono e alternano governi di centrosinistra e del centrodestra che danno vita ad una accelerazione per lo smantellamento della sanità pubblica in nome di un disavanzo gestito con decreti e nuove leggi fino ad arrivare alla spending review e il pareggio di bilancio, che producono tagli dei servizi (60000 posti letto meno senza potenziare l'assistenza territoriale) alcuni servizi, come quelli delle cure odontoiatriche, vengono totalmente privatizzati, aumento dei ticket (4 miliardi annui a carico dei cittadini) ecc.

Alle aziende per rientrare nella spesa di bilancio, le regioni impongono un vero e proprio attacco ai diritti dei lavoratori, con il blocco del turn over, aumento di carichi di lavoro e di stress, potenziando le esternalizzazioni dei servizi con intermediazione di mano d'opera, precariato, collaborazioni a progetto. Intanto nelle ASL ed aziende sanitarie si susseguono dirigenti con dispendi d'oro in barba ai blocchi dei contratti per i lavoratori (rinnovo previsto nel 2020, se tutto va bene) e ai blocchi delle fasce (almeno in alcune regioni) entrambi fermi da 10 anni mentre l'inflazione cresce sulle spalle delle famiglie.

Dalla combinata politici/tecnici degli ultimi anni arrivano tagli di 40 miliardi alla sanità con la totale privatizzazione della diagnostica di base, dei servizi ambulatoriali specialistici che, come già avvenuto per la riabilitazione e le cure odontoiatriche, vengono regalati ai privati.

Ulteriori tagli sono previsti prossimamente (10 miliardi) con conseguente ulteriori chiusure di servizi indispensabili sui territori.

Il governo il 20 marzo 2014 deliberato il decreto legge n. 34, già approvato dalla Camera, recante "disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese". Una liberalizzazione che si dimostra per quello che è: maggiore precarietà, minori costi per le aziende, minori diritti per i lavoratori.

Da questo veloce e concentrato percorso, è utile prima di tutto ricordare che l'Italia ha una spesa sanitaria pubblica oltre un terzo inferiore alla media dei paesi dell'area euro considerati nella spending review, e il divario è triplicato dall'inizio degli anni 2000 (12% nel 2000, 36% oggi). La situazione di crescente svantaggio in cui versa il SSN rispetto ai sistemi sanitari di altri maggiori paesi europei; rischia di acutizzarne le differenze con ulteriori ripercussioni sull'accesso, in particolare dei gruppi più svantaggiati, sui livelli e sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Da quanto detto risulta chiaro che ciò che subiamo oggi è stata preparato nel tempo attraverso un pubblico che, ignorando qualità, bisogni e programmazioni, produce unicamente grandi appalti e

frammentazioni di servizi, commercializzando le proprie finalità, proponendo assicurazioni private ed un contributo, sempre maggiore dei cittadini, per avere i servizi sanitari che già ognuno di noi paga abbondantemente con le tasse e trattenute salariali.

Di fatto il pubblico fa una politica di servizi da offrire al privato, visto che vengono mantenuti sprechi, ruberie, scandali ed una pratica clientelare anche in odor di mafia per l'assegnazione di ogni tipo di gare e di appalti sia gestiti a livello aziendale che regionale. L'efficacia della risposta del servizio Sanitario pubblico è sempre più squalificata, ridotta, incompleta e la quota capitaria di 2600 euro a cittadino per i servizi sanitari viene gestita politicamente senza alcuna verifica, controllo, partecipazione degli interessati, ovvero i cittadini che ne subiscono la sempre più massiccia involuzione. Naturalmente il privato non fa salute per la collettività e linearmente potenzia il suo scopo di profitto offrendo quasi tutte le prestazioni, senza le interminabili liste di attesa e (per ora) ad un prezzo più basso del pubblico, per costruirsi il mercato ed eliminare ogni difficoltà e resistenza dei cittadini verso la scelta della privatizzazione della salute voluta da tutti i governi precedenti ed attuali e da tutti i partiti.

In **Italia** il PFI (investimento finanziario privato), il DBFO (disegno, costruzione, finanziamento e gestione dell'opera completa), l'outsourcing (acquisizione di risorse esterne) si diffondono nel "core business" ovvero nella centralità della funzione aziendale e diventano sempre più gli unici strumenti per l'offerta sanitaria pubblica nonostante che in altri paesi la privatizzazione stia subendo un ridimensionamento ed un maggiore controllo.

In **Germania** dove il 60% è pubblico, il privato è parte attiva e decisionale ma non supera il suo 40%. Così i servizi pubblici si garantiscono e gestiscono un'offerta competitiva di un privato controllato.

In **Inghilterra** dal 1992 inizia nel suo sistema sanitario pubblico un mercato interno con competizione tra produttori di servizi e prestazioni per raggiungere risparmio e sostenibilità economica. Bisogna però notare che già dal 1952 i cittadini inglesi versavano quote di partecipazione alla spesa sanitaria. Ora si porta avanti la privatizzazione dei servizi con una riduzione sostanziale di investimenti finanziari privati (PFI), perché non funzionali all'offerta, potenziando le assicurazioni private e le fondazioni.

Negli **Stati Uniti** dove tutto è privato senza alcuna competizione e controllo, 20 milioni di famiglie più un terzo della popolazione in età da lavoro sotto i 65 anni, sono esclusi da protezioni assicurative sanitarie. Per esempio in Texas 8,5 milioni di residenti non hanno l'assicurazione ma non sono neanche tanto poveri da poter utilizzare il Medicaid ovvero le poche tutele a livello pubblico.

In questi ultimi mesi gli Stati Uniti e l'Europa stanno preparando un ulteriore "pacchetto regalo" per i privati ed anche i servizi sanitari, come tutti i beni comuni, rientrano nel perverso Trattato di Liberazione Commerciale, il **TTIP**, che si prefigge l'eliminazione di ogni barriera "non tariffaria" ovvero di tutte le normative nazionali e le scelte politiche a livello di enti locali che possano limitare la vitalità commerciale delle imprese. Con questo pericoloso attacco agli standard di sicurezza e di qualità della vita (dalla salute, all'alimentazione, all'ambiente, alla cultura, all'istruzione, alle tutele sul lavoro) l'offerta dei servizi pubblici diventa il frutto di uno scambio privatistico fra erogatore e cliente con i profitti delle multinazionali che gestiscono ogni diritto universale ed esigibile. Addirittura gli stati e gli enti pubblici potrebbero essere citati davanti a tribunali internazionali e i privati chiedere i danni per le politiche ritenute potenzialmente dannose per i loro profitti presunti, presenti e futuri, se le imprese reputano di non aver potuto esercitare il loro diritto commerciale e fare investimenti.

Pensate in sanità quanto potrebbero aumentare potere e profitti delle multinazionali del farmaco e quanto quelle delle assicurazioni private, che già avanzano nel mercato, e come i sistemi sanitari regionali e quello nazionale, ormai depauperati e svuotati di servizi, si sottometteranno ai privati che, dopo aver invaso il mercato, saranno l'unica offerta di salute e cura.

Di fatto **il privato e le privatizzazioni** distruggono i servizi sanitari pubblici e con loro il diritto alla salute, all'assistenza (prevenzione, cura, riabilitazione) ed ogni dignità e garanzia per i lavoratori.

Se prima, fino a qualche anno fa, il sistematico disinvestimento nella sanità pubblica, la precarizzazione del lavoro e le esternalizzazioni dei servizi erano strumenti usati per dimostrare che il pubblico non funziona, ed è più efficiente il privato, ora l'Austerità è usata per dire che una partecipazione sempre più netta e allargata del privato nel campo assistenziale e sanitario è ineluttabile: **la salute merce deve creare profitto ed il sistema sanitario pubblico universale e di qualità per tutti e tutte non è più sostenibile.**

I cittadini tutti all'interno dei posti di lavoro, delle scuole, dei territori devono essere parte attiva per trasformare il concetto di "malattia globalizzata" che per gli interessi delle multinazionali dei farmaci, della scienza medica, degli enti di ricerca sempre più legati al profitto, sta distruggendo la nostra salute in una logica di mercificazione totale della vita.

Sopportare che a Taranto ministri e tecnici della salute abbiamo fatto studi e studi epidemiologici per "stabilire" danni alla salute di prodotti cancerogeni già conosciuti e definiti "nocivi e mortali", CON L'UNICO OBIETTIVO di rimandare di tanti anni bonifiche ed interventi indispensabili per i cittadini, è uno dei mille esempi che potremmo portare per dimostrare che **LA SALUTE SE LA GARANTISCE SOLO CHI NON DELEGA ED IN PRIMA PERSONA SI MOBILITA PER INVERTIRE LA MARCIA DEL CAPITALE E DEI PROFITTI DEL PRIVATO, RICONQUISTANDOLA COME UN BENE COMUNE UNIVERSALE ED INDISPENSABILE.**

## **LA MERCIFICAZIONE DELLA VITA, DELL'INDIVIDUO E DELLA COLLETTIVITA', DELL'AMBIENTE, DELLA SALUTE, DELLA MEDICINA, DELLE CURE, DELLA MALATTIA, DEL CORPO NELLA SUA COMPLESSIVITA'...**

L'espressione **disease-mongering** (letteralmente 'mercificazione delle malattie') indica tutte quelle strategie che puntano ad aumentare il numero di malati e di malattie con il solo scopo di allargare il mercato della salute e rappresenta il volto più estremo e antietico di Big Pharma.



**Per capire cosa è questo nuovo morbo, bisogna partire da molto lontano:** Nel paesino di Saint-

Maurice, il Dottor Parpalaid, medico condotto, decide di cedere il posto a un giovane collega, il Dr. Knock che, deluso dallo stato di buona salute degli abitanti del villaggio, si rende disponibile per consultazioni gratuite, durante le quali insinua nei suoi interlocutori l'idea di essere ammalati. Per tutti, prescrive terapie di lungo corso, alleandosi col farmacista e trasformando il municipio in una clinica. Parpalaid, venuto a sapere della situazione, cerca di recuperare il suo posto, ma l'oratoria di Knock è tale da convincerlo di essere ammalato e di doversi far curare.

È il 1923 e quello che era solo una piece teatrale immaginata da Jules Romains in "Knock, ovvero il trionfo della medicina", era, invece, tragicamente premonitrice. Ci ha messi in guardia, più di vent'anni fa, anche Ivan Illich in "Nemesi Medica", disegnando il rischio di trasformare, in un futuro prossimo, tutte le persone in buona salute in altrettanti - più o meno potenziali - malati. **Infatti la sua codifica in ambito medico-scientifico è più recente:** il termine fu usato per la prima volta nel 1992 da Lynn Payer quando, nel suo articolo "Disease mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick", denunciò come venisse aumentata la richiesta di servizi, prestazioni, prodotti, attraverso la dilatazione dei criteri diagnostici di alcune malattie. Payer individuò, in particolare, tre meccanismi: trasformare comuni disturbi in problemi medici, farli apparire pericolosi, proporre terapie delle quali si esaltano i benefici e si sottostimano i rischi. In pratica si tratta dell'invenzione a tavolino di malattie per vendere più farmaci oppure dell'adattamento dei parametri clinici per aumentare artificialmente il numero dei malati e per crearsi un nuovo mercato.

Le multinazionali del farmaco hanno scoperto che si possono guadagnare molti soldi tenendo calmi con un farmaco bambini irrequieti, dichiarando che il colesterolo è il fattore di rischio numero uno nel mondo o inducendo la gente a sottoporsi a visite preventive di dubbia utilità. E' sufficiente lo stato fisico e l'età a trasformare tutti nel bersaglio dell'industria farmaceutica. Infanzia, adolescenza, menopausa, vecchiaia, ogni normale fase dell'esistenza è ormai trattata alla stregua di una malattia.

Mentre un tempo si inventavano medicinali contro le malattie, ora si inventano, infatti, malattie per generare nuovi mercati di potenziali pazienti. Per poter mantenere inalterato il mercato degli anni passati, sostenuto da mutualismo e gratuità, l'industria della salute deve rivolgersi alle persone sane.

Anche la vecchiaia, come già diceva Terenzio (Senectus ipsa morbus est), è diventata un morbo. Non a caso, nel 2002, la prestigiosa rivista Bmj ha pubblicato una "Classificazione internazionale delle non-malattie", contenente più di 200 condizioni ritenute a torto come patologiche, come per esempio la timidezza che è diventata Disturbo d'ansia sociale e noia.

Oltre a inventare nuove malattie e a medicalizzare condizioni fisiologiche, il disease mongering, focalizzando un'attenzione esclusiva su soluzioni farmacologiche o tecnologiche, esclude una comprensione ampia delle dinamiche che ruotano intorno alla salute, nel suo ventaglio di implicazioni biologiche, psicologiche e sociali, approfittando del fatto che «il desiderio di prendere medicine è forse la più grande differenza fra l'uomo e l'animale» (W. Osler). Su questa debolezza, giocano le campagne di marketing dei nuovi prodotti, in un gioco di tacite alleanze tra settore farmaceutico, opinion leaders e mezzi di comunicazione.

In realtà, come la storia di oggi ci insegna, «una delle malattie più diffuse è la diagnosi» (K. Kraus).

**Quindi la mercificazione della salute nella sua complessità coinvolge il corpo, la malattia, la cura e quindi è la scienza medica a gestire gli interessi del potere economico.**

## La mercificazione della scienza medica

Se diamo uno sguardo alla medicina nel suo insieme, vediamo che c'è una tendenza serpeggiante a trasformare il rapporto medico-paziente in un rapporto contrattuale, interpretando la medicina come servizio al pari di altri in una società dei consumi e del mercato.

Peraltro il mercato è ben evidente in medicina. Tutta l'efficace strumentazione di cui dispone - specie la più recente in medicina nucleare, diagnostica per immagini, chirurgia mininvasiva - gli stessi farmaci non riescono ad entrare nel mercato con regole differenti da quelle dettate dal WTO, con accordi nazionali siglati tra l'industria privata e gli Stati. Il caso degli antibiotici è sintomatico. Da circa 10 anni non se ne producono più, a fronte della tendenza a investire nel biotech. L'ambito delle biotecnologie è, infatti, il settore che attira i massimi investimenti, poichè giova al potere politico portando lo Stato ai vertici dell'immagine di potere economico e scientifico.

Gli interessi dell'industria farmaceutica, specie della big Pharma, non sempre, anzi, quasi mai, coincidono con gli interessi degli ammalati e del Servizio Sanitario Nazionale. Già dal marzo 2005 è stato reso pubblico un interessante *Rapporto* del Parlamento inglese sul tipo di monopolio tenuto dalla grande industria farmaceutica internazionale.

Come nota nel suo articolo S. Garattini, il *Rapporto* rimprovera in particolare all'industria di avere il monopolio della sanità a tutti i livelli: dalla scoperta dei farmaci agli studi clinici, dalla promozione dei farmaci ai medici ed ai gruppi di pazienti alla formulazione delle linee-guida relative all'assistenza clinica, alla formazione degli operatori sanitari.

Non sempre c'è chiarezza nei criteri di pubblicazione degli studi clinici, infatti spesso non vengono pubblicati perchè, essendo negativi, influirebbero sulle prescrizioni del farmaco. La stessa legge europea non richiede che in relazione al nuovo farmaco che si vuole immettere nel mercato si dimostri un qualsiasi valore aggiunto. Il rapporto prospetta la necessità che gli *opinion leaders* siano in qualche modo obbligati a dichiarare i loro legami con l'industria farmaceutica, come di fatto avviene per le pubblicazioni.

La ricerca è fortemente orientata dagli interessi delle industrie farmaceutiche dal momento che sono pochissime le ricerche autonome o finanziate con denaro pubblico, e questo accresce il divario fra ciò che è oggetto di studio e ciò di cui la medicina necessita. Il criterio di produzione è molto chiaro, come per qualsiasi altro genere di merce ciò che conta è la domanda, quindi si produce nel settore in cui c'è un mercato che può comprare e pagare, o presenta frequenza di patologia. Un altro fenomeno emergente è l'invenzione di nuove malattie per favorire case farmaceutiche e indirizzare la scienza medica **unicamente verso la cura** e sempre meno verso la **prevenzione** nel suo obiettivo di concretizzare salute. Come nella tecno-scienza dove ogni scoperta si trasforma in brevetti quotati in borsa.

Ormai l'interesse del capitale è evidente e la medicina diventa uno strumento di profitto con finalità estremamente contraddittoria: e così un bene di pubblica utilità mondiale viene sottoposto a brevetto ed il farmaco, che è il mezzo per esercitare un diritto fondamentale, viene sottoposto alle regole del mercato. Questo vale per tutti i beni essenziali, dal cibo, all'acqua, all'energia, alla cultura, e tutto si trasforma in una mercificazione della vita ed in profitto economico.

Cobas sanità università e ricerca