

LA SALUTE & IL PROFITTO

LA SALUTE NON È
UNA MERCE
NO al PROFITTO sulla nostra PELLE
Panetteria Occupata.

a cura di

PANETTERIA OCCUPATA

VIA CONTE ROSSO 20 - MILANO

rossoconte@hotmail.com

INDICE

- Introduzione
- Il COVID
- La pandemia e la medicina del lavoro
- Le prime mutue
- Situazione attuale in Lombardia
- Report
- Conclusioni

INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dall'esigenza di comprendere e analizzare come i processi di flessibilizzazione del costo del lavoro e delle condizioni di lavoro siano strettamente collegati ad un progressivo e incessante attacco al sistema delle garanzie sociali: sanità, scuola, pensioni, ecc. Questa strategia politico-economica in atto da decenni, ha determinato una frantumazione sociale e un isolamento delle realtà lavorative.

Il nostro tentativo è quello di costruire un'esperienza riaggregativa di situazioni, ambiti, anche diversi tra loro, accomunati comunque dal bisogno di mettere a confronto esperienze ed iniziative.

E' con questo spirito che abbiamo organizzato due assemblee, e partecipato alle mobilitazioni contro la scellerata gestione lombarda, cercando di sviluppare un dibattito che faccia conoscere dalla voce diretta dei lavoratori della sanità gli effetti sociali di questa crisi del sistema sanitario e che sappia far emergere contenuti e prospettive in cui possano riconoscersi altri lavoratori, in quanto parte di un'organizzazione del lavoro che subisce le stesse modalità di sfruttamento, ricatto e precarietà.

Siamo consapevoli che la sanità sarà sempre più agganciata agli interessi del capitale, delle case farmaceutiche e il potere della medicina ufficiale sempre più dispotico, teso ad espropriare le donne e gli uomini della conoscenza del loro corpo e della loro psiche e con risvolti che si connotano sempre più di classe. La medicalizzazione spinta all'estremo, la malattia (fisica e psichica) sempre più

colpevolizzata, separata dai meccanismi sociali che l'hanno prodotta e quindi fonte di nuove solitudini. L'apice di questa logica la stiamo già vivendo: i vecchi, i lavoratori logorati da una vita di lavoro o i soggetti fragili non più utili alla riproduzione sociale capitalistica sono i nuovi condannati.

Dalle riflessioni riportate in questo opuscolo si sviluppano critiche sia verso una privatizzazione della sanità sempre più vorace e al servizio di gruppi di potere e delle multinazionali del farmaco che con l'appoggio di governi nazionali e locali dirigono e determinano le politiche sanitarie qui e altrove, che verso una sanità pubblica sempre più aziendalizzata dove vigono le stesse leggi del profitto e dello sfruttamento dei lavoratori.

In questa situazione di responsabilità rimbalsate e negate, di diffuse menzogne e di ulteriore spinta verso una sanità organizzata secondo le logiche del capitale, sta a noi costruire una critica e una pratica in grado di contrastare questo processo rivendicando la nostra idea di cura e salute, ridando voce a chi vive in prima persona gli effetti di questa crisi sanitaria e sviluppando momenti di mobilitazione partecipata.

IL COVID

[...] La parola pandemia deriva dal greco "pandemos", che significa "tutta la popolazione": demos significa popolazione, pan significa tutti. "Pandemos" è quindi un concetto secondo cui si ritiene che l'intera popolazione mondiale sarà probabilmente esposta ad un'infezione e potenzialmente una parte di essa si ammalerà [...]

Il COVID-19 ha fatto da detonatore ad una situazione già grave in precedenza: la crisi economica, la distruzione dell'ambiente naturale (aria, acqua, territori), lo smantellamento della sanità pubblica sottoposta da decenni a tagli nei finanziamenti, a processi sempre più accelerati di privatizzazione e con gli attuali modelli (es. grandi ospedali) che rispondono solo alla logica dei grandi profitti. Un sistema che va a danno della salute di anziani, cronici, fasce deboli e della "prevenzione" delle malattie, ma che (per fare un esempio concreto) per i grandi gruppi come il San Donato in Lombardia, che incassa in valore di ricoveri più del valore dei sette ospedali pubblici della ex ASL di Milano città, è davvero la gallina dalle uova d'oro.

Dal punto di vista del lavoro poi, la pandemia ha messo in evidenza l'intenzione di cogliere l'occasione da parte della borghesia per una ristrutturazione del modello produttivo che comporterà ulteriori peggioramenti sia delle condizioni di vita dei proletari, con livelli di povertà destinati a crescere, che di lavoro per l'aumento dei ritmi, riduzione del salario, perdita di agibilità sindacale, e un imponente processo di concentrazione capitalistica che tocca direttamente anche la classe media, come lavoratori autonomi, ristoratori, ecc.

La diffusione dello smart working (il famoso lavoro agile) i cui obiettivi principali sono la flessibilità e l'aumento di produttività, provoca di fatto l'isolamento dei lavoratori che si trovano soli ad affrontare oggi le problematiche legate ad orari, diminuzione del salario reale anche attraverso la cancellazione dei buoni pasto sostitutivi del servizio

mensa. Domani gli stessi, come ha evidenziato una prima ricerca di LinkedIn su un campione di oltre 2.000 lavoratori, continueranno a sentirsi ansiosi e stressati, a lavorare almeno un'ora in più al giorno: ossia circa 20 ore (quasi 3 giorni) in più al mese, a vedere offuscati i confini tra il tempo del lavoro e il tempo libero, rendendo difficile staccare la spina. E quanti di loro avranno a disposizione apparecchiature elettriche/elettroniche (eventualmente fornite) a doppio isolamento o spazi attrezzati per prevenire problemi di postura?

Con l'esigenza del capitalismo di garantirsi sempre maggiori profitti, per impedire forme di ribellione (anche pacifiche) attraverso disposizioni emanate dal governo scatta, col pretesto della salute della popolazione, il contenimento sociale: divieto di assembramento, di manifestazione, di relazioni sociali, il tutto condito con un gergo da tempo di guerra. Siamo in prima linea contro il COVID - alle 23 scatterà il coprifuoco - medici eroi della guerra al nemico invisibile e se questa paura non basta, ecco le immagini delle bare sui camion militari, ecco i droni che controllano eventuali fuggitivi ed infine le famose multe/sanzioni che parecchi di noi hanno ricevuto in questi mesi.

A partire dal mese di Luglio, attraverso alcune assemblee aperte, abbiamo abbozzato un percorso, del quale riportiamo brevemente alcune tracce di lavoro che erano emerse durante la discussione, come:

- Controinformazione sulla sanità nei quartieri
- Abolizione del vincolo di fedeltà
- Individuazione delle emergenze sani-

tarie (anziani – malati cronici – medico scolastico – medico del lavoro) e che riteniamo quindi, forti dell'esperienza di questi ultimi mesi, di poter allargare ulteriormente. Partendo dal rilancio della medicina di territorio (distretti sanitari, consultori, medici scolastici, del lavoro ...) quale forma di monitoraggio sia dal punto di vista sanitario sia ambientale, pensiamo che come lavoratori e proletari dobbiamo lottare contro i processi di privatizzazione e gli attuali modelli (es. grandi ospedali) che rispondono solo alla logica dei grandi profitti. Un sistema che va a danno della salute di anziani, cronici, fasce deboli e della "prevenzione" delle malattie. In un articolo dal titolo "A mani nude" pubblicato sul blog di Salute Internazionale, Marco Geddes parte dall'esame di questo ultimo decennio per due ragioni: una sanitaria e l'altra politico-economica e spiega:

"Come prima ragione va ricordato che in sanità molte cose in termini di conoscenze, di farmaci, di organizzazione, cambiano a ritmo sostenuto; le tecnologie diagnostiche convenzionali sono obsolescenti dopo 10 anni, quelle digitali dopo 7 anni. Il personale in dieci anni invecchia di ben 10 anni. Capisco che questa affermazione risulti pleonastica, ma evidentemente non se ne era tenuto conto bloccando le assunzioni! Il che vuol dire che i medici che avevano 55 – 65 anni ora sono andati via e non sono stati rimpiazzati. Per gli infermieri – non a caso – è lo stesso. Ma, ad esempio, se avevano 40 – 50 anni, ora ne hanno 50 – 60. Anche questo è ovvio, ma meno ovvio è il fatto che si tratta di un lavoro che comporta anche un impegno fisico rilevante. Per inserire un ago in vena a un degente ci si china, per medicare una piaga o posizionare una padella si compie uno sforzo fisico movimentan-



do il paziente, per controllare la sacca che raccoglie l'urina dal catetere ci si abbassa fin quasi a terra: di giorno, di notte, a capodanno... Nei primi decenni del mio lavoro quando un infermiere compiva 50 anni lo si destinava all'attività ambulatoriale proprio per queste ragioni; ora questa età è superata dalla maggioranza del personale infermieristico in attività.

L'altra ragione di focalizzare l'attenzione sull'ultimo decennio è più specificamente di carattere politico, per valutare le scelte economiche e sociali in risposta alla crisi manifestatasi all'inizio di tale periodo. In sintesi, schematicamente, due schieramenti che si sono succeduti con un intervallo (Monti - Letta); lo schieramento più recente con una assoluta continuità al Dicastero della Sanità: (1860 giorni, la maggiore nella storia repubblicana). Se noi esaminiamo quale "cartina di tornasole" degli orientamenti politici complessivi la sanità, non possiamo certo affermare che, fra i due periodi, vi sia stata una inversione di tendenza; che si siano confrontate visioni diverse. La diminuzione dei finanziamenti è proseguita, ha interessato sia la spesa corrente che gli investimenti ridottisi, dal 2012 al 2017 del 47%; il personale è stato ridotto anche in settori (quello infermieristico) largamente deficitari, non rimuovendo quell'assurdo vincolo, introdotto nel 2009, che imponeva una spesa per il personale pari a quella del 2004, meno l'1,4%; la formazione post laurea non ha avuto alcuna adeguata programmazione senza tener conto delle documentate previsioni di carenze in medicina d'urgenza e anestesia e rianimazione."

Da una interessante intervista alla professoressa Sartor dell'Organizzazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano e del centro studi Sereno Regis, si desume che già dal 1997 la regione Lombardia si muove verso un modello che facilita l'entrata dei privati nel Servizio Sanitario Regionale, quello "Ospedale Centrico" dove questo diventa il fulcro attorno al quale costruire il nuovo sistema. Le ASL quindi non erogano più direttamente i servizi e ridimensionano tutta l'attività di prevenzione e per questa ragione vengono trasformate in ASST, che dovevano diventare una sorta di ospedale che si ramifica sul territorio, ma che in realtà invece di servizi territoriali sono centri amministrativi del sistema. Va ribadito, inoltre, che per via del vincolo di fedeltà inserito nei contratti, con il benessere dei sindacati confederali, per chi lavora all'interno di Ospedali, RSA, ecc. sta diventando sempre più problematica la semplice esposizione della verità e in questi mesi abbiamo visto quante ritorsioni ha subito il personale sanitario quando ha denunciato le criminali irregolarità, compiute durante l'epidemia. Questo punto del vincolo, quindi, dovrebbe essere uno dei principali obiettivi di lotta, accanto a quello della sicurezza sul lavoro.

Un breve inciso sulla "questione vaccini" di cui tanto si parla sui media nazionali e che sono visti come la soluzione della pandemia, ma per farlo dobbiamo attuare un passo indietro a livello storico. Il 30 ottobre 1947 a Ginevra, in Svizzera, viene firmato da 23 paesi un accordo internazionale: "accordo generale sulle tariffe doganali e sul commercio" (in inglese: General Agreement on Tariffs and

Trade), meglio conosciuto come GATT, per stabilire le basi per un sistema multilaterale di relazioni commerciali, con lo scopo di favorire la liberalizzazione del commercio mondiale. Successivamente il 22 dicembre 1994 al termine dei negoziati multilaterali dell'Uruguay Round (1986-1994) viene istituita l'Organizzazione mondiale del commercio (OMC) che include l'accordo sugli aspetti dei diritti di proprietà intellettuale attinenti al commercio TRIPS. Il TRIPS persegue due obiettivi principali:

- garantisce una protezione efficace e adeguata dei diritti di proprietà intellettuale legati al commercio, tenendo conto delle differenze nei sistemi giuridici nazionali;
- stabilisce norme minime multilaterali per combattere la contraffazione.

La sua creazione fu il risultato dell'attività e dell'interesse in materia di protezione dei diritti della proprietà intellettuale da parte degli Stati Uniti, supportati dall'Unione europea, Giappone e altre nazioni sviluppate. Le campagne di promozione economica unilaterale sotto il Sistema Generalizzato di Preferenze e la coercizione sotto la Sezione 301 del Trade Act (il Presidente è autorizzato a intraprendere tutte le azioni appropriate, comprese quelle basate sulle tariffe e ritorsioni non tariffarie, per ottenere la rimozione di qualsiasi atto, politica o pratica di un governo straniero che viola un accordo commerciale internazionale o è ingiustificato, irragionevole o discriminatorio e che grava o limita il commercio statunitense) ebbero un ruolo importante nello sconfiggere posizioni politiche in opposizione che erano in favore dei paesi in via di sviluppo,

in particolare Corea e Brasile, ma anche Thailandia, India e Caraibi. La strategia degli Stati Uniti di collegare le politiche di commercio agli standard sulla proprietà intellettuale può essere ricondotta all'operato dell'amministrazione della compagnia farmaceutica Pfizer all'inizio degli anni '80, la quale mobilitò le società aziendali degli Stati Uniti e fece della massimizzazione dei privilegi legati alla proprietà intellettuale la priorità numero uno nella politica di commercio degli Stati Uniti.

Nell'ultimo consiglio dei TRIPS, di metà Ottobre e che riprende il 20/10 India e Sudafrica hanno chiesto che durante tutto il periodo della pandemia vengano sospese le forme di proprietà intellettuale, brevetti, copy right, cioè tutta la parte che privatizza la conoscenza e non permette la condivisione delle innovazioni. Naturalmente a questo si sono opposti tutti i paesi industrializzati del Nord, compreso il Giappone, mentre tra quelli favorevoli c'è il Vaticano, che vede il vaccino come un'incarnazione del discorso di Papa Francesco.

Ma il discorso non vale solo per il vaccino ma anche per tutte quelle strumentazioni (es. respiratori) medicali utili e che vengono "accaparrati" dai paesi ricchi a prezzi sempre più alti creando ulteriore disuguaglianza d'accesso, la stessa che vediamo ormai da più di vent'anni.

Le società che stanno sperimentando i vaccini, guarda caso una è la Pfizer accompagnata da Astra-Zeneca e Moderna, procedono velocemente perché stanno utilizzando anche fondi pubblici per una ricerca privatizzata e senza condizioni di trasparenza sia sull'effettiva efficacia (non si sa quali fasce di popolazione

vengono prese in esame), ma neppure sul prezzo visto che tutto è secretato. Senza dimenticare che molte aziende farmaceutiche ha sì fatto passi avanti nella ricerca, ma per quanto riguarda cure che danno maggior profitto. Questo dà l'idea di che tipo di ricerca scientifica c'è e ci sarà in futuro.

La salute diventa quindi una discriminante: chi ha soldi trova le soluzioni (cure, circuiti preferenziali, prevenzione), chi non li ha

Un quadro estremamente crudo nella sua semplicità e noi riteniamo quindi importante "Fare rete", cioè condividere conoscenze, pratiche, riflessioni, contenuti e contribuire all'organizzazione delle lotte, che a causa della crisi questo periodo di "corona virus" ha accelerato e fatto esplodere in modo più palese e contraddittorio. Scuola, sanità servizi, case, immigrazione, carceri, sono potenzialmente oggi terreno di scontro e già se ne sono visti i sintomi, i segnali, lo testimoniano anche le migliaia di multe arrivate inizialmente a comuni cittadini, poi a studenti, lavoratori e militanti in risposta a momenti di lotta organizzati contro la gestione sanitaria.

La vita di ogni proletario è attraversata e si scontra con ognuno di questi aspetti e ognuno di questi condiziona l'altro, provocando le conseguenze, che tutti hanno sotto gli occhi, di sempre maggior miseria ed esclusione.

LA PANDEMIA E LA MEDICINA DEL TERRITORIO

La diffusione della pandemia di Covid 19 ha messo in luce, nel nostro come in

altri paesi, le carenze disastrose di una medicina pubblica sottoposta da decenni a tagli nei finanziamenti e a processi sempre più accelerati di privatizzazione. In questo intervento vogliamo mettere però in evidenza i danni clamorosi provocati dallo smantellamento, ormai quasi completo, operato nei confronti della medicina del territorio. Intendiamo con questo termine riferirci alla rete di distretti sanitari di quartiere, agli ambulatori di medicina generale, alla medicina scolastica, ai centri vaccinali, ai consultori familiari, vale a dire a quella rete di presidi sanitari territoriali che esistevano fin dai tempi delle mutue e che, dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 in poi, sono stati progressivamente smantellati quasi completamente. Questa rete, per quanto imperfetta, consentiva almeno di tenere sotto controllo epidemiologico le malattie infettive presenti sul territorio e di intervenire al domicilio dei pazienti in caso di necessità.

Proprio la mancanza di queste due fondamentali attività sanitarie è venuta drammaticamente in luce nella pandemia di Covid 19. Il paziente che accusava sintomi riferibili a infezione da SarsCov2 e chiamava il medico curante o la guardia medica veniva invitato a rimanere a casa mediante un colloquio telefonico e invitato a segnalare eventuali peggioramenti. Se questi peggioramenti si verificavano il paziente arrivava infine in ospedale già in situazione di gravità, andando poi a intasare i reparti di terapia intensiva, già carenti per loro conto. Questa assurda trafila ha finito per aggravare gli indici di mortalità della pandemia, che potevano essere contenuti

entro limiti minori se si fosse instaurata una adeguata terapia in una fase precoce della malattia. Inoltre ancora adesso mancano dati certi sulla diffusione del contagio nei singoli territori, nei posti di lavoro, nelle residenze per anziani ecc., mentre le esecuzioni dei tamponi procedono in modo disordinato e senza un piano predeterminato. Una corretta prevenzione dell'epidemia richiederebbe l'individuazione tempestiva dei focolai di contagio e un piano di intervento coordinato di tutte le strutture sanitarie sul territorio con un monitoraggio continuo dei suoi sviluppi. Ancora oggi invece si procede in ordine sparso, facendo un dubbio affidamento su una app che non decolla.

Allo smantellamento della medicina del territorio ha fatto da contraltare la concentrazione delle attività mediche negli ospedali o, per meglio dire nelle aziende ospedaliere, come vedremo in seguito. Concentrazione che vuol dire investimenti sia pubblici che privati, finanziamenti soprattutto pubblici, ultimamente dirottati sempre più sul privato, introduzione dei ticket sanitari, possibilità per i medici specialisti di effettuare visite private intramoenia, cioè dentro l'ospedale, conseguente allungamento infinito dei tempi necessari per ottenere una prestazione a carico del SSN, con l'inevitabile effetto di dover ricorrere al privato in caso di urgenza. Tutte manifestazioni, ormai più che note, della necessità capitalistica di far profitto sulla medicina e sulla sanità in generale. Ma, per tornare alla contraddizione ospedale/territorio, puntare sulla centralità dell'ospedale all'interno della struttura sanitaria, per quanto funzionale alla concentrazione

dei profitti capitalistici, comporta alcune conseguenze tutt'altro che irrilevanti. Infatti la medicina ospedaliera è una medicina sostanzialmente di attesa quando non, in alcuni casi, addirittura difensiva, cioè aspetta che il paziente si rechi presso la struttura, mettendo così in forse anche la possibilità di una diagnosi precoce della patologia. Inoltre agisce per protocolli standard, basati su dati statistici e rigidamente suddivisi per ogni singola specialità, ciò che determina il pericolo incombente della perdita di vista della particolarità del singolo paziente. Quanto alla prevenzione gli ospedali, soprattutto quelli più grandi, con l'eccezione quindi di qualche piccolo presidio ospedaliero, la maggior parte dei quali però è stata chiusa, non hanno alcun rapporto con il territorio circostante e non ne conoscono le criticità sanitarie, quindi non hanno alcuna possibilità di effettuare una medicina preventiva sul territorio, cosa neanche prevista fra i loro compiti.

In un recente articolo apparso sulla newsletter di Medicina Democratica, in cui venivano avanzate le proposte per la medicina del territorio e i nuovi distretti sanitari, si evidenziavano anche le differenze fra ospedale e strutture territoriali:

“ Mettiamo anche in rilievo le grandi differenze di ruolo tra il sistema ospedaliero e i servizi territoriali
Sistema Ospedaliero – Servizi territoriali
Intensità assistenziale – Estensività assistenziale
Orientato alla produzione di prestazioni – Orientato alla gestione di percorsi assistenziali

Presidia l'efficienza – Presidia l'efficacia e i risultati

Tende all'accentramento (grandi H) e al management – Tende al decentramento e alla partecipazione

Punta all'eccellenza – Punta all'equità – Opera tramite team multiprofessionali”.

Abbiamo già segnalato che privilegiare le strutture ospedaliere rispetto a quelle territoriali è funzionale alla concentrazione dei profitti capitalistici nella sanità, cosa che appare evidente dalle dimensioni sempre più grandi assunte dagli ospedali e dalla chiusura di quelli più piccoli. Tuttavia la trasformazione degli ospedali pubblici in aziende tese alla realizzazione di profitti è precedente ai successivi fenomeni di privatizzazione della sanità. Il processo iniziò nei primi anni 90 con l'introduzione dei cosiddetti DRG, in parallelo con la trasformazione delle USSL (Unità socio-sanitarie locali) in ASL (Azienda sanitaria locale). La sigla DRG sta per Diagnosis Related Group in inglese, traducibile in italiano con “Raggruppamento omogeneo di diagnosi” con cui “si fa riferimento a un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse). Tale aspetto permette di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse e quindi di remunerare ciascun episodio di ricovero. Una delle finalità del sistema è quella di controllare e contenere la spesa sanitaria”. Detto in parole povere un intervento chirurgico di appendicectomia avrà un valore economico certamente inferiore di un trapianto cardiaco.

Il sistema è stato creato da Robert B. Fetter e John D. Thompson nell'Università Yale ed introdotto nel servizio sanitario Medicare degli USA nel 1983. In Italia è stato introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale con tre decreti ministeriali nel 1992-93-94, mentre, prima di allora il finanziamento degli ospedali era basato sulle giornate di degenza. Ora è chiaro che un sistema di questo genere può indurre a incentivare le prestazioni più remunerative a scapito di quelle meno remunerative e/o a creare reparti super specializzati in interventi ad alto valore aggiunto in termini di macchinari e personale qualificato (le cosiddette eccellenze). A seguire poi si è dato ampio spazio alla “competizione fra pubblico e privato”, così cara ai vari governatori della Regione Lombardia, nascondendo però il fatto che la competizione era truccata fin dall'inizio, perché, a fronte dei cospicui investimenti effettuati dai vari gruppi privati in campo sanitario, negli ultimi dieci anni, secondo i calcoli della Fondazione Gimbe, circa 37 miliardi di euro di aumenti di spesa sanitaria, previsti per mantenere l'attuale qualità dei servizi, sono stati tagliati. Senza contare che, ad esempio, in Lombardia i privati accreditati hanno dirottato il 40% dei fondi regionali, a fronte di un 35% complessivo di prestazioni erogate. Quindi agitare l'obiettivo di una sanità pubblica e gratuita è certamente giusto, visto che, se guardiamo la questione dal punto di vista operaio, comunque stiamo parlando di una parte consistente di salario indiretto. Dal punto di vista del capitale non tutto il welfare si configura come salario indiretto dei lavoratori. Oltre alle pensioni, sanità, scuola ecc. ci

sono anche le spese militari, le infrastrutture, le grandi opere pubbliche ecc. Dal punto di vista del capitale il welfare si configura quindi essenzialmente come sostegno della domanda integrata, secondo la nota ricetta keynesiana per l'uscita dalla crisi. Anche qui si può porre una domanda: lo stato sociale è frutto di una "conquista" operaia o di un "compromesso sociale" ai limiti della cogestione? Le due cose probabilmente sono molto intrecciate: in Germania, ad esempio, prevale sicuramente la cogestione e lo stato sociale appare più solido; in Italia, invece, in una situazione capitalistica più "arretrata", lo stato sociale appare come "conquista" delle lotte operaie, ma è anche enormemente più fragile. Paradossalmente lo stato sociale tiene di più dove meno lotte sono state necessarie per ottenerlo, e dove si è formata un tipo di "coscienza" operaia che, in altri tempi, si sarebbe definita "tradeunionista". Da questo punto di vista non è opportuno quindi alimentare eccessive nostalgie per il servizio sanitario del passato, che si configura piuttosto, come del resto tutto il welfare state, come una gestione da parte dello stato della riproduzione della forza lavoro fordista. Come tale esso è una esperienza storica limitata a un periodo di grande sviluppo capitalistico, i famosi 30 anni di golden age seguiti alla seconda guerra mondiale, e difficilmente ripetibile in una epoca di crisi permanente del capitale e di grande precarietà del lavoro, come quella attuale. Da un punto di vista proletario tutta la storia dell'Ottocento e del Novecento è piena di continue oscillazioni, ma, in ultima analisi, la tendenza generale che alla fine si afferma è quella del

passaggio dalle iniziali forme di autonomia e autogestione sociale alla delega completa allo stato della riproduzione della classe. Dalle scuole operaie alla scuola pubblica statale, dalle casse di mutuo soccorso all'INPS, dalle casse di malattia al Servizio Sanitario Nazionale, dalle Case del Popolo ai dopolavori. La tendenza è chiara ed univoca nel senso di una perdita continua di autonomia a favore della gestione della vita da parte dello stato.

In un convegno tenuto a Milano nell'aprile 2014 sulla privatizzazione della sanità uno dei temi trattati è stato proprio la crisi della medicina generale e della medicina preventiva del territorio. In quel convegno dicevamo:

"Come dicevo prima il regime si è accorto della crisi della medicina generale ma, nelle sue proposte, non va oltre una rete di poliambulatori che, ammesso che siano realizzati, potrebbero garantire al massimo una diagnosi precoce delle malattie e una terapia più tempestiva. Non è previsto che questi poliambulatori possano costituire una rete di rilevazione dei fattori di rischio e di prevenzione sul territorio. Le distorsioni e gli sconvolgimenti sociali prodotti dal modello di sviluppo capitalistico e dalla sua crisi hanno provocato un profondo cambiamento della geografia del territorio. L'allungamento della vita media si è tradotto in un numero crescente di persone anziane bisognose di assistenza. Le ASL hanno abbandonato totalmente il settore della assistenza a domicilio, non disponendo più di personale adatto alla bisogna e limitandosi ad erogare dei bonus o voucher da utilizzare per accedere al mercato delle cooperative

di assistenza accreditate dalla Regione. Queste cooperative, debitamente lot-tizzate (in Lombardia naturalmente ha prevalso la componente CL - Compagnia delle opere, almeno fino a poco tempo fa), erogano assistenza sanitaria a domicilio fidando soprattutto sullo sfruttamento della forza lavoro impiegata, secondo i consueti canoni che regolano il sistema degli appalti. Per altro verso l'assistenza domiciliare agli anziani alimenta il fiorente mercato delle badanti, in genere extracomunitarie soggette ai mille ricatti della loro condizione o, infine, il "business" delle residenze sanitarie assistenziali con rette da 2500 euro mensili in su. In ogni caso l'assistenza agli anziani è completamente delegata al tessuto familiare o al privato sociale, con conseguente smantellamento del welfare da parte dello stato.

Crescono inoltre le malattie croniche come ipertensione e diabete, dovute per lo più ad una alimentazione scorretta e a cibi sempre più adulterati, o a stili di vita potenzialmente patogeni legati a stress da lavoro, condizioni di vita precarie, problemi economici, nuove povertà. Ogni disturbo generato dal disagio sociale e psichico viene medicalizzato mentre viene alimentata l'ingenua speranza che ogni problema possa essere risolto con una miracolosa "pastiglia" (ricordo in proposito una canzone di Renato Carosone, molto in voga negli anni 60).

In tutta questa confusione scompare la prevenzione. In campo medico si parla molto poco di inquinamento ambientale e sui luoghi di lavoro, delle scorie chimiche, delle malattie da onde elettromagnetiche (cellulari, antenne, ripetitori, cavi elettrici ecc.), delle radiazioni

nucleari (dopo Chernobyl e la guerra in Jugoslavia con le bombe a uranio impoverito gettate nell'Adriatico c'è stato un forte aumento delle malattie della tiroide), delle malattie psichiche da stress lavorativo, da mobbing, da rapporti sociali e interpersonali sempre più conflittuali.

Una vera medicina del territorio deve affrontare tutti questi problemi con mentalità aperta, collegandosi a collettivi di quartiere, associazioni ecologiche, a movimenti per una alimentazione più naturale ecc. operanti sul territorio. Tutto questo comporta un profondo sconvolgimento delle relazioni sociali e della cultura dominante che un capitalismo in profonda crisi strutturale non sembra in grado di compiere."

E non è in grado di compiere perché la medicina del territorio, per la sua natura non è in grado di produrre profitti capitalistici paragonabili a quelli ospedalieri, come è dimostrato da tutta la storia recente della sanità. Sarebbe necessario invece ritornare alle forme di autogestione della salute, proprie del primo movimento operaio, che hanno ritrovato poi un nuovo momento di esplosione nelle lotte degli anni 70. Vogliamo segnalare in quegli anni le lotte contro la nocività in fabbrica, la formazione nelle fabbriche dei gruppi omogenei di rischio che valorizzavano la soggettività operaia contro la presunta oggettività dei tecnici sanitari o medici di fabbrica.

E poi le lotte dei collettivi femministi per l'autogestione dei consultori, per la contracccezione e la libertà di decisione delle donne sul proprio corpo e sulla propria salute, contro il potere medico. Erano gli anni anche della chiusura dei manicomi

e della lotta di Franco Basaglia contro le istituzioni che vengono costruite per produrre il malato mentale. Sempre in quegli anni Giulio Maccacaro fondava Medicina Democratica e analizzava a fondo il rapporto fra medicina e potere, con la convinzione che l'origine di molte malattie vada ricercata nei rapporti sociali di oppressione e di sfruttamento.

LE PRIME MUTUE

Esattamente 40 anni fa la Legge 883 del 23 dicembre 1978 ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si basa su tre principi cardine: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Una tappa fondamentale per lo sviluppo della sanità pubblica italiana, che ancora oggi spicca in Europa e nel mondo per il suo carattere universalistico e che affonda le proprie radici nell'articolo 32 della Costituzione: la nostra Carta, va ricordato, è stata la prima nel Vecchio Continente a riconoscere e mettere nero su bianco il diritto alla salute.

Stato

Indirizzo e coordinamento delle regioni in materia sanitaria esercitata mediante delibere del Consiglio dei Ministri in seguito a proposte del Ministero.

Il Ministero della Sanità si occuperà di programmazioni, determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e dei requisiti minimi che devono possedere i vari profili professionali degli operatori sanitari.

Regioni

Possono legiferare in materia secondo le proprie competenze e nel rispetto dei principi legislativi statali, definendo i

livelli essenziali. Esercitano le funzioni sanitarie proprie o a loro delegate.

Le USL e i Comuni (ai tempi della riforma) "Sono attribuite ai comuni tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni."

Le Unità Sanitarie Locali erano le effettive risorse impiegate per la tutela della salute del cittadino: i presidi, i servizi, e gli uffici di un dato Comune, associazione di Comuni, o comunità territoriale. Le USL quindi vennero suddivise in Distretti Sanitari di Base, cioè le strutture tecnico-funzionali che erogavano i servizi sanitari sul territorio.

Anni '90 - Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Negli anni '90 si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN. Con i decreti di riordino del 1992-1993 e del 1999 (riforma Bindi), si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l'aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione.

Le unità sanitarie locali (USL) diventano aziende sanitarie con autonomia organizzativa (ASL).

2001 - La riforma del titolo V della Costituzione

La legge 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione) all'art.117 ridisegna le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Ogni Regione assicura i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera.

2001, da Sanità a Salute, da Ministero della Sanità a Ministero della "Salute". Nel quadro attuale, esercita le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, sanità veterinaria, tutela della salute nei luoghi di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, coordinamento del SSN (ferme restando le competenze attribuite alle Regioni).

Le sfide della sostenibilità: nel 2017 aggiornati i LEA

Per garantire la tutela della salute e contenere la spesa sanitaria nascono i Livelli essenziali di assistenza (LEA), le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire sul tutto il territorio a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (ticket), finanziati con le risorse pubbliche. Le Regioni, con risorse proprie, possono garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA. I LEA, definiti nel 2001 e aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017 sono il nucleo essenziale irrinunciabile del diritto alla salute.

Il servizio Sanitario Nazionale

Sono serviti 30 anni perché la norma Costituzionale fosse tramutata in legge e divenisse dunque efficace a tutti gli effetti: ciò è avvenuto infatti soltanto nel 1978 attraverso l'emanazione della L. 833/78 che istituiva il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ispirato ad un modello universalistico.

Prima del 1978 il sistema sanitario italiano era basato su una forma di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute era strettamente collegato alla condizione lavorativa e quindi non era considerato un diritto di cittadinanza nel senso pieno del termine.

Fu il fascismo a dare un deciso colpo di grazia al mutualismo operaio, riportando le associazioni sotto il rigido controllo dello stato e del regime. L'idea era non solo quella di irreggimentare le mutue esistenti, ma di farle confluire all'interno di alcuni macro-enti. L'ultimo tentativo di portare a termine questo compito avvenne nel 1943, proprio poco prima del crollo della dittatura, quando si cercò di accorpate il fitto reticolo di casse, istituti ed enti di assicurazione sanitaria nell'Ente Mutualità Fascista - Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori. Da prodotto del fervore delle classi subalterne, gli enti mutualistici divennero così la spina dorsale di un nascente welfare burocratico e corporativo-assicurativo che, anziché promuovere l'estensione dei diritti sociali, cristallizzava le disuguaglianze fornendo a ciascuno una protezione commisurata ai contributi versati e alla posizione ricoperta nel mercato del lavoro.

La sanità così impostata prevedeva dunque, non solo una copertura parziale della popolazione (lavoratori e familiari a carico), ma anche forti sperequazioni tra i beneficiari in quanto le quote contributive versate alle assicurazione variavano in base al tipo di lavoro svolto ed in questo modo si aveva accesso a diversi livelli qualitativi di assistenza.

Uno dei paradossi che si veniva a creare era, per esempio, che i soggetti più vulnerabili e maggiormente esposti a malattie e rischi sociali, come disoccupati e lavoratori a basso reddito (ed i loro familiari), avevano possibilità ridotte di accedere a cure ed assistenza adeguate. La L.180 del 13 maggio 1978 (cosiddetta Legge Basaglia), riguardante Accertamen-

ti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori, contribuì poi a porre le basi del nuovo sistema sanitario in quanto cambiava complessivamente l'atteggiamento verso il tema della salute mentale e definiva l'importanza assoluta dell'azione a livello preventivo piuttosto che curativo.

Il 23 dicembre 1978 venne approvata la L. 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale basato sulla visione solidaristica nell'erogazione delle prestazioni in cui la copertura sanitaria veniva estesa a tutti e non più limitata a talune categorie (lavoratori, pensionati, loro familiari e soggetti particolarmente bisognosi privi di tutela assicurativa obbligatoria). In questa nuova impostazione il finanziamento del sistema era basato sulla fiscalità generale.

La nuova sanità prese dunque forma in anni di dure ed estese lotte sociali e fu accompagnata da diverse riforme in ambiti affini (legge 194 sull'Aborto del 22 maggio 1978, la legge Basaglia) che contribuirono a definire le tappe del percorso. Ma a soli tre mesi dalla sua emanazione, tuttavia, vennero introdotti i "ticket" sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie, una vera e propria "tassa sulla malattia" che, prevedendo una forma di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria, incrinava il principio della gratuità dell'accesso al sistema.

Inoltre il sistema dei partiti e importanti lobby economiche erano già in agguato, pronti a mettere le mani sul nuovo SSN.

E fu così che nel 1992, durante il governo Amato, venne partorito il D.L. 502/92, il cui padre ("Sua Sanità", Francesco De Lorenzo) sarebbe stato di lì a poco coinvolto, insieme ad un altro membro del

suo dicastero, proprio nell'inchiesta di Mani Pulite.

Questo provvedimento, poi leggermente modificato dal D.L. 517/93 varato dal governo Ciampi, iniziava a sfaldare l'omogeneità delle prestazioni sul territorio nazionale inserendo un cuneo nell'universalità del servizio: pur identificando dei "livelli uniformi di assistenza" su base nazionale, venivano devoluti grandi poteri alle Regioni che diventano economicamente e, in parte, politicamente responsabili dei propri sistemi sanitari; inoltre le USL diventavano ASL, vere e proprie aziende pubbliche dotate di autonomia imprenditoriale e gestite da potenti "manager della salute" principalmente secondo criteri di efficienza economica e "produttività".

Parallelamente a questa vera e propria riorganizzazione in senso aziendalistico della sanità pubblica, si spalancavano le porte alle strutture sanitarie private, di fatto equiparate a quelle pubbliche attraverso il meccanismo dell'accreditamento che le rendeva a tutti gli effetti un pilastro del SSN e non più semplicemente accessorie e supplementari.

Veniva delineata, esattamente come accadeva con il sistema delle mutue, una tendenziale separazione tra i soggetti committenti e paganti da un lato (le ASL) e le strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie dall'altro (le Aziende Ospedaliere). In questo modo le ASL hanno potuto iniziare a rimborsare parimenti prestazioni sanitarie "acquistate" dagli utenti presso Aziende Ospedaliere pubbliche o da soggetti privati accreditati, alimentando così la concorrenza e la competizione tra i due poli.

Piuttosto che sradicare clientelismo e corruzione democratizzando ulteriormente il sistema si preferì allontanare dal controllo dei cittadini la gestione del SSN, spostando poteri verso l'alto, verso il mercato e i super-manager, anziché verso il basso: tutto ciò giustificato con la retorica che vuole il privato come intrinsecamente più efficace ed efficiente del pubblico.

In realtà si è dato vita ad una nuova e perversa commistione tra sistema politico ed interessi privati (emblematico il caso dei Direttori Generali delle nuove ASL con poteri e status di manager aziendali, ma nominati dalle Regioni e ad esse rispondenti).

E nel 1999 arrivò la cosiddetta “riforma Bindi” che pur nel tentativo di correggere alcune criticità dei precedenti provvedimenti, definendo in modo più preciso per esempio i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti i cittadini, confermava l'impostazione fondamentalmente privatistica dell'ordinamento sanitario.

Dopo circa sei mesi, venne approvata la Legge 13 maggio 1999 n. 133 che determinava la soppressione nell'arco di tre anni del Fondo sanitario nazionale, lasciando alle Regioni il compito di finanziare direttamente il proprio Servizio Sanitario.

Nel 2001 mutò invece il quadro costituzionale: la riforma del titolo V della Costituzione ridefinì i rapporti tra Stato e Regioni in senso federalistico e, attribuendo nuovi poteri e autonomia a queste ultime, approfondì ulteriormente la frammentazione e la disomogeneità dei servizi erogati nei diversi territori. La sanità è stato il primo e più importante

ambito di sperimentazione del federalismo i cui risultati deleteri sono tutt'oggi evidenti agli occhi di tutti.

Questo più o meno il quadro complessivo in cui si inseriscono le politiche sanitarie di oggi. Da qui dobbiamo ripartire se vogliamo opporci alla privatizzazione del sistema sanitario e procedere invece verso una sua riappropriazione sociale.

SITUAZIONE ATTUALE IN LOMBARDIA

Questa è una brevissima e sicuramente non esaustiva sintesi dell'attuale situazione sanitaria lombarda in piena emergenza Covid in cui vediamo come il processo di privatizzazione nella sanità si stia rafforzando e come la pandemia stia rappresentando un ulteriore volano per accelerare questo processo cedendo sempre maggiori prestazioni alle strutture sanitarie private e garantendo loro ulteriori profitti. Se da un lato il Covid ha messo a nudo la fragilità di un sistema sanitario pubblico eroso da decenni di tagli, dall'altro ci ha fatto vedere come da subito si sia organizzato un mercato privato parallelo che sta fiorendo di settimana in settimana.

Un esempio recente è ciò che sta avvenendo al San Raffaele dove il gruppo San Donato – che ha 19 ospedali tra cui il San Raffaele e oltre un miliardo di fatturato nel 2019, tampona le perdite dovute alla riduzione di attività chirurgiche e prestazioni varie nonché al calo dei pazienti che da altre regioni d'Italia venivano nelle cliniche dell'eccellenza lombarda ora rimandate a causa Covid, attraverso nuove offerte.

Il gruppo cerca di fare cassa offrendo servizi che dovrebbe fornire la sanità pubblica e che in Lombardia fin dalla prima ondata pandemica sono drammaticamente carenti.

I tamponi, tanto per cominciare.

Il gruppo San Donato fa pagare circa 90 euro a tampone, con una media di 1.000 tamponi al giorno. Incassa quindi circa due milioni e mezzo al mese. Ora il gruppo San Donato offre inoltre un pacchetto per “l’assistenza domiciliare e diagnostica Covid 19”. Pacchetto che viene eventualmente acquistato dopo un consulto telefonico o via video mediante la telemedicina dell’ospedale. Il solo consulto costa 90 euro e può durare 15 minuti. Un tempo davvero insufficiente per presentare se stesso e le proprie condizioni di salute. Nel caso il medico decida che il paziente va monitorato, il pacchetto proposto per la diagnosi ha un costo di 450 euro e comprende un prelievo ematico, una radiografia toracica domiciliare, la misurazione della saturazione e un consulto medico finale a distanza. L’importo va pagato entro le 24 ore, anche tramite PayPal o varie carte di debito o credito, il referto verrà spedito a casa al prezzo di 9 euro e le aree coperte sono Milano e alcuni comuni limitrofi. Un servizio di diagnosi, non di cura. La cura verrà probabilmente proposta in un secondo momento e con spese aggiuntive.

E’ così che la Regione Lombardia ha pensato di risolvere il problema delle carenze della medicina territoriale!

Ma se il San Raffaele ha fatto scalpore per l’alto costo del pacchetto, tante altre strutture private hanno organizzato servizi di questo tipo, per non parlare

dei laboratori di analisi accreditati che fanno pagare un tampone dai 90 euro in su; sono fiorite cooperative che si servono di medici e infermieri in libera professione per fare tamponi a domicilio e farli poi processare ai soliti laboratori, la Synlab gruppo europeo di diagnostica medica è uno di questi.

Se oggi si incorre nella sfortuna di venire contagiati dal Covid e si ha la necessità di ricevere assistenza domiciliare, si rischia di vivere la malattia in totale solitudine e incertezza. Il primo passo è contattare il medico di base, questi nell’impossibilità di effettuare una visita (per mancanza di dispositivi di protezione personali e per evidenti carichi di lavoro che non glielo consentono) cerca telefonicamente di valutare se i sintomi sono riconducibili al Covid e una volta accertata questa possibilità, segnala alla A.T.S. (agenzia di tutela della salute) il caso per la messa in quarantena e il monitoraggio a domicilio. Però questo non accade.

Le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), istituite nel 2015 in sostituzione delle precedenti Aziende Sanitarie Locali (ASL), sono otto e sono distribuite su tutto il territorio della Lombardia e delle sue undici province e della Città metropolitana di Milano. Tali strutture si occupano dell’attuazione del programma socio-sanitario regionale e dell’erogazione dei servizi sanitari tramite soggetti pubblici e privati, nonché del controllo della salute e prevenzione negli ambienti pubblici e lavorativi. Ogni ATS è poi suddivisa in diversi dipartimenti specializzati nelle singole funzioni della struttura.

Da circa dieci giorni il sito internet dell’A.T.S. “Milano – Cor”, è bloccato, ciò

significa che non prende in carico nessun malato. Anche prima del blocco, potevano passare tre settimane prima che l'A.T.S. prendesse contatti con il paziente Covid, quindi paradossalmente alla fine dell'isolamento domiciliare e se fino a qualche settimana fa forse effettuava almeno il primo tampone a domicilio, oggi è molto improbabile che ne ripetano un altro, (peraltro indispensabile per chiunque debba tornare al lavoro o accedere per cure mediche a luoghi sanitari) quello che dovrebbe certificare la sua guarigione e la possibilità di ritornare alla socialità in sicurezza per sé e per gli altri. Il call center dell'A.T.S., in questi giorni consiglia apertamente agli utenti di rivolgersi ai privati per eseguire i tamponi; ciò comporta una spesa minimo di 80 euro per arrivare anche a 140/150 euro e molti lavoratori sono costretti a pagarsi il tampone per poter tornare a lavorare perché richiesto dal datore di lavoro.

Sempre a supporto dell'assistenza domiciliare sono state istituite a Marzo le USCA, (unità speciali di continuità assistenziale), nate per rafforzare la terapia domiciliare ed evitare il sovraffollamento negli ospedali ma di fatto non sono mai partite e in alcune regioni addirittura smantellate sul nascere; oggi nella città metropolitana di Milano sono attive 13 unità USCA, per un totale di 25 medici in servizio al giorno, su 3,2 milioni di abitanti. Un quinto di quello che servirebbero: il decreto ministeriale prevede un'unità USCA ogni 50mila abitanti: nel milanese ne servirebbero 65, per un totale di 130 medici. I dati a questo proposito variano molto a seconda delle fonti che le divulgano.

In tempi di Covid, le USCA vengono allertate dai medici di base ma non sembrano però funzionare, per mancanza di medici disponibili dice la Regione, dato contraddetto da molti neolaureati che hanno partecipato ai bandi della Regione e non sono mai stati chiamati; in realtà le stesse unità non sono state rese efficienti, non hanno strumenti, né a livello materiale né a livello informatico. Il dato certo è che in Lombardia questo servizio non è presente.

Quindi assistiamo da una parte all'assenza totale della medicina territoriale e dall'altra al collasso degli ospedali dove il personale sanitario denuncia da tempo la drammaticità di una situazione che può entro poche settimane essere fuori controllo. Una situazione quindi grave che sta portando a centinaia di decessi al giorno, (tra i più alti livelli di letalità nel mondo) a decine di migliaia di contagi, con reparti di terapia intensiva a rischio di saturazione, con mancanza strutturale di personale e con un aumento di contagio tra il personale stesso.

E' chiaro che di fronte ad uno scenario di questo tipo le porte che si aprono al business della salute sono infinite; a fronte di una gestione delle strutture pubbliche in cui non si vedono cambi di rotta rispetto al passato ma solo un progressivo peggioramento, abbandono e un'ulteriore mancanza di risorse umane e materiali.

Questa stessa politica e arroganza si confermano se guardiamo le condizioni lavorative degli operatori sanitari e dei contratti che regolano le assunzioni dei lavoratori precari delle cooperative e delle agenzie interinali, per non parlare del peggioramento delle condizioni

generali di tutti i lavoratori costretti a turni notturni di 12 ore, a subire aumenti di carichi di lavoro, alla riduzione dei tempi per vestirsi e svestirsi, all'abolizione dei tempi di pausa (pranzo per i turnisti e i 10 minuti canonici per il caffè) e con spazi sindacali sempre più ridotti. I lavoratori denunciano da tempo la mancanza di personale (in Lombardia mancano 10.000 operatori sanitari), in questi mesi si sta imponendo inoltre una mobilità tutt'altro che volontaria, parte del personale sanitario viene dirottato verso altri centri, come quello della fiera, generando così ulteriori disagi e carenze negli ospedali.

Il governo propaganda stabilizzazioni e assunzioni che in realtà non avvengono, le uniche assunzioni vengono fatte tramite cooperative o agenzie interinali con personale reso sempre più precario da contratti della durata di un mese o pochi mesi, costretti ad operare in condizioni ad alto rischio e per una paga da fame. Viene da chiedersi cosa debba ancora succedere e come possiamo intervenire in modo incisivo per fermare questo disprezzo crescente verso chi lavora e chi si trova a subire un sistema che continua a generare diseguaglianze, fratture insanabili tra chi può curarsi e chi no e ad una propaganda mediatica falsa che è necessario smascherare.

REPORT

Iniziativa del 25 luglio c/o Panetteria Occupata

Abbiamo Iniziato partendo dalle frasi che per mesi TV, giornali e media hanno continuato a ripetere: "ANDRA' TUTTO

BENE - INFERMIERI ANGELI - NESSUNO RESTERA' SOLO" accompagnate anche da un gergo militaresco tipo task force contro il COVID, siamo in prima linea, ecc. un linguaggio che aveva lo scopo di distogliere l'attenzione dal problema reale e cioè il rapporto fra le scelte politiche della classe dirigente e quanto stava accadendo a livello sanitario. Quella classe che negli anni aveva eliminato in Italia 70 mila posti letto, 359 reparti ospedalieri, tagliato 37 miliardi alla sanità pubblica e bloccato le assunzioni del personale sanitario.

Un linguaggio che non doveva far capire che quando si parla di Ospedale perché questo funzioni oltre a medici, infermieri e OSS, ha bisogno anche dei lavoratori e delle lavoratrici delle pulizie, delle mense, delle lavanderie, dei centralini, dei laboratori, di tutto un complesso quindi di figure che permettono al malato di ricevere la giusta assistenza. Un sistema per occultare che nella realtà i piccoli ospedali sono stati chiusi, i letti ridotti, mense cucine e sterilizzazioni esternalizzate e i laboratori di analisi accorpati. Da un veloce confronto con una serie di dati della Regione Lombardia e del Veneto si è evidenziato che diversità di scelte hanno dato origine alla strage dei mesi scorsi, principalmente in quella che la propaganda dei vari governi di destra e di sinistra ha definito "la regione con una sanità di eccellenza".

Al 1 aprile 2020 esistevano in Lombardia 3 laboratori pubblici (1 ogni 3 milioni di abitanti), in Veneto 10 laboratori (1 ogni 500 mila abitanti) - i Morti 7.593 contro i 499 del Veneto - i malati 44.733 contro i 9.625, tutti dati trasmessi da RAI3 (Report) il 25 maggio scorso.

Abbiamo sottolineato che nel 2018 Fontana nominava i nuovi direttori generali, diventati operativi dal gennaio 2019 per la Regione Lombardia, tutti appartenenti a Forza Italia o Lega e che dirigono 18 ATS (Agenzie per la tutela della salute) - 27 ASST (Aziende socio sanitarie Territoriali) e 4 IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico). Dati che si trovano sul portale della Regione.

Questo a carattere generale, mentre nello specifico di una delle zone rosse prese in esame, quella di Codogno e Casalpusterlengo) c'è un appello dei sindaci di diversi schieramenti politici ad eccezione di quelli della Lega, fatto in pieno periodo COVID dove si chiede il potenziamento delle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) istituite con decreto governativo del 9/3 per la gestione domiciliare dei pazienti. Inutile dire che delle squadre che dovevano essere operative 7 giorni su 7, in sinergia con i medici di famiglia, ne sono diventate attive solo 8 a fronte di calcoli che ne prevedevano 65. In una interessante intervista alla professoressa Sartor dell'Organizzazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Milano e del centro studi Sereno Regis, già dal 1997 la regione Lombardia si muove verso un modello che facilita l'entrata dei privati nel Servizio Sanitario Regionale, quello "Ospedale Centrico" dove questo diventa il fulcro attorno al quale costruire il nuovo sistema. Le ASL quindi non erogano più direttamente i servizi e ridimensionano tutta l'attività di prevenzione e per questa ragione vengono trasformate il ASST, che dovevano diventare una sorta di ospedale che si ramifica sul territorio, ma che in realtà

invece di servizi territoriali sono centri amministrativi del sistema.

Tornando velocemente al senso dell'iniziativa odierna, sicuramente momento di confronto e di controinformazione, proprio perché la salute non è una merce che si vende e si monetizza, è la nostra vita e non un favore, ma un diritto, per noi è fondamentale costruire momenti di aggregazione sul territorio in grado di contrastare questo feroce processo di privatizzazione. Proprio perché non si tratta di una divergenza tra settore sanitario pubblico e privato, dato che entrambi sono inseriti nella logica del profitto, poniamo quindi la domanda su come dare un contributo concreto allo sviluppo di azioni collettive ed in che direzione.

Un secondo intervento, che successivamente verrà esposto in forma più completa, tendeva a chiarire la differenza tra medicina ospedaliera e territoriale, sottolineando che quella ospedaliera è di attesa e difensiva rispetto ad una malattia perché si segue un protocollo che eviti noie e denunce, ad esempio facendo effettuare esami che in realtà servono solo a scongiurare tali problemi. La medicina territoriale permette invece di conoscere il tasso di epidemia in una zona, l'età e la professione di chi si ammala. Se si rispettasse la proporzione di un presidio territoriale per 50.000 abitanti, ci dovrebbero essere a Milano circa 30 presidi, un agire che richiede però parecchi investimenti che non ci sono. Tutto questo permetterebbe anche di individuare quali sono oggi le emergenze sanitarie, di affrontare la questione dell'invecchiamento della nostra popolazione e le malattie croniche le-

gate allo stile di vita, all'alimentazione. Importante è anche la figura del medico scolastico, che nel tempo è sparita e che però si sta riproponendo da più parti.

Un terzo intervento che, oltre a spiegare alcuni dei punti contenuti nella piattaforma presentata per la Sanità, per diretta esperienza ha sottolineato che la gente partecipa alle iniziative, mentre per chi lavora all'interno di Ospedali, RSA, ecc. sta diventando sempre più problematico esporsi, per via del vincolo di fedeltà inserito nel contratto. Infatti questo pone forti limiti alla semplice esposizione della verità e in questi mesi abbiamo visto quante ritorsioni ha subito il personale sanitario quando ha denunciato le criminali irregolarità, compiute durante l'epidemia. Questo punto del vincolo, quindi, dovrebbe essere uno dei principali obiettivi di lotta, accanto a quello della sicurezza.

E' necessario anche iniziare un lavoro di controinformazione nei quartieri, sia come volantaggi davanti alle strutture presenti, ma anche con un documento che a partire dagli interventi e riflessioni permetta di rendere concreto l'intervento. compreso l'aspetto dei consultori in zona.

Una compagna presente ha spiegato che stanno preparando un questionario che verrà utilizzato in viale Padova, ma che può essere allargato anche in altre zone. Ha spiegato la questione delle multe/sanzioni per il presidio davanti alla Regione Lombardia del 27 maggio scorso ed invitato a mantenere un'azione collettiva. E' stata ripresa anche la questione consultori, in particolare quello di Via Pecchio, che però sarà affrontata con maggiori informazioni.

Un ulteriore intervento ha portato l'esperienza fatta a Sesto San Giovanni dove, dopo una partecipata assemblea nella quale erano presenti numerose persone del quartiere, circa ottanta, ma anche un medico del lavoro ed un medico di base. Si è cercato di trasformare le denunce e le riflessioni emerse, in proposte concrete per migliorare l'intervento sanitario sia di base che territoriale. Oltre alle tensioni provocate dal virus, che ha portato in evidenza una serie di problematiche preesistenti, come: smantellamento di servizi, lunghi tempi di attesa e attualmente anche difficoltà ad accedere ad una serie di sportelli (esempio quello di Via Marx), il peggioramento generale è stato velocizzato dalla riforma della Regione Lombardia. Le principali richieste emerse da quella assemblea sono state di potenziare i servizi offerti, incrementare il numero dei medici di base presenti sul territorio, riaprire il centro prelievi. Per dar voce e corpo a tutto questo è stata creata una "Rete per la salute" che attraverso un questionario, che sarà prodotto nel breve periodo, ha intenzione di attuare una serie di proposte articolate che riguarderanno anche il funzionamento dei Consultori, il ritorno della medicina scolastica, i centri per le dipendenze e la "geriatria di base". A settembre inizierà anche una raccolta di firme a sostegno dei punti che, in base alle risposte degli abitanti di Sesto, risulteranno più critici. Negli incontri successivi all'assemblea del 30 Giugno, chi partecipa alla Rete per la Salute si è reso conto che sono necessari due livelli d'intervento: uno più generale sulla Sanità pubblica, dove spesso gli interessi economici preval-



gono con scelte sanitarie e sociali che hanno determinato le difficoltà vissute durante l'emergenza coronavirus ed un secondo livello di base o territoriale, con una situazione sanitaria peggiorata in conseguenza della riforma regionale lombarda.

E' stata comunque sottolineata la centralità operaia che attraverso gli scioperi e varie iniziative non solo ha fatto emergere i problemi legati alla sicurezza sul lavoro, all'assenza di dispositivi, di chiare indicazioni, ma in molti casi ha evitato che la situazione peggiorasse ulteriormente.

In breve alcuni dei punti emersi che saranno oggetto di ulteriori incontri da programmare, in base a quanto proporranno le realtà che erano presenti ed alle quali inviamo questo report:

- Controinformazione sulla sanità nei quartieri
- Abolizione del vincolo di fedeltà
- Inchiesta attraverso un questionario sulla sanità
- Individuazione delle emergenze sanitarie (anziani – malati cronici – medico scolastico)
- Momenti unitari di organizzazione a livello territoriale, anche attraverso delle assemblee popolari, dove tutte le componenti di classe possono ritrovarsi per costruire una risposta unitaria ad ogni specifica contraddizione.

Invitiamo quindi a girare a questa mail: rossoconte@hotmail.it eventuali contributi e riflessioni, per sviluppare momenti di conoscenza, informazione, utili e necessari per attuare poi una mobilitazione su queste tematiche.

CONCLUSIONE

Questo Virus si è rivelato una sorta di detonatore della realtà rappresentata da una crisi economica di dimensioni mondiali che distrugge capitali, ma spinge anche alla loro concentrazione con il conseguente aumento esponenziale della disoccupazione. Dalla pandemia uscirò con un modello produttivo, sociale ed ambientale completamente diverso, che porta in sé il peggioramento delle condizioni di vita e di lavoro del proletariato.

Il materiale presentato è una prima traccia e crediamo, alla luce delle esperienze di questi mesi, di poter allargare ulteriormente le riflessioni partendo da quanto sta succedendo nei posti di lavoro (San Paolo, San Carlo, Pio Albergo Trivulzio...) con denunce e stato di agitazione da parte del personale medico e paramedico sulle condizioni di lavoro, la mancanza di un reale protocollo COVID e il suo rispetto a difesa della salute degli operatori e dei degenti, turni massacranti con continue richieste di ore straordinarie, mancanza di personale, assunzioni tramite cooperative appaltatrici, salari insufficienti. Rivedicazioni comuni a tante altre categorie di lavoratori e che saldano la necessità di salvaguardare la propria salute, lo star bene alla necessità di lavorare in condizioni che non ledano la dignità delle persone e permettano di vivere e non sopravvivere; che attraversano il tessuto sociale, perché la salute è strettamente legata al lavoro, alla scuola, all'ambiente, alle problematiche presenti in un territorio.

Perché la cura deve essere accessibile

a tutti, gratuita e non espropriata alla conoscenza dei lavoratori.

C'è bisogno di prevenzione e la necessità di cominciare a tracciare un percorso verso

il rilancio della "medicina di territorio" (distretti sanitari, consultori, medici scolastici, ecc.) l'unica in grado di monitorare le problematiche di un territorio, di fare prevenzione, ridare protagonismo e far tornare nelle mani dei lavoratori, degli sfruttati, il controllo sulla salute e l'ambiente. La sola che ha rapporti diretti con il tessuto sociale che può rafforzare e valorizzare anche elementi di autogestione presenti nei territori stessi a differenza dell'attuale modello di grandi ospedali.

Il contributo e il confronto di tutti è importante e fondamentale, per questo vi invitiamo a partecipare a future iniziative portando ognuno il proprio bagaglio d'idee, analisi, pratica, affinché si costruisca un sapere ed una risposta collettiva ed organizzata contro questo sistema di sfruttamento.

Milano
Dicembre 2020