

## ALCUNE RIFLESSIONI E SPUNTI AL DIBATTITO PER UN TERRENO COMUNE SULLA QUESTIONE SANITARIA

Il senso che vorremmo dare a questo scritto è quello di trovare un terreno comune di lotta sulla sanità, in quanto la stessa è parte organica di questo modello di società che non rappresenta gli interessi e i bisogni dei lavoratori, dei proletari.

Sentiamo l'esigenza di fare chiarezza rispetto al contesto politico, sociale ed economico in cui ci muoviamo.

Assistiamo all'inasprirsi dell'attacco alla classe lavoratrice attraverso ricatti, licenziamenti, delocalizzazioni, uso generalizzato del lavoro precario<sup>1</sup> (si veda il processo in atto nella logistica, il modello Amazon...), gli aumenti di gas, luce, beni alimentari e l'utilizzo sempre maggiore dello strumento repressivo (fogli di via, ricatti-sospensione del permesso di soggiorno, denunce, arresti ed aggressioni da parte di polizia e bodyguard al soldo di padroni).

In questo contesto si inserisce anche l'utilizzo del green pass, funzionale più alle logiche di divisione tra i lavoratori che a reale salvaguardia degli stessi (4 morti al giorno di lavoro). <sup>2</sup>

Da un punto di vista scientifico non c'è alcun riscontro rispetto alla efficacia e sicurezza in relazione al contagio, mentre si mostra adatto ideologicamente a misurare l'adesione e il consenso del controllo sociale-politico alle continue manovre decretate e giustificate da uno stato di emergenza la cui fine non viene data, ma che vien da pensare, rappresenterà la "normalità" con cui dovremo fare i conti.

Manovre il cui scopo non è solo ideologico di asservimento alle logiche statuali-patronali, ma aggrediscono e sono funzionali nel loro complesso, alla gestione della crisi attraverso, da un lato, un riassetto dell'organizzazione del lavoro, l'abbassamento del costo della forza lavoro tramite delocalizzazioni, licenziamenti, precarizzazione, privatizzazioni, contratti al ribasso, differenziazioni contrattuali e normative ... dall'altro, minando le libertà di organizzazione e di lotta (scioperi, potere contrattuale, rappresentatività ...), in un processo in cui si acutizza ed ingrandisce sempre più il potere dell'esecutivo. Sono molti i segnali che ce lo fan pensare: il progetto Renzi, poi abortito, di "riforma costituzionale", il ridimensionamento del senato, l'aumento delle firme per la legge di iniziativa popolare, l'uso abnorme del voto di fiducia e dei decreti legge<sup>3</sup>...

Il governo Conte ha governato la pandemia, utilizzando l'emergenza della protezione civile<sup>4</sup> che dà al prefetto pieni poteri ed autonomia decisionale circoscritti ad un determinato scopo, per distribuirli ai governatori delle regioni, alla protezione civile e tenerne una parte per sé per gestirli attraverso il DPCM. Questo ha comportato una concentrazione enorme di autorità esecutiva non nelle mani di una sola gerarchia, ma di una quantità di soggetti, ognuno dei quali portatore di interessi politici "differenti" (da qui le decisioni differenti e confusamente contraddittorie tra regioni: restrizioni, chiusure, aperture, misure adottate...).

Una compagine e una polarizzazione di poteri e una gestione della pandemia a garanzia quindi delle relazioni di potere e non della salute collettiva (ricordiamo i morti di Brescia, Bergamo, nella logistica, tra il personale sanitario a seguito

di scelte criminali di non interrompere le attività produttive e la mancanza di misure sanitarie, di sicurezza e prevenzione...).

Il green pass, pensiamo quindi, si configuri come ulteriore elemento di divisione, inserito in questa situazione più generale di attacco alle condizioni e alla difesa dei posti di lavoro, del salario<sup>5</sup>, della possibilità di organizzazione e di risposta alle scelte economiche e politiche date da questo sistema. Sistema che vede oggi la sua rappresentanza autoritaria nel Governo Draghi, e nella proposta di un nuovo patto corporativo tra governo-organizzazioni padronali e sindacati, ed a livello sovranazionale nelle strutture politiche e finanziarie del polo imperialista europeo.

Siamo quindi per la sua abolizione (della Certificazione verde Covid-19) e rivendichiamo la gratuità dei tamponi per tutti, non solo per la sicurezza sanitaria ma anche come strumento necessario al monitoraggio (mai avvenuto!) della diffusione del virus; allo stesso tempo rivendichiamo il rispetto di protocolli sanitari anti-Covid e sistemi di sicurezza reali nei posti di lavoro a fronte delle continue morti, infortuni, invalidità permanenti.

Crediamo che la volontà di decontestualizzare e indirizzare il dibattito politico sul green pass e sulle sue tifoserie, abbia anche la funzione di non parlare della non attuazione di protocolli anti-covid, di infortuni e morti sul lavoro, spostare, altresì l'attenzione sulla condizione in cui versa la sanità (oggetto di contestazioni e lotte nel primo periodo della pandemia), così come sui processi di privatizzazione in accelerata e degli ulteriori tagli, nello specifico, nella sanità pubblica, previsti nel PNRR.

La questione sanitaria non disgiunta dalle condizioni lavorative dei proletari <sup>6</sup> e, nello specifico degli operatori sanitari, si inserisce in questo contesto. Quello che è successo negli ultimi decenni è stato un progressivo depotenziamento degli investimenti nel pubblico a fronte di grandi investimenti nel privato. Anche se oggi diventa sempre più difficile ragionare in termini di pubblico e privato poiché l'aziendalizzazione delle strutture pubbliche e l'esternalizzazione di grossi comparti sono in mano a cooperative, agenzie interinali etc. Nello stesso pubblico e nelle stesse strutture, sono applicati contratti diversi (pubblico impiego, pubblico impiego e privato, privato, contratti privati pagati dal pubblico). Il processo di aziendalizzazione vede l'utilizzo della forza lavoro come merce da sfruttare in termini di orario, salari e condizioni lavorative.

La malattia è fonte di profitto e il bisogno di vivere in salute è sempre meno compatibile con le cause che la generano: ambiente sempre meno sostenibile, condizioni lavorative (ritmi, mobbing, precarietà del lavoro e quindi di vita) di super sfruttamento.

Si annulla la medicina di base che avrebbe la funzione invece di monitorare il territorio e far vivere una relazione diretta e continua tra medico e paziente come alcune esperienze del passato ci insegnano (consultori familiari, formazione-prevenzione nei territori su maternità, contraccezione, tumori, malattie professionali... presenza del medico scolastico e programmi di prevenzione contro la scoliosi nelle scuole...)

Affermiamo quindi la necessità di una medicina territoriale che sottragga il ruolo del medico di base a burocrate e dispensatore di ricette, e che invece dia potere e protagonismo ai soggetti direttamente coinvolti. Così come è

necessaria la presenza di operatori sanitari nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nei consultori territoriali, nell'assistenza agli anziani delegata ormai solo a cooperative i cui livelli di sfruttamento e salariali sono ampiamente conosciuti (le lotte nella logistica, e non solo, li hanno svelati).

Rivendichiamo l'assunzione di lavoratori nella sanità, sappiamo che a fronte di 6.000 assunzioni annunciate, ce ne sono state solo 1700 con contratti a tempo determinato, peccato, però, che i pensionamenti siano stati 1500!

Inoltre, ad una situazione di carenza strutturale di organico, si aggiunge la sottrazione dagli ospedali di personale sanitario (medici, infermieri) e di medici di base, per dirottarlo nei Centri vaccinali con retribuzioni che variano tra gli 80 e 50 euro all'ora. In questo modo, con una retribuzione più alta, viene sostenuta la campagna vaccinale "a tutti i costi" a discapito della sanità ordinaria. Non è difficile comprendere come questo crei un ulteriore disservizio che si riflette sulle liste d'attesa, sulla cura dei pazienti e sulla durata stessa della degenza.

Quello che vogliamo è in antitesi con il progetto che prevede il PNRR che tende all'*ospedalocentricità*<sup>7</sup> della sanità, tra l'altro causa di tanti problemi nel corso della pandemia, ma funzionale alla concentrazione dei profitti capitalistici e da quanto si capisce la riforma sanitaria in discussione va in questa direzione<sup>8</sup> (si veda le Case della comunità, a dislocazione territoriale, la cui gestione sarà demandata a soggetti privati).

Crediamo sia necessario fare "rete" tra le situazioni che si mobilitano su questo terreno, individuando pratiche e contenuti comuni di lotta, condividendo analisi, esperienze, inchieste, cercando di dare forza e voce alle tante difficoltà che individualmente si vivono e che sono espressione di un disagio più generale.

Ci sembra importante raccogliere e cogliere attraverso un lavoro collettivo i bisogni espressi dalla classe e allo stesso tempo valorizzare le lotte e le conquiste raggiunte e veicolarne di nuove, anche dandosi uno strumento (foglio/bollettino) che aiuti ad accrescere una consapevolezza, un protagonismo e una coscienza maggiore.

Anche un'iniziativa nei confronti di enti privati ci sembra importante in quanto il problema della sanità va affrontato complessivamente e se la Regione è parte in causa di questo processo di privatizzazione da una parte e aziendalizzazione dall'altra, le associazioni di categoria sanitaria privata sono un'altra controparte contro cui indirizzare azioni di lotta che attacchino il ruolo di chi gestisce e detiene il monopolio della salute in termini di profitto.

Crediamo sia necessario capire che dal pubblico al privato la logica non cambia in quanto la sanità è parte integrante di una organizzazione sociale ed economica: la scommessa è svelare questo meccanismo per costruire momenti di partecipazione e consapevolezza.

Il nostro senso di fare rete è organizzarci insieme, dare un senso collettivo, forza all'agire di ogni singola realtà all'interno di un contesto generale di trasformazione di questa società.

Milano, Novembre 2021

Panetteria Occupata

## Note

<sup>1</sup> *Ci sono un milione di contratti in più, ma sono tutti precari*

*I dati di oggi di Istat e Inps dicono che il fatturato delle imprese continua a salire, ma il nuovo lavoro è prevalentemente a termine e proprio con un boom del lavoro "in affitto". Degli oltre 1 milione e 100mila nuovi contratti dei primi 7 mesi dell'anno, la quasi totalità è lavoro a termine, in somministrazione e stagionale. Mentre le cessazioni di contratti a tempo indeterminato sono aumentate dell'11% in un anno. In particolare colpisce il nuovo boom del lavoro in affitto, ex lavoro interinale, che oggi si chiama in somministrazione, come il 22enne morto a Bologna. In grande spolvero fino al 2018, poi limitato dal decreto dignità e dalla pandemia, dal 2020 ricresce a colpi del 30% a trimestre. Un centinaio le agenzie che gestiscono circa mezzo milione di lavoratori, secondo i dati del Nidil CGIL. Circa 10mila assunti a tempo indeterminato dalle agenzie e a tempo indeterminato presso le aziende affittuarie. Circa 90mila indeterminati con le agenzie, ma a tempo presso le aziende, gli altri 400mila i contratti a tempo li hanno già con le agenzie. In un turnover vorticoso di contratti anche di 2 o 3 giorni che significa salari bassi, nessuna crescita. Se i più stabili sono lavoratori specializzati, forti nella metalmeccanica, il resto è un mondo di lavoro povero a basso valore aggiunto diffuso in settori come la logistica, fatti di appalti, subappalti, cooperative più o meno legali. E se l'occupazione ristagna nella precarietà, gli affari delle imprese continuano a migliorare. Ad agosto il fatturato dell'industria è cresciuto dello 0,8% rispetto a luglio, più 13,8% in un anno. E così come produzione, ordinativi, indice di fiducia è sopra i livelli pre pandemia. C'è da chiedersi dove finiscano i soldi -non a chi lavora evidentemente - di una crescita fondata sulla precarietà lavorativa, che significa meno diritti, meno salario e come dimostrano i fatti di Bologna anche meno tutela della propria vita.*

da: <https://www.radiopopolare.it/riassunto-della-giornata-notizie-giovedi-21-ottobre/>

<sup>2</sup> *Crescono dell'8,5% gli **infortuni** e del 20% le malattie professionali. Le denunce di **infortuni sul lavoro** nei primi otto mesi del **2021** sono aumentate dell'8,5% rispetto allo stesso periodo del 2020*

- *Da tg24.sky.it: Dall'inizio dell'anno fino a fine agosto sono morte più di tre persone al giorno sul posto di lavoro. In totale i decessi sono 772. A fornire i numeri è l'Inail, che ha pubblicato gli open data dei primi otto mesi del 2021. Le denunce di infortunio sul lavoro presentate all'Istituto - tra gennaio e agosto sono state 349.449, oltre 27mila in più (+8,5%) rispetto allo stesso periodo del 2020. In particolare, aumentano gli infortuni sul tragitto di andata e ritorno tra casa e lavoro (+20,6%), tornati a salire tra marzo e agosto (dopo il calo del primo bimestre), complice il massiccio ricorso allo smart working dello scorso anno, a partire proprio da marzo 2020. I casi mortali sono in calo (-6,2%) rispetto ai primi otto mesi dello scorso anno, anche se il confronto con il 2020 "richiede cautela", avverte l'Inail: i dati, infatti, sono "provvisori e influenzati fortemente" dall'emergenza coronavirus, che non permette ancora di conteggiare "un rilevante numero di tardive denunce mortali da contagio", in particolare relative a marzo 2020. L'Istituto fa notare, inoltre, che i decessi causati dal Covid-19 avvengono dopo un periodo più o meno lungo dalla data del contagio. Tornano poi a crescere le malattie professionali, che sono state 36.496 (+31,5%)*

Si veda anche:

- <https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/09/30/inail-772-i-morti-sul-lavoro-nei-primi-otto-mesi-del-2021-crescono-dell85-gli-infortuni-e-del-20-le-malattie-professionali/6337915/>
- <https://www.osservatoriodiritti.it/2021/10/04/morti-sul-lavoro-2021-oggi-2020-2019-statistiche-italia/>
- La storia di Yaya Yafa, operaio 22enne morto schiacciato a Bologna: <https://www.radiopopolare.it/riassunto-della-giornata-notizie-giovedi-21-ottobre/>

<sup>3</sup> L' emergenza pandemica è utilizzata come paravento per giustificare uno stato d'emergenza e i provvedimenti, a suon di decreti legge, di DPCM del presidente del consiglio, che scavalcano e delegittimano lo stesso parlamento borghese, vanno nella direzione di rafforzare e concentrare l'autorità nelle mani di pochi, consolidandone il potere. C'è da dire che, a differenza di Spagna e Portogallo in cui è previsto e che, dopo averlo utilizzato in una prima fase della pandemia, l'hanno revocato, in Italia, così come in Germania o in Belgio, non esiste uno stato d'emergenza disciplinato nella Costituzione, anche se nell'immaginario collettivo, è passata questa falsa narrazione.

<sup>4</sup> Protezione civile che prevede un modello con degli attuatori dell'emergenza che sono sostanzialmente delle potenziali previsioni.

<sup>5</sup> Salari medi in Italia diminuiti dal '90 al 2020 oltre il 2,9% (fonte: Stefano Scarpetta direttore del lavoro e politiche sociali dell'OCSE)

<sup>6</sup> È importante costruire una battaglia per la salute e la sicurezza, non disgiunta da tutte quelle lotte che si oppongono a tentativi di divisione e ricatto che questo sistema capitalistico promuove e attua in una logica razzista e discriminatoria.

Altrettanto centrale nella nostra discussione e nella ricerca di forme di lotta e mobilitazione incisiva, è la condizione dei lavoratori immigrati privi di permesso di soggiorno per i quali l'assistenza sanitaria, il controllo epidemiologico, la cura sono sicuramente meno garantiti e oggettivamente più problematici.

Gli stessi lavoratori che in tutto questo tempo non si sono mai fermati, che si spostano di regione in regione per raccogliere la frutta e la verdura, che lavorano in condizioni di semi-schiavitù e vivono in non luoghi (ghetti) dove non esistono norme igieniche, dove la promiscuità è inevitabile e lo sfruttamento la fa da padrone, oggi ancor più esposti a forti rischi e privi di tutele.

<sup>7</sup> L'insediamento di queste enormi strutture *ospedalocentriche*, hanno e avranno sempre più un impatto in termini di riorganizzazione e ristrutturazione del territorio, non solo in termini morfologici, ma di composizione e relazioni sociali ed economiche. Vien da pensare (!) che ci sia una stretta relazione tra i processi di ridefinizione urbanistica in atto ed interessi economici di queste *multinazionali* della salute e viceversa: un connubio tra politica ed interessi economici a vantaggio del profitto e di pochi.

Questi insediamenti, decentrati nello spazio e lontani dai bisogni dei territori (scomodi per i più, soprattutto se anziani, disabili o pazienti con patologie croniche), non possono garantire alcun monitoraggio o conoscenza delle esigenze e delle problematiche socio-economiche ambientali presenti in un territorio. Ma contribuiranno sicuramente ad una rivalutazione immobiliare, provocando immancabilmente aumenti degli affitti delle case, del costo della compra-vendita, oltre che un maggior controllo in termini repressivi del territorio.

<sup>8</sup> L'attuale PNRR non promette nulla di buono: un finanziamento totale per la sanità di 20/23 miliardi, cioè un misero otto per cento del totale quantificabile in circa 250 miliardi. Non solo, il documento di economia e finanza (DEF) per il 2021 conferma i tagli alla sanità pubblica per il triennio 2022/24 per un totale di circa 7 miliardi, oltre ad aprire la strada a una legge per attuare l'autonomia regionale differenziata.

Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e il pil decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,3%, quando nel 2021 era il 7,3%. Dei 20/23 miliardi previsti la maggior parte, cioè 11,23 miliardi saranno destinati all'ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero con l'acquisto di strumentazioni e tecnologie all'avanguardia per gli ospedali e una loro digitalizzazione, per arrivare alla sostituzione delle grandi apparecchiature sanitarie che hanno più di 5 anni; per aumentare i posti letto di terapia intensiva e ammodernare i pronto soccorso (4,05 miliardi). Inoltre è previsto l'adeguamento antisismico degli ospedali (1,64 miliardi) e il rafforzamento degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati, cioè il fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina (1,67 miliardi). Una parte minore degli 11,23 miliardi (3,87 miliardi) sono destinati alla ricerca e alla formazione del personale. Tutto questo conferma la tendenza ospedalocentrica della sanità.

Per ritornare alla medicina del territorio la misera cifra rimasta per gli investimenti è di 9 miliardi, da cui però bisogna detrarre subito un miliardo e mezzo destinato all'acquisto di vaccini e farmaci anti Covid e ad assumere a tempo determinato il personale sanitario impegnato nel contrasto della pandemia; altri 500 milioni per un non meglio specificato investimento chiamato "salute, ambiente e clima", alla fine di tutto restano per cercare di rimettere in piedi la disastrosa medicina del territorio solo 7 miliardi che, nel piano, sono suddivisi in tre parti: 1) le **case di comunità**, con un numero di 1.288 presidi (2 miliardi di euro; 2) **assistenza domiciliare** (4 miliardi) tenendo presente che si parla anche di progetti di telemedicina proposti dalle regioni; 3) realizzazione di 381 presidi sanitari a degenza breve (**ospedali di comunità**) destinati a svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con l'intenzione di sgravare l'ospedale da prestazioni di bassa complessità.

In conclusione gli investimenti previsti dal piano per la sanità pubblica, lungi dal prospettare una inversione della tendenza all'aziendalizzazione e alla privatizzazione che ha caratterizzato gli ultimi decenni di gestione della sanità, mirano ad accentuare queste tendenze in maniera ancora più pesante.

Dal cap.III "Ah, quindi con una pericolosa pandemia si istituisce un pass per lavorare ma si tagliano i contributi alla sanità fino al 2024" del libro della Santor: "La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19: Un'analisi critica"

Dati estrapolati dalla tabella: TAVOLA III.1b: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in percentuale del PIL)

|                        | <b>2020</b> | 2021 | <b>2022</b> | 2023 | <b>2024</b> |
|------------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|
| <b>Spesa sanitaria</b> | <b>7,5</b>  | 7,3  | <b>6,7</b>  | 6,3  | <b>6,1</b>  |

Si tenga conto che esiste una stretta relazione tra politica sanitaria e difesa così come tra sanità-difesa e formazione universitaria. Problematica che ci proponiamo di analizzare in modo organico prossimamente. Qui forniamo solo alcuni dati relativi alle spese destinate alla difesa, all'andamento negli ultimi anni e nei prossimi, indicativi nella comprensione dei reali interessi in gioco:

Tenendo presente che secondo i dati preliminari dell'Osservatorio MilEx la spesa italiana si attesta a 24,97 miliardi di euro nel 2021. Un aumento "complessivamente significativo" dell'8,1% rispetto al 2020 e del 15,7% rispetto al 2019. A determinare l'aumento, in particolare, l'acquisizione di nuovi sistemi d'arma e per la prima volta il totale complessivo destinato dall'Italia all'acquisto di nuovi armamenti supera i sette

miliardi di euro. Nel suo Rapporto annuale il *SIPRI*, l'istituto svedese di ricerca sulla pace e il disarmo, comunica che nel mondo, nel 2019 sono stati spesi quasi 2 mila miliardi di dollari (1.917 per la precisione) per le armi e la difesa; mentre nello stesso tempo il bilancio dell'*OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)* è di poco superiore ai due miliardi di dollari, lo 0,11% di quanto si spende per le armi. Nel nostro Paese dal 2008 gli esecutivi che si sono succeduti in questi anni hanno depotenziato il Servizio Sanitario Nazionale. Negli ultimi 9 anni, alla sanità italiana sono state sottratte risorse pari a 37 miliardi di euro; ciò ha determinato la perdita di 43.000 posti di lavoro, la chiusura di ospedali, di reparti e la riduzione di posti letto con una percentuale di 3,2 posti letto ogni mille abitanti contro la media di 5 ogni mille dell'Unione Europea, ma con punte di 8 ogni mille della Germania.. Negli stessi anni sono aumentate le spese militari. La spesa militare italiana, al 12° posto mondiale, ammonta a 26,8 miliardi di dollari nel 2019, in aumento di oltre il 6% sul 2018, equivalenti a una media di 72 milioni di euro al giorno. In base all'impegno preso nella *Nato*, essa dovrà continuare a crescere fino a raggiungere una media di circa 100 milioni di euro al giorno.

Si veda: <https://www.affarinternazionali.it/2021/10/venti-di-cambiamento-la-politica-di-difesa-del-governo-draghi/>)