

# Medicina 244-246 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



dai: Beatrice guida Dante verso il sole  
ms. it. IX. 276, c. 53 v. Venezia Biblioteca  
Nazionale Marciana.

**DOSSIER: UN ANNO DI COVID-19  
TESTIMONIANZE, VALUTAZIONI E INIZIATIVE  
PER LA RIPRESA DELLA MOBILITAZIONE  
PER UNA SANITA' UNIVERSALISTICA, GRATUITA,  
PARTECIPATA E PREVENTIVA**

TRIMESTRALE  
N° 244-246 marzo-agosto 2019  
Autorizzazione del Tribunale  
di Milano n° 23  
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro  
Nazionale della Stampa  
(Legge 58/81 n. 416, art. 11) il  
30 ottobre 1985  
al n° 8368317, foglio 657  
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:  
Medicina Democratica  
Movimento di Lotta  
per la Salute - O.n.l.u.s.  
Tel. 02-4984678  
Fax 02-48014680  
20100 Milano

REDAZIONE:  
e-mail:  
medicinademocratica@alice.it  
Fax 0331-501792  
Via Roma, 2  
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE  
della quota associativa annua:  
ordinaria € 35,00  
sostenitrice € 50,00  
e per le DONAZIONI  
bonifico bancario  
IBAN:  
IT31D050340170800000018273  
presso la Banca Popolare di Milano,  
oppure con **bulletino postale** sul c/c  
061010620211 intestato a "Medicina  
Democratica - O.N.L.U.S.", Milano,  
Via dei Carracci 2, 20149  
indicando la causale.

Spedizione postale  
STAMPA:  
MODEL GRAFICA DUE S.n.c.  
Via De Gasperi, 27  
20094 Corsico (MI)

## MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



# Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 - 20149 Milano

La Rivista continua sul web:  
[www.medicinademocratica.org](http://www.medicinademocratica.org)



### 5 per 1000

E' possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per mille dell'IRPEF all'Associazione "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti né diretti né indiretti da parte di chicchessia.

Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affermare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo, Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S."

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per mille non sostituisce quella dell'8 per mille (dedicata, per esempio, al culto): le opzioni 5 per mille e 8 per mille si possono esprimere entrambe.

Questo numero è andato in stampa il 14/04/2012

### COMITATO DI REDAZIONE:

Fulvio AURORA (direttore responsabile), Angelo BARACCA, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Maria Luisa CLEMENTI, Elisabeth COSANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (direttore), Giorgio FORTI, Pietro e Sara GALLI (grafici), Maurizio LOSCHI, Dario MIEDICO, Roberto MONFREDINI, Antonio MUSCOLINO, Marcollo PALAGI, Barbara PERRONE, Maurizio PORTALURI, Vito TOTIRE, Laura VALSECCHI, Bruno VITALE. **INOLTRE COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:** Vittorio AGNOLETTI, Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Riccardo

ANTONINI, Beppe BANCHI, Maurizio BARDI, Mario BRAGA, Gino CARPENTIERO, Antonino CIMINO, Antonella DE PASQUALE, Paolo FIERRO, Walter FOSSATI, Gian Luca GARETTI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Claudio GIORNO, Giulia MALAVASI, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Gilberto MARI, Bruno MEDICI, Claudio MEZZANZANICA, Mario MURGIA, Celestino PANIZZA, Maurizio PORTALURI, Aris REBELLATO, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Alessandro ROMBOLA, Marino RUZZENENTI, Paola SABATINI, Aldo SACHERO, Marco SPEZIA, Gianni TAMINO, Bruno THIEME, Luca TRENTINI, IMPAGINAZIONE: Giulia e Stefano DEBBIA, Andrea PRAVETTONI.

# SENZA RESPIRO

## La catastrofe del COVID-19

a cura di Enzo FERRARA

Assieme ai tanti soci, amici e lettori di Medicina Democratica coinvolti dalla pandemia in corso, tentiamo un bilancio dei difficili e dolorosi mesi scorsi facendo anche proposte – come quelle presentate in *Dalla “Carta di Bologna”* al Manifesto *“La salute non è una merce, la sanità non è una azienda”* – per uscire dalla crisi che ancora colpisce l’Italia e il mondo.

I numeri del contagio da Coronavirus su scala mondiale li raccoglie il *Centro per la scienza e l’ingegneria dei sistemi* (CSSE) della Johns Hopkins University (1) di Baltimora (USA), che in un grafico sovrapposto alla mappa del pianeta elenca il numero di casi (83 milioni di persone a fine 2020) e i decessi (1,8 milioni finora) con statistiche tragiche per ogni nazione del mondo. A queste devastazioni umane va associato il tracollo di interi settori sociali ed economici, dal turismo alla filiera culturale, dal commercio all’educazione – dell’impatto del virus sulla scuola scrivono in questo numero Rino Ermini (*Scuola e Covid*) e Paola Cosolo Marangon (*La pedagogia al tempo di Covid 19*). Dal mese di dicembre 2020, intanto, è stata avviata quella che dovrà essere la più grande campagna di vaccinazione *“sperimentale”* della storia con un’accelerazione dei percorsi di approvazione e un innalzamento del livello di accettazione dei rischi imposti dall’emergenza e confrontabili solo con quelli accettati negli USA per la cura dell’AIDS alla

fine del secolo scorso, quando la FDA creò un canale velocizzato (*fast track*) di sperimentazione e registrazione dei farmaci anti HIV, consentendo ai pazienti di disporre in tempi brevi di farmaci antiretrovirali e per malattie neoplastiche, ematologiche e infettive. L’efficacia dei vaccini anti-Covid nel salvare vite e nel contrasto al contagio sarà verificata nei prossimi mesi. Non è difficile prevedere colpi di scena mentre 150 vaccini diversi sono in sviluppo pre-clinico e più di 40 sono in sperimentazione clinica, cioè sull’uomo. Di questi ultimi 19 sono sperimentati su larga scala, 6 sono utilizzabili in condizioni di emergenza e 3 sono stati approvati per l’uso: Pfizer-BioNTech in Europa, Sinopharm in Cina e Moderna in Nord America

(<https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html> ultima consultazione 3/1/2021).

Occorre incrociare le dita, perché finora contro il virus non ha funzionato nessuna delle azioni strategiche – sorveglianza, isolamento, comunicazione, tracciamento, cura – messe in campo dai sistemi sanitari di tutto il mondo. Richard Horton, capo redattore di *The Lancet*, nel suo libro *The Covid-19 Catastrophe* (2) (Polity Press 2020) scritto a Londra durante la disordinata quarantena della prima ondata pandemica in Gran Bretagna ha raccontato con prospettiva globale la storia di un pianeta in crisi da stress post-traumatico e di leader

disorganizzati e irragionevoli capaci di compiere per interesse politico scelte criminali, come quelle dell'ex presidente USA Donald Trump che ha ritirato fondi e sostegno all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in piena crisi in Nord America (luglio 2020) e del premier britannico Boris Johnson sostenitore dell'immunità di gregge pur di non interrompere la produzione, fino a che le previsioni dei suoi consiglieri sulle conseguenze del contagio nel Regno Unito non gli hanno fatto cambiare idea.

### UN VIRUS ATTESO

Come aveva spiegato David Quammen, autore di *Spillover. L'evoluzione delle pandemie* (Adelphi 2014) la crescita della popolazione umana, la sua maggiore esposizione in ecosistemi un tempo isolati e il suo impatto su questi hanno aumentato il rischio, non dello sviluppo dei virus che convivono con noi da sempre, ma del passaggio di questi dai loro originari ospiti animali all'uomo – il cosiddetto salto di specie – e poi di diffusione delle malattie da uomo a uomo. Quando un nuovo virus infetta il primo umano e impara a trasmettersi da uomo a uomo, diventano determinanti i fattori legati alla densità abitativa, ai sistemi di trasporto, ai viaggi e alla globalizzazione. A quel punto i tempi di contenimento dell'epidemia sono estremamente ridotti e mano a mano che il virus si diffonde gli tiene il passo solo il lievitare del numero di vite perse e dei costi economici e sociali del contagio. Per questo non bisognerebbe mai perdere di vista il bene comune e collettivo della vera prevenzione.

La diffusione della pandemia in Italia, uno dei paesi colpiti per primi e più duramente dal virus, è stata raccontata da Vittorio Agnoletto in *Senza Respiro. Un'inchiesta indipendente sulla pandemia Coronavirus, in Lombardia, Italia, Europa.*

(Altreconomia, Milano 2020).

Questo libro, impreziosito dalla prefazione di Luiz Lula da Silva presidente del Brasile dal 2005 al 2010, è stato realizzato anche grazie al sostegno di Medicina Democratica che, con Agnoletto e la trasmissione *37e2* di Radio Popolare, ha costituito a Milano un *Osservatorio Coronavirus* diventato rapidamente un riferimento per operatori medici e pazienti durante la pandemia, come accaduto anche alle associazioni di mutuo aiuto *Avvocati per niente e inCerchio* e allo *Sportello di ascolto e intervento per l'emergenza Covid-19* istituito presso l'Università Bicocca.

I lunghi capitoli di *Senza respiro* alternano alla discussione testimonianze di ammalati o dei loro parenti e cronache da ospedali, studi medici – ne scrivono qui Maurizio Bardi, Natelina Bulku, Monica Sutti (*Medici di Medicina Generale ai tempi del COVID 1 e 2*), – e luoghi di lavoro – di questi scrivono Gino Carpentiero ed Enzo Cordaro (*Come perseguire il benessere lavorativo curando le organizzazioni malate*) assieme al ricordo di una lotta contro le malattie del lavoro di Leopoldo Magelli (*Storia di Mirko che non voleva morire e voleva giustizia*).

Negli incontri di presentazione del suo libro, Agnoletto ricorda che se la Lombardia fosse una nazione indipendente, come voleva la Lega di Bossi, sarebbe oggi al primo posto nel mondo nella classifica dei tassi di mortalità (decessi in relazione alla popolazione) e letalità (decessi in relazione ai casi di positività).

La Lombardia, infatti, a metà dicembre 2020 secondo i dati della Protezione Civile scontava purtroppo un tasso di mortalità dello 0,24 % (240 decessi su 100.000 abitanti) rispetto alla media nazionale dello 0,11 %, e una letalità del 5,4 % (5,4 decessi ogni 100 pazienti positivi) in confronto alla media nazionale del 3,5 % e al minimo dell'1,3 % in Campania. Questi nume-

ri si riferiscono ai dati ufficiali unanimemente considerati sottostimati perché soprattutto in Lombardia durante la prima ondata pandemica moltissime persone sono decedute dentro le RSA, a casa propria e negli ospedali senza aver fatto i test-tampone e non sono quindi annoverate fra le vittime dirette del Covid.

Su scala regionale e nazionale si osservano differenze di mortalità e letalità che non dipendono solo dalla fragilità della popolazione più anziana (motivazione che spiegherebbe in parte l'alta mortalità in Italia) ma anche da altri fattori: carenze organizzative, ritardi nella comunicazione, falle nel tracciamento dei contagi, diverse aggressività del virus, comportamenti individuali e scelte dei governi locali o nazionali. Moltissimi osservatori rimandano al plesso di poteri che unisce politica, tecnocapitalismo e industria medica per individuare le ragioni di questa crisi sanitaria globale, evidenziando anche le storture derivanti dalla mercificazione della salute e dalla privatizzazione dei servizi sanitari praticate negli ultimi decenni su tutto il globo e raccontate in queste pagine da Lino Anelli e Andrea Viani (*Covid19: problema e condizione di "demercificazione" della sanità*) e da Paola Sabatini e Gina De Angeli (*La sanità ai tempi del Coronavirus*). Sullo sfondo di queste narrazioni resta l'amezzatura per gli elogi al personale medico e ospedaliero dei Servizi sanitari nazionali – quello inglese, nel secondo dopoguerra ebbe un ruolo guida per l'affermazione universale dello stato sociale – profusi da economisti, politici e capitani d'industria che hanno però come modello quello stesso neoliberismo usato prima da Margaret Thatcher negli anni '80 per indebolire la sanità pubblica e poi nel nuovo millennio dai fautori del mercato per darle l'assalto e saccheggiarla a favore del settore privato e dei grandi gruppi di ricerca medica dove si fa fatica a distingue-

re fra pubblico e privato.

## UNO SCENARIO CON POCHE VARIANTI

Il testo di Horton si sviluppa con capitoli rapidi: parte dell'emergenza nella provincia cinese del Wuhan per raccontare il ritardo internazionale delle risposte e l'impreparazione nonostante gli avvenimenti in oriente, analizza il paradosso dei successi delle scienze mediche e del fallimento delle loro applicazioni, descrive i lavo-



ratori della sanità di tutto il mondo come combattenti in prima linea in nome della collettività, elenca i fallimenti delle politiche di contrasto al Coronavirus, chiarisce che il rischio delle pandemie non è mai azzerato e si chiede come ci si possa preparare alle emergenze sanitarie future.

Il libro di Agnoletto, più vicino alle nostre esperienze, confronta la diffusione del Covid-19 in regioni italiane diverse dalla Lombardia e in altri paesi europei riscontrando in pratica dovunque lo sgomento di cittadini e medici per le disposizioni contraddittorie e l'assenza di coordinamento dei sistemi assistenziali – come raccontano Ivana Graglia e Carlo Parascandolo (*Sopravvissuti al Covid-19 della prima ondata*) – assieme alla rabbia per le pressioni esercitate contro ogni voce dissonante dalla narrazione di efficienza eroica delle strutture sanitarie.

Non va dimenticato che secondo i dati Istat un esercito di 400mila lavoratori della sanità e del socio assistenziale – il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha 600mila dipendenti – lavorano in cooperative che costano il 40 % in meno rispetto al SSN, erano già privi di diritti prima della pandemia e oggi sono ancor più esposti avendo meno dispositivi di protezione e nessun controllo di routine contro il Covid.

Questo insieme di denunce e testimonianze che si rincorrono simili su ogni livello e in ogni luogo colpito dal virus obbliga a una revisione critica dei sistemi sanitari di tutto il mondo partendo dal paradigma dell'intervento medico e di cosa si debba oggi intendere per medicina. Infatti quella a cui ci troviamo di fronte non è una parentesi che prima o poi andrà a chiudersi con il ritorno a una normalità sanitaria ma il peggiore effetto finora manifestatosi di una deriva dello stato di salute umana e del pianeta. È impressionante osservare come negli ultimi decenni si fossero moltiplicati e fatti sempre più minacciosi e frequenti i segnali di un'imminente crisi pandemica mondiale

Lo stesso David Quammen in *Spillover* aveva passato in rassegna l'insorgenza di malattie da contagio sviluppate nel mondo dal 1961 ad oggi osservando che con il passare dei decenni si è fortemente ridotto il periodo di tempo intercorso tra epidemie successive su scala extra-nazionale. Quest'ultima epidemia – la prima che sia riuscita a oltrepassare tutte le barriere e i confini, non solo di tipo sanitario – se tutto rimarrà come prima lascerà probabilmente e rapidamente il posto a un'altra.

Occorre ammettere che il Covid-19 ha colto disattenti e impreparate le istituzioni sanitarie di tutto il mondo, senza eccezioni. Eppure quando il 24 gennaio 2020 un gruppo di ricercatori di Hong Kong ha pubblicato i primi dati sulla trasmissibilità del Covid-19 da uomo a uomo, per i tecnici è

stato impossibile non vedere analogie con l'epidemia SARS i cui primi casi risalgono al novembre 2002 nella città di Foshan, regione Guangdong, in Cina meridionale. Anche allora la diffusione della SARS fu causata dal mancato riconoscimento del nuovo virus e da insufficienti capacità di isolamento dei malati negli ospedali. Il contagio si diffuse dal Sud Est asiatico fino a colpire circa 8.000 persone in tutto il mondo prima che la reazione di insieme dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riuscisse, dopo aver dichiarato l'allerta pandemica a marzo, a estinguere il contagio nel mese di maggio 2003. I danni economici stimati in circa 80 miliardi di dollari si riversarono principalmente su Cina e Hong Kong. Nel frattempo, a causa anche delle denunce dell'OMS, nel mese di aprile 2003 il governo centrale cinese, che aveva già dichiarato guerra nazionale alla SARS e sostituito il sindaco di Pechino e il Ministro della Sanità, si riprometteva di non incorrere più in una crisi sanitaria ed economica di simili proporzioni. A luglio 2003 l'OMS ritirò l'allarme pandemico e nel 2004 il mondo contemplava il successo nel contenimento della SARS, risultato di un decennio di impegni e collaborazioni della rete sanitaria internazionale – anche se le principali agenzie della salute invitavano a non abbassare la guardia e a proseguire l'impegno per irrobustire e preparare le strutture sanitarie alle pandemie, naturali o prodotte intenzionalmente, che sarebbero venute.

#### **COSA NON HA FUNZIONATO: PARTIAMO DALL'ITALIA**

Occorre quindi capire che cosa questa volta non abbia funzionato e se non si offre una risposta plausibile il rischio è che tutto, anche la pandemia, possa essere accettato come una fatalità e trasformarsi in pratica quotidiana leggera ed efferata mentre intorno si ricompone una norma-

lità riadattata, spacciata per cambiamento. In un'ottica di sola cura e non di prevenzione, il problema principale diventerà unicamente quanto tempo intercorrerà tra l'una e l'altra crisi pandemica, tutte frutto del nostro stesso modello di sviluppo che ha non solo agevolato il salto di specie del virus ma ne sta anche favorendo la diffusione e aggravando gli effetti sulla salute umana. Lo ha spiegato lo stesso Richard Horton usando il neologismo “*sindemia*” in un editoriale del 26 settembre 2020 (*COVID-19 is not a pandemic*, *The Lancet* 396, 10255, p.874). Infatti, nei malati di Covid le patologie SARS (Sindrome Respiratoria Severa Acuta) interagiscono con patologie non trasmissibili come quelle causate dall'inquinamento, dal fumo, dall'alcool o da un'alimentazione non equilibrata correlate a ineguaglianze profonde delle nostre società. Per questo secondo Horton il termine pandemia non spiega compiutamente la morbilità che ci affligge e per la sua prognosi, la cura e le politiche sanitarie suggerisce di usare il termine *sindemia* che si riferisce a un insieme di cause tanto di origine biologica quanto legate alle interazioni sociali della popolazione.

Secondo questa visione è la normalità dunque che va messa in discussione disconoscendo perfino il concetto di pandemia se nelle analisi sulla salute non si associano anche educazione, lavoro, abitazione, alimentazione e ambiente. Sembrano affermazioni estratte dallo Statuto dei lavoratori del 1970 o dalla legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Bisogna allora chiedersi come sia stata possibile una tale disfatta sanitaria mondiale rispetto a quanto accaduto con la SARS meno di vent'anni fa e come sia stata possibile in Italia in poco più di quarant'anni una tale deriva di un Servizio Sanitario ideato come universalistico, sostenuto dalla fiscalità progressiva e uniforme su

tutto il territorio.

Agnoletto prova a rispondere a questi quesiti nella seconda parte del suo libro (*Una bomba nucleare prevedibile; Come distruggere un servizio sanitario pubblico*) riflettendo sui motivi storici, economici e politici del degrado che ha permesso al virus di diffondersi incontrastato e su come dovrebbe essere una sanità equa e sostenibile per evitare il ripetersi di una simile tragedia. Nel nostro paese, per riprendere il discorso sulla Sanità occorre



tornare alla situazione in Lombardia e chiarire i temi del dibattito. Soprattutto va ribadito che lo scontro sul tema della privatizzazione dei servizi sanitari non è secondario ma prioritario e necessario se non si vuole accettare che il super capitalismo possa stravolgere non solo i rapporti umani ma addirittura i rapporti di cura rendendo anch'essi epifenomeni dei rapporti di produzione.

Secondo Horton l'indebolimento del Servizio Sanitario britannico è stato pianificato all'inizio degli anni 2000 per favorire il graduale e inesorabile ingresso del privato in sanità. Una “*riorganizzazione*” che ha progressivamente sottratto alla collettività ospedali, strutture assistenziali, cliniche e associazioni di categoria fino a raggiungere ogni luogo e funzione del sistema sanitario che si è trovato, infine, come un naufrago circondato da squali.

Occorre approfondire quali storture implichi l'affidarsi alla sanità privata osservandola da vicino e denunciando quanto sta avvenendo dove è più presente e imperante. In Lombardia l'invasione dell'interesse privato a discapito di quello pubblico è esperienza quotidiana. Per questo, pur sapendo che la richiesta non sarebbe mai stata accolta a livello centrale, il Coordinamento Regionale per il Diritto alla Salute costituito da 52 associazioni, fra cui Medicina Democratica, ha lanciato una petizione chiedendo al governo di commissariare la Regione Lombardia in campo sanitario. Non si voleva solo evitare nella seconda ondata pandemica di lasciare la gestione sanitaria nelle stesse mani di chi aveva disastrosamente gestito la prima, si voleva anche ridurre la capacità di condizionamento che hanno oggi in Lombardia quelle stesse strutture private che nella prima fase – come ribadiscono ancora Bardi, Bulku e Sutti – approfittando delle difficoltà collettive, si facevano pagare i tamponi a un costo fino a 300 euro e nella seconda fase in strutture come il San Raffaele hanno proposto a 450 euro un “pacchetto Covid” costituito da tampone, esame ematochimico, misura dell'ossigenazione sanguigna, radiografia al torace e parere medico .

La regione Lombardia affitta interi reparti ospedalieri a organizzazioni private che agiscono imponendo le proprie regole all'interno di strutture pubbliche. Dal mese di marzo 2020 vige una delibera regionale emanata in emergenza per l'affitto a soggetti privati di reparti di “Sorveglianza Covid”. Grazie a questa delibera *Medicasa* – struttura nata nel 1993, che insieme a *VitalAire* costituisce in Italia la “*Business Unit*” del gruppo *Air Liquide* per le “*Cure a Domicilio*” – gestisce alcuni reparti degli ospedali di Sesto San Giovanni e di Passirana nel comune di Rho. “Questo è accaduto nel silenzio totale dei media e

*dell'opposizione in Regione, che non hanno sollevato nessuna obiezione*” – ha sottolineato Agnoletto in videoconferenza dopo aver scoperto la vicenda grazie alle inchieste condotte da *37e2* (puntate del 10 e 17 dicembre 2020 su Radio Popolare). Ciò che accade oggi in un ospedale pubblico della Lombardia a rischio di chiusura mentre si aprono strutture improvvisate a pochissimi chilometri di distanza negli spazi dell'ex Expo 2014, è che chi viene dimesso dalla terapia intensiva è poi trasferito, sempre dentro lo stesso ospedale, in un altro reparto dove la sua degenza prosegue ma in cui il cartello di benvenuto informa che si è arrivati a *Medicasa*, struttura privata costituita come *Business Unit* a fine di lucro. In quelle stesse sedi la gestione dei servizi resta a carico dell'amministrazione pubblica che spesso e volentieri li terziarizza con perdita di garanzie economiche e normative per tutti i lavoratori e pazienti coinvolti.

#### **LE RESPONSABILITÀ DELLA POLITICA E DELLE SCIENZE MEDICHE**

Ricostruire una sanità pubblica rafforzata, territoriale ma omogenea sull'intero territorio significa dunque anche scontrarsi con interessi forti e radicati. E mentre anche in Italia dal 27 dicembre è in corso la campagna di vaccinazione anti-Covid-19 occorre spingere il ragionamento fino alla farmacologia – come fa qui Angelo Barbato (*L'industria farmaceutica e la corsa per lo sviluppo del vaccino anti Covid*) – mettendo in discussione i diritti di proprietà sui farmaci o investendo maggiormente e in modo coordinato su scala internazionale sulla ricerca pubblica in questo settore. Gli accordi commerciali in questo settore sono vincolati all'interno dei *Trips*, gli accordi commerciali internazionali che si occupano della tutela dei diritti di proprietà intellettuale e che obbligano gli stati-nazione – anche quelli poveri in crisi già per le forniture

ture di farmaci generici – a stipulare accordi separati con le multinazionali della farmaceutica.

Horton non ha dubbi sulla necessità di sottrarre risorse pubbliche al tecno-capitalismo che assieme a molti leader politici annovera fra i fautori figure simboliche come Bill Gates (Microsoft), Elon Musk (Tesla) e i guru di Google e della Apple, funzionali per il buon funzionamento dell'intreccio fra finanza, politica e medicina. Questi personaggi godono di finanziamenti pubblici per i loro settori ma raramente rischiano in proprio come fu evidente nel caso della ricerca sulla SARS abbandonata dai privati dopo il 2003 quando la probabilità di profitto andava scomparendo assieme al contagio. L'accelerazione nella formulazione e sperimentazione dei vaccini anti-Covid a cui assistiamo, va ricordato, è resa possibile anche grazie alla ricerca pregressa sulla SARS continuata soprattutto grazie a istituzioni pubbliche (700 milioni di dollari solo dagli USA) quando nessun privato era più interessato al vaccino. Nell'ultimo capitolo del suo libro Agnoletto osserva che l'emergenza in corso è insieme sanitaria, sociale e culturale e invita a mettere in ordine le priorità. Ragionando su una sanità pubblica universalistica e finanziata dalla fiscalità generale in Italia occorre unire le lotte. Unirsi, per esempio, a chi vuole associare la difesa della salute al contrasto del collasso climatico e dell'ingiustizia sociale, come fa la rete della Società per la cura, costituitasi durante la pandemia. O a chi sta lottando contro ogni ipotesi di Autonomia Differenziata, così come la rivendicano Lombardia, Piemonte Emilia Romagna e Veneto, chiedendo al governo perché non abbia utilizzato l'articolo 117 della Costituzione (comma "q") che di fronte a crisi di "profilassi internazionale" gli attribuisce il potere di ogni decisione nell'interesse dell'intera nazione, evitando i ballet-

ti sulla responsabilità con le regioni, che hanno fatto perdere tempo prezioso.

Inoltre, avremo bisogno di un sistema di sorveglianza sanitaria strutturato su diversi livelli. Dalla fine di novembre 2019 i medici di Bergamo e di Codogno segnalavano un aumento delle polmoniti interstiziali, occorre chiedersi dove siano finite quelle segnalazioni e puntare a un sistema efficace che segnali immediatamente l'arrivo sul territorio di un agente infettivo e che altrettanto immediatamente provochi una rispo-



sta delle strutture nazionali e internazionali – a questo sarebbe servito un piano pandemico ben più aggiornato rispetto a quello del 2006, disponibile solo perché imposto dall'OMS dopo l'esperienza SARS.

Il servizio territoriale è da ricostruire assieme a nuove figure di medici di base da non lasciare soli con i loro pazienti ma da organizzare in gruppi – come suggerito qui dal "Gruppo di lavoro sulla medicina di territorio e sulla casa della salute" del "Coordinamento nazionale per il diritto alla salute campagna Dico 32" (*Una nuova medicina territoriale per un approccio olistico alla tutela della salute*) – utilizzando le risorse per l'assistenza domiciliare in capo agli enti locali e per ridurre l'enorme numero di anziani con patologie croniche relegati nelle RSA e di fatto sottratti al contesto familiare quotidiano – si

veda Laura Valsecchi (*L'abbandono delle persone con disabilità durante la pandemia. Un diario*).

Dà speranza ed è di esempio che, accanto alla crisi gestionale e organizzativa non causata ma pienamente svelata dal virus, *Senza Respiro* sottolinea anche l'importanza delle esperienze di mutuo aiuto messe in atto dal personale medico e dai cittadini, non disconoscendo ma rivendicando la centralità dell'infrastruttura pubblica. In molti casi le buone pratiche apprese sul campo hanno sopperito all'inconsistenza delle direttive internazionali, nazionali e regionali con protocolli aperti di comunicazione e prevenzione in campo medico e con forme solidali di soccorso nella cittadinanza.

Questi sono i punti di partenza per ristrutturare i servizi sanitari nazionali, non gli interventi di medicina curativa individuale per raffinati e eccellenti che siano, che non migliorano sostanzialmente l'attesa e la qualità di vita di un'intera popolazione. Abbiamo bisogno sicuramente di molti più finanziamenti dedicati alla sanità e sono insufficienti i nove miliardi – solo il 4,5% del totale – stanziati con il *Recovery Fund* europeo, ma anche di una diversa allocazione delle risorse, sempre dentro l'ambito sanitario spostate però sulla medicina preventiva da un lato e territoriale dall'altro. Bisognerebbe rendere più efficiente e autorevole la sorveglianza tecnico-scientifica, riunire sotto un'unica progettualità l'assistenza medica e sociale – come suggeriscono Gianluca Garetti (*Shock pandemico e salute mentale*) e il Gruppo di Lavoro del

Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (*Per il superamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali e la ripubblicizzazione della cura degli anziani, dei cronici non autosufficienti e delle persone con patologie ad alto rischio invalidante*) – e ridurre quelle stesse ineguaglianze che nel 2013 Boris Johnson, allora sindaco di Londra, identificava come motore del successo sociale perché “*il sentimento di rivalsa è ciò che sprona le attività economiche*”. Il Covid-19 non rappresenta un evento singolo ma l'inizio di una nuova epoca sanitaria. Questo virus ci ha costretti a prendere atto dell'unità biologica e dell'interdipendenza della specie umana sull'intero pianeta, fenomeni che confutano ogni ipotesi di separazione dell'umanità secondo l'appartenenza a nazioni, continenti, linguaggi, fedi e ideologie politiche diverse. Nel post-Covid le libertà e i diritti individuali e collettivi, compreso quello alla salute, potranno perciò realizzarsi appieno solo alzando il livello mondiale di cooperazione e intercomunicazione, come suggerisce anche il contributo del Segretariato Italiano Studenti in Medicina (*L'Università e l'approccio globale alla salute. Perché la futura classe medica non può più ignorare una visione olistica della salute*). Affrontare questa crisi solo sul piano medico puntando a un semplice ritorno alla normalità, come scrive Lula da Silva nella prefazione a *Senza Respiro*, corrisponderebbe solo “*alla piena restaurazione delle iniquità di un passato e di un presente caduco, che la pandemia ha squadernato e ingigantito*”.

*What's gone wrong and how to stop it happening again*. UK and Medford, MA: Polity Press (2020). Trad. italiana: Covid-19. *La catastrofe. Cosa è andato storto e come evitare che si ripeta*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2020.

Note

1. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.

2. Richard Horton, *The Covid-19 Catastrophe*.

# Sommario

<b>EDITORIALE</b> di Enzo FERRARA	1	L'abbandono delle persone con disabilità durante la pandemia. Un diario di Laura VALSECCHI	77
<b>DOSSIER</b> Il Manifesto “la Salute non è una merce, la Sanità non è una azienda”			
Effetti della Legge 23 del 2015 (“legge Maroni”) della Regione Lombardia a cura del Forum per il Diritto alla Salute	11	Storia di Mirko che non voleva morire e voleva giustizia di Leopoldo MAGELLI	95
La medicina deve essere territoriale e partecipata. Le iniziative a Napoli. di Paolo FIERRO	19	Per il superamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali e la ripubblicizzazione della cura degli anziani, dei cronici non autosufficienti e delle persone con patologie ad alto rischio invalidante a cura del Gruppo di Lavoro del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute	98
Sopravvissuti al Covid-19 della prima ondata di Ivana GRAGLIA e Carlo PARASCANDOLO	35		
Medici di Medicina Generale ai tempi del Covid 1 e 2 di Maurizio BARDI, Natelina BULKU, Monica SUTTI	39	“La salute innanzitutto”, vale anche per i luoghi di lavoro? a cura del Gruppo di Lavoro sulla Sicurezza Lavoro, disoccupazione e povertà del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32)	103
La sanità ai tempi del Coronavirus di Paola SABATINI e Gina DE ANGELI	42		
Una nuova medicina territoriale per un approccio olistico della salute A cura del Gruppo di lavoro sulla Medicina di territorio e sulla Casa della Salute del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32)	45	Come perseguire il benessere lavorativo curando le organizzazioni malate di Gino CARPENTIERO ed Enzo CORDARO	114
Covid19: problema e condizione di “demercificazione” della Sanità di ANELLI Lino e VIANI Andrea	51	La pedagogia al tempo del covid 19 di Paola COSOLO MARANGON	121
Shock pandemico e salute mentale a cura di Gianluca GARETTI	60	Uscire dall’economia del profitto, costruire la società della cura a cura di “La Società della Cura”	128
L’industria farmaceutica e la corsa per lo sviluppo del vaccino anti covid di Angelo BARBATO	65	Altrionovecento	133
L’Università e l’approccio globale alla salute Perché la futura classe medica non può più ignorare una visione olistica della salute a cura del Segretario Italiano Studenti in Medicina	70	Costruire le vertenze territoriali per una Sanità pubblica all’altezza delle esigenze di salute collettiva a cura del Comitato per la Difesa della Sanità Pubblica Milano Città Metropolitana del Sud Ovest	135
Una lettera per la scuola a cura del Comitato Nazionale “PRIORITA’ ALLA SCUOLA”	74	Dalla MEV del coniglio alla SARS-COV2 dell’uomo. Un vaccino ci salverà? di Roberto MONFREDINI	140
		<b>RUBRICHE</b> Scuola e Covid di Rino ERMINI	149

# SEMPRE DALLA PARTE DEGLI ULTIMI

## In ricordo di Walter Fossati

a cura del Consiglio Direttivo di Medicina Democratica



Chi ha conosciuto Walter Fossati ne conserva un ricordo limpido. Sa che pochi come lui si sono dedicati con assiduità e discrezione ai bisogni delle persone e in generale ai temi del sociale. Sempre con la prospettiva di risolvere alla radice i problemi generali di povertà, disuguaglianze ed esclusione. Con la passione di “*seminare*” e di irrigare con calma e competenza campi che altri avrebbero visto fiorire; è stato per molti un professore generoso e disponibile. Ha sempre dedicato molto del suo tempo allo studio degli ordinamenti normativi e legislativi per poter garantire la fondatezza di successive azioni rivendicative e di lotta. Ha trasmesso con grande entusiasmo le sue conoscenze agli studenti durante gli anni di insegnamento presso l'ESAE (Ente Scuola Assistenti Educatori) di Milano.

Walter nella sua vita certo non si è risparmiato. Distaccato dalla Franco Tosi dove era nel Consiglio di fabbrica è approdato alla Cisl come responsabile delle politiche sanitarie e sociali. Al momento dell'approvazione della legge di riforma sanitaria, DL 833 del 1978, è stato fra i redattori di un documento firmato CGIL-CISL-UIL nazionale durante un importante convegno ad Ariccia (Roma). Allora i sindacati lanciarono una grande mobilitazione “*popolare e di massa*” per la sua attuazione a partire

dalla partecipazione dei lavoratori e dei cittadini.

Successivamente e con le stesse energie Walter ha dedicato il suo impegno militante partecipando alla nascita di diversi Coordinamenti e Comitati citando il Coordinamento interassociativo per l'integrazione lavorativa, per la Salute mentale. Ha introdotto il Piano “*Eliminazione Barriere Architettoniche*” nei Comuni, dopo essere stato l'estensore della correlata legge regionale 6 del 1989. Ha permesso la nascita dell'Unità Spinale Unipolare di Milano redigendo ancora una volta una legge regionale.

Negli ultimi anni il suo impegno si è concentrato sul territorio di Legnano, la sua città, al servizio delle associazioni di volontariato per le persone con fragilità e disabilità (Centro per il Diritto alla Salute, Anffas, Uildm, Consulta del volontariato). Nel 2013 è stato insignito dell'onorificenza di volontario benemerito.

L'amministrazione comunale è stata presente al funerale con il vice sindaco e il gonfalone. Il sindaco Lorenzo Radice lo ha ricordato come “*uomo appassionato, sempre disponibile a spendersi per i più bisognosi*”.

Noi di Medicina Democratica ci ricordiamo di lui con molto affetto perché tanti sono stati gli anni di assiduo impegno e di felice condivisione all'interno della nostra organizzazione. Tante sono state le riunioni nello scantinato *sgarruppato* di Via dei Carracci. Ci siamo arricchiti con i suoi interventi nelle discussioni che ci hanno permesso di prendere i giusti orientamenti e le giuste decisioni. Prendiamo l'impegno ora di raccogliere i suoi scritti e di pubblicarli nella nostra rivista. E poi in ciascuno di noi si conserva la sua eredità preziosa e profonda.

# Il Manifesto “la Salute non è una merce, la Sanità non è una azienda”

## II “MANIFESTO LA SALUTE NON E’ UNA MERCE, LA SANITA’ NON E’ UNA AZIENDA”

Questo manifesto è il frutto della discussione “online”, tra “fase I” e inizio della “fase II” del gruppo di associazioni che lo ha poi sottoscritto e lo sta utilizzando quale riferimento per le iniziative in corso per una “*riforma della controriforma*” del Servizio Sanitario Nazionale.

Non si tratta però di una improvvisa gemmazione di idee e obiettivi e di una inaspettata condivisione tra le molte realtà nazionali e locali che vi hanno aderito.

Si tratta dell’esito attuale di un percorso che, per quanto concerne Medicina Democratica, ha due significative tappe.

La prima è la “*Carta di Bologna per la sostenibilità e la salute*” del 22 marzo 2014.

La seconda è il documento *DICO 32! SALUTE PER TUTTE E TUTTI!* sottoscritto anche da Medicina Democratica il 7 febbraio 2018. Li riproduciamo integralmente perché la memoria è fondamentale.

## CARTA DI BOLOGNA PER LA SOSTENIBILITA’ E LA SALUTE

### PREMESSA

L’attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell’economia, senza attenzione all’equa redistribuzione della ricchezza e ai diritti delle persone, non è sostenibile dal punto di vista economico, sociale e ambientale, ma soprattutto non è in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future.

**Le Associazioni costitutive della RETE SOSTENIBILITA’ E SALUTE** condividono

e sottoscrivono quanto segue:

1. Per proteggere, promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi di servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a se stessa.
2. La salute è intesa non solo come diritto da tutelare, ma anche come bene comune, di cui prendersi cura in modo attivo, attraverso la partecipazione responsabile e diretta delle persone e delle comunità anche nella definizione e nell’attuazione delle politiche.
3. I modelli di salute, sanità e cura devono porre al centro la Persona in continuo rapporto con il circostante ambiente fisico e relazionale. Devono favorire le capacità di resilienza, partecipazione e autodeterminazione dell’individuo e della collettività adottando un approccio che privilegi la cura del paziente piuttosto che della malattia e l’attenzione alla salutogenesi e ai determinanti della salute, piuttosto che alla patologia.
4. I temi della salute e della sanità devono essere affrontati attraverso un approccio sistemico, in modo da favorire l’interazione dei saperi, dei professionisti e delle organizzazioni. In questo contesto si sottolinea l’importanza dello sviluppare dialogo e sinergie tra la Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.
5. E’ necessario contrastare la diffusione di prestazioni sanitarie prescritte in modo inappropriato; riconoscere i limiti della medicina e della scienza in generale, evitare il luogo comune secondo il quale per

migliorare la salute fare di più significa fare meglio, impedire la medicalizzazione della salute e l'invenzione di false malattie a scopo di profitto.

6. Occorre sostenere la lotta alle frodi, alla corruzione e smascherare e combattere i conflitti d'interesse. E' necessario favorire la completa indipendenza e trasparenza del sistema sanitario e del mondo della ricerca rispetto agli interessi del mercato e dell'industria, in particolare per quanto riguarda la diffusione e il commercio di farmaci, dispositivi medici e tecnologie sanitarie.

7. Si devono adottare forme di organizzazione e di gestione dei servizi sanitari basate sull'assistenza primaria e sull'integrazione con i servizi, le reti sociali e il volontariato, promuovendo il sistema di tutele e garanzie di comunità.

8. Per realizzare pienamente il dettato dell'articolo 32 della Costituzione e i contenuti della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale è indispensabile che il SSN resti universalistico e sia adeguatamente finanziato attraverso la fiscalità generale e progressiva, al fine di rimuovere le disuguaglianze di accesso. Il finanziamento deve basarsi su un sistema che valuti i risultati in termini di salute e non la sola produzione di prestazioni. Di conseguenza occorre modificare i criteri di scelta dei Livelli Essenziali di Assistenza e di pagamento a prestazione.

**Tenuto conto di quanto sopra esposto, le Associazioni firmatarie e fondatrici della RETE SOSTENIBILITA' E SALUTE s'impegnano a:**

a) Avviare un percorso di reciproca conoscenza, confronto e collaborazione riguardo ai temi attinenti alla salute, ai suoi determinanti e alla sostenibilità.

b) Sviluppare possibili sinergie, coerenti con quanto sopra enunciato, in modo da avvalersi dei contributi relativi agli specifici interessi perseguiti da ciascuna associazione, quali, ad esempio, l'avvio di progetti comuni di buone pratiche in ambito di ricerca, formazione, cura e cambiamento culturale.

c) Organizzare eventi di reciproco interesse.

d) Promuovere e attivamente patrocinare specifiche azioni volte a sensibilizzare e

coinvolgere verso i temi di una salute sostenibile le istituzioni nazionali e sovranazionali.

e) Favorire lo scambio d'informazioni, esperienze e documenti tra i soci delle rispettive Associazioni.

f) Costruire una **Rete**, denominata "**Sostenibilità e Salute**", al fine di attuare quanto sopra esposto.

**Bologna, 22 marzo 2014**

### **DICO 32! SALUTE PER TUTTE E TUTTI ! UNA CAMPAGNA PER IL DIRITTO ALLA SALUTE**

Per la Costituzione italiana (Art. 32), la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività.

Sappiamo che la nostra salute dipende da tanti fattori, come l'ambiente in cui viviamo e i diritti e i servizi a cui abbiamo accesso (casa, lavoro, reddito, istruzione, sanità, spazi di socializzazione...), tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita uno "*stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*". Sappiamo anche che, oggi, la salute non è uguale per tutte e tutti, e che malattia e mortalità colpiscono maggiormente le persone appartenenti alle classi sociali più svantaggiate. I cambiamenti climatici e le minacce ambientali legate all'attuale sistema produttivo non fanno che aumentare queste disuguaglianze e compromettono la sostenibilità nostra e del pianeta. In questi anni di crisi economica, le politiche di austerità messe in atto dai governi di tutta Europa hanno aumentato le disuguaglianze sociali e quindi di salute: sotto i diktat europei del pareggio di bilancio sono stati attaccati i sistemi di welfare costruiti con le lotte dei lavoratori e delle lavoratrici dal dopo guerra, proprio quando sarebbe stato necessario investire maggiormente nella protezione sociale per tutelare la popolazione. Mentre le risorse destinate alle pericolose spese militari aumentano di anno in anno, quelle assegnate alla salute sono state sistematicamente ridotte, e questo ha portato ad un peggioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi, delle condizioni di lavoro in sanità, dei risultati in salute. Ne hanno fatto le spese in particolare le donne,

con il ridimensionamento dei consultori e le pesanti restrizioni in tema di interruzione volontaria della gravidanza, così come i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro e i servizi rivolti alle fasce più deboli della popolazione, come la salute mentale, i servizi per i disabili e le persone malate croniche e non autosufficienti. I valori fondamentali di universalismo e solidarietà, propri del Servizio Sanitario Nazionale, sono stati sostituiti da logiche aziendali di efficienza, contenimento dei costi, tutela di interessi privati e non del bene collettivo.

Alla sistematica riduzione dell'impegno pubblico corrisponde un'espansione senza precedenti dell'offerta privata di servizi e di coperture sanitarie assicurative private o mutualistiche, sempre più inserite nei contratti di lavoro e agevolate da politiche statali di defiscalizzazione. Tutto questo sta portando a un sistema segmentato e diseguale: da un lato, un servizio sanitario pubblico "al ribasso" per i meno abbienti (o per chi non ha una sufficiente tutela contrattuale); dall'altro lato, una sanità privatizzata differenziata a seconda dei benefit previsti dai contratti lavorativi o per chi se la può pagare.

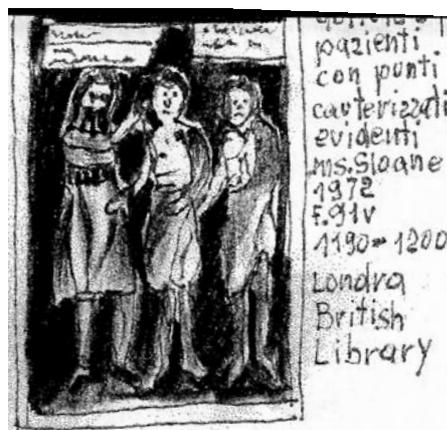
Eppure è stato dimostrato che i sistemi sanitari pubblici sono più efficaci di quelli privati: offrono maggiori garanzie nella tutela della salute, e sono meno costosi per la collettività. Per esempio, sono gli unici a occuparsi di prevenzione e promozione della salute, ambiti che non generano profitti e quindi non sono interessanti per il mercato. Inoltre, un serio intervento sulla salute collettiva e individuale coinvolge necessariamente una serie di ambiti (lavoro, istruzione, ambiente...) che, lasciati come oggi alla gestione di privati in concorrenza tra loro, non potranno mai generare una politica della salute organica.

Vogliamo dire a chi fa profitti sulla nostra salute, e alla macchina statale che li aiuta, che noi abbiamo altri obiettivi e non ci fermeremo fino a che non li avremo raggiunti: NO alla mercificazione della salute, SI al suo miglioramento per tutte e tutti.

Nel metterci in movimento, guardiamo a chi è già impegnato a costruire resistenza e alternative, come i movimenti delle donne, per il diritto all'abitare, per l'acqua pubblica

come bene comune, per la sovranità alimentare e la difesa dei territori, contro i trattati di libero commercio; movimenti con cui vogliamo costruire alleanze strategiche che ci aiutino a fare fronte comune. Guardiamo anche all'Europa e agli altri Paesi del mondo, le cui popolazioni vivono problemi simili ai nostri e con le quali ci impegniamo in azioni di solidarietà e rete.

Lanciamo la campagna nazionale per il diritto alla salute "DICO 32! Salute per tutte e tutti!", con richiamo sia all'articolo 32 della Costituzione, sia al ribaltamento del 'dica 33' medico: un invito a prendere parola non solo per bloccare la privatizzazione



della salute, ma anche per progettare e costruire un servizio sanitario nazionale realmente universale e democratico, inserito in una società giusta e in un ambiente salubre.

Proponiamo la data del 7 aprile, giornata mondiale della salute e giornata europea contro la commercializzazione della salute e la privatizzazione della sanità, come un primo momento di convergenza e mobilitazione per dire insieme che la salute è un diritto e non è in vendita.

### I NOSTRI PRINCIPI

Noi associazioni, comitati, gruppi e reti, attivi nella difesa del diritto alla salute a livello locale, regionale e nazionale, aderenti alla campagna nazionale "DICO32! Salute per tutte e tutti!", ci riconosciamo nei seguenti principi:

La tutela della salute è un diritto umano fondamentale e non una fonte di profitto. I servizi sanitari devono essere perciò protetti da

conflitti di interesse e da ogni logica di mercato.

Ogni politica pubblica a tutti i livelli istituzionali deve essere mirata al mantenimento della salute come benessere psicofisico e sociale: oltre alla tutela dell'ambiente in generale, la cura del territorio e delle città, la conversione ecologica dell'industria, dell'agricoltura e della distribuzione commerciale, la mobilità sostenibile, la produzione energetica da fonti rinnovabili, la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, case adeguate a canone sociale per i ceti popolari, il riconoscimento dei diritti sociali, civili e di autodeterminazione.

Garantire prestazioni sanitarie utili, necessarie ed efficaci, accessibili a tutte e a tutti senza vincoli di cittadinanza o residenza, è una responsabilità dei governi, che devono investire risorse adeguate. Il finanziamento dei servizi di tutela della salute deve essere di tipo progressivo, basato sulla fiscalità generale e sul principio di redistribuzione delle risorse in base ai bisogni.

Le persone, attraverso una partecipazione democratica, organizzata e riconosciuta devono giocare un ruolo attivo nei propri percorsi di cura e nella definizione delle politiche di salute locali, nazionali e globali. La vera malattia, infatti, è la mancanza di partecipazione.

## I NOSTRI OBIETTIVI

### **1. Sostenere la salute, non ciò che la distrugge**

Aumento almeno del 10% del Fondo Sanitario Nazionale e lotta alle inappropriately e agli sprechi.

Abrogazione del pareggio di bilancio di cui all'articolo 81 della Costituzione e blocco delle spese distruttive come la produzione bellica e gli investimenti in opere inutili e dannose, per tornare a investire in istruzione, sanità, politiche sociali e abitative e di tutela ambientale.

Rispetto degli impegni dell'accordo di Parigi sulla riduzione delle emissioni e per il contrasto ai cambiamenti climatici.

### **2. Un servizio di qualità che risponda ai bisogni**

Centralità alla prevenzione e ai servizi terri-

toriali (consultori, per la salute psicofisica dell'età evolutiva, per la salute nei luoghi di lavoro, per la salute mentale), che devono essere vicini alle persone, collegati con gli ospedali e integrati con i servizi sociali, accessibili a tutte e tutti e dotati di personale qualificato e sufficiente.

Assegnazione delle risorse alle regioni e ai territori in base a indicatori di deprivazione sociale e bisogni di salute, non soltanto alla numerosità e all'anzianità della popolazione. Rinnovo dei contratti del personale sanitario con istituzione del contratto unico, superamento del precariato e assunzione di personale in relazione ai bisogni dei territori. Ritorno alla gestione diretta dei servizi esternalizzati, che soprattutto nel medio e lungo periodo hanno costi superiori e qualità più scadente rispetto ai servizi gestiti direttamente dalle strutture pubbliche.

Abolizione dei sistemi di finanziamento basati sulle prestazioni, che pagano la malattia e non la salute.

### **3. Piena accessibilità alle cure**

Abolizione del super-ticket e dei ticket.

Garanzia di accesso alle cure che devono essere efficaci e di qualità.

Sospensione del brevetto, come previsto dagli accordi internazionali, se il prezzo dei farmaci chiesto dai produttori è eccessivo.

Garanzia di accesso ai servizi con abolizione delle liste di attesa. Abolizione della libera professione intra (ed extra) muraria.

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le persone che dimorano sul territorio nazionale. Nello specifico, applicazione dell'accordo Stato-Regioni sull'accesso ai servizi delle persone straniere, garantendo criteri di assistenza omogenei su tutto il territorio nazionale.

### **4. La salute nelle mani delle persone**

Obbligo di trasparenza per le aziende sanitarie, con pubblicazione di bilanci sociali, di missione ed economici.

Introduzione di forme di partecipazione democratica alle decisioni in materia di politica sanitaria e gestione dei servizi a tutti i livelli, che coinvolgano sia chi utilizza i servizi che chi vi lavora.

## 5. Nessun profitto sulla salute

Abolizione delle agevolazioni fiscali per le assicurazioni e i fondi sanitari.

Rifiuto dell'inserimento nei contratti collettivi nazionali di lavoro delle coperture sanitarie assicurative.

Superamento della gestione aziendalistica dei servizi sanitari con trasformazione delle aziende sanitarie in agenzie pubbliche con obiettivi di salute.

## 6. Ricerca e innovazione dove servono

Finanziamento della ricerca indipendente nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, centrata su problemi prioritari per la salute pubblica.

Creazione di un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci e vaccini. Formazione adeguata e aggiornamento continuo obbligatorio del personale sanitario, indipendentemente dal rapporto di lavoro, finanziato da un fondo vincolato.

7 febbraio 2018

### **2020 : II “MANIFESTO LA SALUTE NON E' UNA MERCE, LA SANITA' NON E' UNA AZIENDA”**

Arriviamo al presente, a metà giugno 2020, quando viene licenziato il documento del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute – Campagna Dico32 in piena continuità con i documenti precedenti. Un manifesto che rappresenta lo stato dell'arte della condivisione tra le numerose associazioni e comitato che l'hanno sottoscritto.

Un lavoro di discussione e di elaborazione tuttora in corso.

Questo fascicolo della rivista intende approfondire i principali temi proposti nel Manifesto.

Questo il testo ad oggi.

### **LA SALUTE NON E' UNA MERCE, LA SANITA' NON E' UN'AZIENDA**

Un virus pandemico si aggira per l'Europa e scalza convinzioni e convenienze in tema di salute e di servizi sanitari. In Italia la conduzione dell'emergenza pandemica ha fatto emergere gravi inadeguatezze frutto delle politiche attuate negli ultimi due decenni. Il servizio sanitario pubblico ha dovuto reg-

gere l'impatto dell'emergenza mostrando limiti derivanti dal definanziamento (a favore della sanità privata) e dall'indebolimento della medicina territoriale.

La sanità privata è intervenuta tardivamente, costretta dalle istituzioni. La pandemia ha mostrato gli effetti criminali, in termini di decessi aggiuntivi, della deriva del sistema sanitario, pur con differenze di gravità tra regioni. Le responsabilità dei governi, centrali e regionali, che si sono succedute negli ultimi decenni sono divenute palesi: le leggi di privatizzazione, frutto di politiche bipartisan, sono le principali responsabili e vanno abrogate come va avvertito l'approccio che le ha prodotte.

La “normalità” ante covid si è dimostrata malata e occorre una inversione di rotta.

Per noi la salute non è solo uno stato di benessere psico-fisico ma il risultato del rapporto tra gli individui nel proprio contesto di vita, se quest'ultimo è malato il malessere individuale è un sintomo e occorre curare il contesto. La salute è un bene e un diritto, l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale deve avere quale obiettivo prioritario l'attuazione di questo diritto.

**E' il momento di una nuova riforma della sanità fondata sull'affermazione della salute, dell'ambiente salubre e sulla riduzione delle disuguaglianze, quali diritti costituzionali da attuare da parte degli enti pubblici.** Punti focali da cui partire e sui quali poniamo l'attenzione e le proposte sono i seguenti.

-Il **Servizio Sanitario Nazionale** è parte dell'economia fondamentale, deve essere universale, senza discriminazioni di accesso e finanziato dalla fiscalità generale (e progressiva per reddito); il suo intervento e l'efficacia va misurata in termini di incremento della salute collettiva, con strumenti come il Referto Epidemiologico Comunale, anziché di volumi e tempi di prestazioni erogate.

-La **spesa sanitaria pubblica** deve essere adeguata e indirizzata verso la prevenzione primaria, basata su condizioni di vita e ambientali sane, con obiettivi di salute valutati con strumenti epidemiologici e non economicistici. Il sistema sanitario pubblico deve essere costituito da personale sanitario e non sanitario, stabile e numericamente

congruo, con livelli retributivi consoni e deve contare su una disponibilità di posti letto ospedalieri in linea con le esigenze di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione che si vogliono perseguire.

-I **LEA** (Livelli Essenziali di assistenza) devono essere rimodulati e finanziati sulla base della appropriatezza e sostenuti da prove di efficacia.

-La **prevenzione** deve avere come perno una medicina territoriale che includa partecipazione, riconoscimento e attenzione alle esigenze sanitarie e sociali locali, alle specificità di genere e di età come pure di riconoscimento di ogni diversità.

-La **medicina territoriale** deve essere in costante coordinamento con il settore ospedaliero, riempiendo di contenuti la proposta delle “*case della salute*”, non come semplice sommatoria di ambulatori, ma come punti di incontro delle esigenze locali (servizi sanitari, socio-sanitari e sociali), cambiando il sistema di remunerazione.

Anche i migranti “*irregolari*”, ove non ricompresi nella normativa nazionale o regionale, devono avere accesso alle cure primarie tramite un medico di MMG. Il sistema deve essere partecipato dagli utenti e dagli enti locali e avere anche una funzione di “*sentinelle*” dell’ambiente e comprendere servizi di medicina del lavoro.

In una fase intermedia la proposta potrebbe partire dalla rinascita dei distretti sanitari locali. Nell’entità territoriale di base (che riprenderà il nome di Unità Socio Sanitaria Locale/USSL), confluiranno le Case della Salute e vi troverà sede il Dipartimento di Salute Mentale con i Centri di Salute Mentale, eliminando ogni forma di contenzione anche in caso di TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) le cui modalità vanno ripensate.

-I problemi di **salute mentale** emergenti in conseguenza dello shock pandemico e delle tensioni ubiquitarie e quotidiane nel mondo del lavoro e nella società, legate anche a disparità di genere e ad altre disuguaglianze, vanno affrontate con un adeguamento dei servizi di assistenza e prevenzione psicologica gestite da strutture apposite del SSN coordinate a livello nazionale.

-Va superata l’**impostazione aziendalistica**

fondata esclusivamente sulle “*compatibilità*” economiche, slegata dai reali risultati di salute, basata sulla figura monocratica dei direttori generali; va eliminata anche la catena del “*rapporto fiduciario*” dei lavoratori spesso ridotti al silenzio anche in caso di gravi inadempienze dei vertici. Va azzerata la normativa che permette la libera professione intramoenia, altro fattore di disuguaglianza. Le unità sanitarie devono essere territorialmente limitate per una risposta più precisa ai problemi e per permettere una reale partecipazione della popolazione e il controllo delle attività.

-La **progressiva privatizzazione** in quasi ogni ambito sanitario e la concorrenza hanno indotto anche il servizio pubblico a seguire logiche produttivistiche. Va rimosso ogni finanziamento alla sanità privata, abolire le agevolazioni fiscali per la spesa sanitaria privata veicolata da assicurazioni e fondi sanitari; riprendere una programmazione sanitaria partecipata a livello locale e nazionale eliminando ogni commistione pubblico-privato che determina la privatizzazione di fatto dei servizi.

-Occorre realizzare un’**industria pubblica del farmaco**, dei reattivi di laboratorio e dei dispositivi biomedicali (considerando anche la presenza dell’Istituto Chimico Farmaceutico militare di Firenze) contro le speculazioni e i ricatti delle multinazionali farmaceutiche.

-Occorre intervenire nell’ambito della **formazione universitaria e delle specializzazioni** conseguenti evitando la precarietà dei giovani medici laureati bloccati nell’ “*imbuto formativo*” e dei neospecialisti che affrontano “*l’imbuto lavorativo*”. Il settore della formazione e ricerca in ambito sanitario e la gestione dei crediti ECM deve essere prioritariamente guidato da realtà pubbliche adeguatamente finanziate per poter essere esenti da conflitti di interesse e, dove non possibile, da provider indipendenti.

-La **salute della donna** va promossa a partire dal riconoscimento delle specificità, attraverso la medicina e la farmacologia di genere, tuttora misconosciute in Italia; attraverso il riconoscimento dei diritti di pari opportunità in tutti i campi, sanciti dalla Costituzione: il diritto all’autodeterminazio-

ne nelle scelte di vita, alla partecipazione, al lavoro vanno affermati con il rafforzamento di azioni strategiche di prevenzione, attraverso servizi territoriali per la sua salute, in primis i consultori.

-Le donne costituiscono il 60% dei medici sotto i 40 anni e il 78% del personale infermieristico. La pandemia ha mostrato sia il loro ruolo fondamentale nella sanità, sia la vera **condizione di vita della donna**: un lavoro spesso precario, retribuito in misura inferiore rispetto agli uomini, reso altresì difficile dagli impegni in attività di cura. La battaglia per il diritto alla maternità libera e consapevole è stato un cardine del movimento delle donne, ancora oggi contrastato dalla presenza di numerosi medici obiettori. La pandemia ha peggiorato la situazione e occorrono strategie efficaci di "sostegno" e prevenzione: riorganizzarsi per la difesa e il rafforzamento dei diritti delle donne a partire dal riconoscimento della medicina di genere.

-Vanno ripristinati i servizi che un tempo si chiamavano di **medicina scolastica**, rivalutandoli come Centri per la Salute nelle Scuole, quali servizi territoriali fondamentali.

-Occorre rinnovare una regia centrale, ma non centralistica, di un servizio sanitario davvero nazionale per diffusione e qualità dei servizi, rimuovendo ogni ipotesi di "**regionalismo differenziato**", garantendo uniformità di accesso e di qualità alle cure in tutta la nazione rivedendo, in prospettiva, anche il titolo V della Costituzione.

-Le **residenze sanitarie assistenziali** come quelle per disabili fisici e psichici vanno poste in carico al SSN: va riconosciuta la necessità di cura della persona anziana, cronica, non autosufficiente; devono avere requisiti e caratteristiche di valutazione e presa in carico, di cura, assistenza e riabilitazione uguali in tutte le Regioni rivedendo parametri e qualità, prevedendo Comitati di familiari che si riuniscono regolarmente; le strutture devono essere aperte al territorio.

-Anche la **sanità animale e le produzioni alimentari** sono decisive; per evitare nuovi rischi per la collettività: bisogna procedere ad una trasformazione agroecologica delle produzioni riconvertendo gli allevamenti

intensivi, estendendo le coltivazioni biologiche e riducendo l'uso di concimi chimici e pesticidi.

-La **tutela della salute (dentro e fuori i luoghi di lavoro) e dell'ambiente** sono connesse e interdipendenti e vanno affrontate in modo unitario e non distribuite su competenze diverse, regolate dai risultati di indagini epidemiologiche costanti sul territorio. I controlli devono essere esenti da qualunque conflitto d'interesse.

-Il **riconoscimento delle malattie professionali** deve passare dall'INAIL alle USSL; il medico competente deve essere convenzionato con il SSN pubblico e non un sempli-



ce consulente (ricattabile) del datore di lavoro. Gli infortuni dei medici di base devono essere riconosciuti dall'INAIL.

-Occorre adottare una **nuova organizzazione del lavoro** che sia fonte di benessere per i lavoratori e non di stress: andrà previsto nel Dlgs 81/08 un titolo specifico sul rischio organizzativo, attuare l'art. 46 della Costituzione con una legge che definisca come i lavoratori partecipino alla gestione delle imprese. Dovrà essere rafforzato il ruolo dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) che devono poter partecipare attivamente alla Valutazione dei rischi.

-Va affermato l'obiettivo del **MAC zero** (cambio delle produzioni, eliminazione dalle produzioni delle sostanze tossiche). Nessuno "*scudo penale*" per gli infortuni da Covid.

Questi sono i temi per una nuova riforma che inverta il declino e la progressiva riduzione dei servizi e la deviazione dalle fina-

lità costitutive della riforma sanitaria del 1978.

**Chiamiamo le associazioni, i comitati, le lavoratrici e i lavoratori, i sindacati, ad una collaborazione a un impegno fattivo e partecipato per il raggiungimento di questi obiettivi, con una nuova stagione straordinaria di lotte per l'affermazione e la piena realizzazione del diritto alla salute per tutte**

#### ACRONIMI

LEA = Livelli essenziali di assistenza - ovvero tutte le prestazioni che devono essere fornite ai cittadini su tutto il territorio nazionale

MMG=medico di medicina generale (o medico di base o di famiglia)

TSO= trattamento sanitario obbligatorio che viene applicato in specie per i malati men-

**e per tutti, nell'ambito di un SSN pubblico dove tutela ambientale, diritto e difesa della salute, diritti sociali e del lavoro siano l'espressione della riconversione complessiva del SSN nell'interesse dei cittadini in una società più equa e rispettosa dei loro bisogni e della salute collettiva e individuale.**

17 giugno 2020

tali su richiesta di uno psichiatra con controfirma del sindaco

ECM= educazione continua in medicina (crediti annuali obbligatori derivanti da partecipazione a eventi formativi)

MAC zero= livello massimo di esposizione a salvaguardia della salute; zero si riferisce alle sostanze cancerogene, teratogene e immunodepressori . In altri termini non vi deve essere nessuna esposizione.



# Effetti della Legge 23 del 2015 (“legge Maroni”) della Regione Lombardia

a cura del Forum per il Diritto alla Salute

## 1.PREMESSA: DAL LIBRO BIANCO DEL 2014 ALLA LEGGE. 23/2015

Il manifesto ideologico (1) della L.23 si basava sui seguenti principi:

- I. Riaffermazione del principio della **libera scelta** dell’utente tra erogatori pubblici e privati;
- II. Passaggio dalla **cura al prendersi cura**;
- III. Separazione delle funzioni di **programmazione, erogazione** delle prestazioni e **controllo**.

La L.23 “*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo*”, sperimentale secondo la successiva L.41/2015, ha sostituito la precedente L.31/1997. Tra 1997 e 2015 erano state promulgate modifiche parziali con la L.3/2008 e L.33/2009, recepite e riformate nella L.23, ultima stazione d’un percorso iniziato una quindicina d’anni dopo l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con la L.833/1978.

La Tabella 1 mostra che tra 2010 e 2017 la fascia 0÷39 anni è diminuita 7%, gli anziani sono aumentati il 14%, ¼ >80 anni. Nella fascia 0÷39, l’incidenza dei malati

cronici è salita dal 6,8 all’8,3%, mentre sono limitati nella fascia >65 anni, pur se l’85% sono > 75 anni, in cui si ha il picco di policronicità con 3 patologie (2): tendenza che da alcuni anni ha messo in crisi il modello basato sul welfare familiare. (V. Tabella 1 ).

La Legge 23 si è sviluppata a seguito dell’analisi di variazione epidemiologica dei residenti in Lombardia, che vedeva un aumento dei >60 con aumento dei malati cronici. La legge, oggetto d’obiezioni dei Ministeri di Salute, Giustizia ed Economia, con la promulgazione della L. 41 specifica *l’articolazione in ATS e ASST del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale avveniva in via sperimentale per un periodo di 5 anni*. Al termine del quinquennio, Regione e Ministero della Salute avrebbero valutato i risultati della sperimentazione. Il 4.4.2016 il *Protocollo d’Intesa tra Ministero e Regione per la verifica della Legge* veniva firmato dalla Ministra Lorenzin e dal Presidente Maroni.

## 2. GLI ASPETTI PRINCIPALI DELLA L.23/2015

Tabella 1 - Variazioni demografiche ed epidemiologiche 2010÷2017 in Lombardia

Regione Lombardia 2010÷17	Residenti (000)			Malati Cronici (000)			Malati Cronici/Residenti (%)		
	2010	2015	2017	2010	2015	2017	2010	2015	2017
Fasce di età									
0÷39	4.410	4.191	4.091	301	333	340	6,8	7,9	8,3
40÷64	3.628	3.801	3.831	1.149	1.243	1.289	31,7	32,7	33,6
65÷79	1.483	1.600	1.614	1.083	1.186	1.204	73,1	74,1	74,6
> 80	613	728	768	506	619	663	82,5	85,1	86,3
<b>TOTALE</b>	<b>10.134</b>	<b>10.320</b>	<b>10.304</b>	<b>3.039</b>	<b>3.381</b>	<b>3.496</b>	<b>30,1</b>	<b>32,8</b>	<b>35,9</b>

## 2.1 Introduzione

Obiettivo di questa verifica è l'impatto derivante dall'assetto della L.23 su erogazione e qualità dei servizi. Nonostante le intenzioni espresse nel *Libro Bianco*, il modello ha impoverito e marginalizzato:

- la Medicina Territoriale nelle funzioni rimaste tra le competenze ATS o delegate a ASST: *Igiene, Prevenzione, Sanità Pubblica*,

- l'Assistenza Primaria, rappresentate dal complesso sistema dei MMG (*Medici di Medicina Generale*), PLS (*Pediatri di Libera Scelta*), MCA (*Medici di Continuità Assistenziale*), le cui funzioni sono state ripartite tra ATS e ASST.

L'*Orientamento Strategico* della Regione è venuto meno con la disarticolazione di risorse tra ATS e ASST. Sono state costruite due strutture organizzative, evoluzioni di Aziende Ospedaliere e ASL, con compiti differenti:

1. ATS (Agenzie Tutela della Salute) che assume i compiti di sovrintendere *all'organizzazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale*, in collaborazione coi Comuni e provvedere a:

- *programmazione* territoriale,
- *accreditamento* dei soggetti erogatori,
- *contrattualizzazione*, acquisto e controllo dell'appropriatezza (3).

2. ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali) enti di diritto pubblico e autonomia gestionale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, tecnica che concorrono all'erogazione di *LEA* (art.7/2) con gli accreditati, in due settori: rete territoriale e polo ospedaliero (art.7/4).

I suggerimenti erano stati declinati nella proposta di L. 282/2015, poi trasformata in L.23. L'obiettivo era pertanto lo spostamento dell'asse di cura, sbilanciato sull'ospedale, verso strutture territoriali, superando il frazionamento d'attività socio-sanitario-assistenziali. Per favorire l'integrazione sono state abolite 29 Aziende Ospedaliere preesistenti alla L.23 e istituite 27 ASST fornenti cure ospedaliere e territoriali, fino ad allora erogate separatamente da AO e ASL. Le 8 ATS avrebbero dovuto produrre maggiori separazioni di funzioni chiave: programmazione, acquisto, controllo (4),

senza erogazione diretta di prestazioni, determinando ulteriori frammentazioni della gestione assistenziale e coprendo territori vasti ed eterogenei. Le 27 ASST sono state però investite del compito di erogare servizi in ospedale e sul territorio, senza Piano Sanitario Ospedaliero e senza concreta possibilità di fare rete con strutture territoriali, in assenza di risorse dedicate al potenziamento organizzativo necessario ad attuare le azioni elencate.

## 2.2 Il settore della Prevenzione

La L.23 ha portato a confusioni funzionali per le attività di *Prevenzione* di competenza delle ATS, ma delegate alle ASST. L'Assistenza Primaria gestita da MMG, PLS, MCA è stata ripartita tra ATS e ASST. Il polo territoriale dell'ASST ha assorbito funzioni e personale dei Distretti, oltre a erogare vaccinazioni, senza sviluppare strategie di prospettiva (5). Il *Controllo Malattie Infettive* è stato reso fragile dal depotenziamento della *Prevenzione*, poiché la Regione non ha mai definito la distribuzione delle risorse umane all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione delle ATS lombarde. La ridotta *Valutazione concreta di corrispondenza* tra Domanda di prevenzione e Offerta di prestazioni ha reso difficili gli interventi perequativi necessari, come mostra l'epidemia Covid-19, che ha registrato in Lombardia, col 16,7% della popolazione italiana, il 27% dei contagi e il 42% dei morti. È risultato inefficace il proposito della L. 23 (6) per assetti e organizzazione contraddittori rispetto allo scopo. L'epidemia ha fatto emergere gravi criticità dell'organizzazione che *affida la gestione dei Dipartimenti Prevenzione alle ATS, strutture non operative ma deputate a governance e controllo*: i *Dipartimenti Prevenzione collettiva e Sanità pubblica* sono stati depotenziati in organizzazione, autonomia, finanziamento, risorse umane e tecnologiche. I seguenti indicatori misurano il fenomeno:

1. Dipartimenti di Prevenzione da 15 a 8.
2. Presidi Multizonali Igiene e Prevenzione da 15 a 3 (Laboratori Sanità Pubblica VA, MI, BS).
3. Personale di Prevenzione e Sanità pub-

blica dimezzato negli ultimi 15 anni da 5000 a 2500.

4. Un solo Dipartimento di Igiene e Prevenzione nell'ATS Città Metropolitana inclusa Lodi (3,4 milioni di assistiti).

5. LEA *Assistenza Sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro* 2,8% rispetto a 5% nazionale.

La Tabella 2 fornisce i finanziamenti LEA nell'ATS Milano Metropolitana per il 2018 (34% lombardi). Gli acquisti di Servizi dei LEA sono molto al di sotto della soglia indicata per la *Prevenzione* (M.E.1).

### 2.3 Il settore ospedaliero e ambulatoriale

L'innovazione espressa dalla nuova organizzazione aveva suscitato alcune speranze, con l'istituzione dell'area territoriale nelle ASST, accanto alle aziende ospedaliere raggruppate. Ogni ASST aveva un Direttore Generale, ma si articolava in due strutture distinte:

a) - ospedaliera, affidata al Direttore Sanitario cui afferiscono i presidi, organizzati per intensità di cura, dedicati al trattamento del malato complesso e all'offerta sanitaria specialistica,

b) - territoriale, affidata al Direttore SocioSanitario cui spetta erogare prestazioni specialistiche di Prevenzione Diagnosi Cura Riabilitazione a media e bassa complessità, Cure intermedie prestazioni medico-legali. A essa afferiscono, gestiti dall'ASST, o in convenzione con essa:

- Presidi Ospedalieri Territoriali (POT), strutture multiservizio deputate a erogare prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero a media e bassa intensità per malati acuti e cronici, oltre che sociosanitarie ambulatoriali e residenziali, sanitarie e sociali a media e bassa intensità per acuti e cronici ambulatoriali e domiciliari (art. 7 c.14).

- Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST), deputati all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari, con eventuale degenza limitata alla bassa intensità di cure intermedie subacute, post-acute e riabilitative.

Tuttavia, dall'avvio della legge nel settore ospedaliero, si sono accentuate tendenze negative:

• *Riduzione di posti letto a favore dei Privati*: nel 2018, la Lombardia disponeva di 34.831 posti letto, con un tasso 3,46/1000

**Tabella 2 – Finanziamenti nel 2018 nell'ATS Milano Città Metropolitana, per principali LEA.**

<i>Macro voci Economiche (M.E.)</i>	<i>ATS Milano Città Metropolitana 2018</i>							
	<i>Acquisti Servizi</i>		<i>Personale sanitario</i>		<i>Altri</i>		<i>TOTALE</i>	
	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%	€(10 <sup>6</sup> )	%
<b>1 Assistenza sanitaria collettiva ambiente vital/lavoro</b>	<b>45</b>	<b>0,8</b>	<b>57</b>	<b>76,0</b>	<b>53</b>	<b>35,1</b>	<b>155</b>	<b>2,8</b>
<i>Assistenza farmaceutica</i>	1.078	20,1	3	4,0	76	50,4	1.157	21,1
<i>Assistenza specialistica</i>	822	15,6	9	12,0	11	7,3	842	15,3
<i>Assist. territoriale residenziale</i>	575	10,9	2	2,7	4	2,6	581	10,6
<i>Medicina Generale</i>	293	5,6	2	2,7	5	3,3	300	5,5
<i>Altre Assistenze Distrettuali</i>	305	5,8	2	2,6	2	1,3	309	5,6
<b>2 Assistenza distrettuale</b>	<b>3.073</b>	<b>58,4</b>	<b>18</b>	<b>24,0</b>	<b>98</b>	<b>64,9</b>	<b>3.189</b>	<b>58,1</b>
<i>Assistenza Ospedaliera Acuti</i>	1.848	35,1	-	-	-	-	1.848	33,7
<i>Assistenza riabilitazione</i>	188	3,6	-	-	-	-	188	3,4
<i>Altre Assistenze Ospedaliere</i>	110	2,1	-	-	-	-	110	2,0
<b>3 Assistenza ospedaliera</b>	<b>2.146</b>	<b>40,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.146</b>	<b>39,1</b>
<b>TOTALE</b>	<b>5.264</b>	<b>100,0</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>5.490</b>	<b>100,0</b>

ab., di cui 27.694 acuti (tasso 2,68), e 7.137 Lungodegenza e Riabilitazione (tasso 7,51). I letti per acuti erano < 3,0 % indicato dal DM 70/2015, mentre per Lungodegenza e Riabilitazione la situazione era opposta.

La Tab. 3 mostra la variazione 2010÷2018 tra *Pubblico* e *Privato*, con riduzione complessiva del 6,8% in 9 anni. Mentre nel *Privato* i livelli sono rimasti costanti, nel *Pubblico* s'è avuta la riduzione del 7,7% di letti per acuti e 16% per Lungodegenze e Riabilitazione, accentuando nel settore la prevalenza del *Privato*, già evidente nel 2010. La domanda di cura di residenti di altre regioni, incrementata negli ultimi anni, si convoglia prevalentemente nel *Privato*.

• *Riduzione offerta prestazioni ambulatoriali*: la Tabella 4 evidenzia la diminuzione di prestazioni del 4,3%, per Esami di Laboratorio e Diagnostica per immagini (-5,3%), nel *Pubblico* -15,1%, nel *Privato* +6,9%. La diminuzione *produttiva* del SSR non significa miglior appropriatezza prescrittiva, ma ricorso al pagamento diretto dagli assistiti, per allungamento di liste d'attesa.

• *Riduzione di personale*, con pensionamenti senza sostituzioni e ricorso alle esternalizzazioni. Il confronto con Veneto ed Emilia-Romagna mostra che nel 2017 in Lombardia il numero di medici/1000 ab. era 1,44 verso 1,65 e 1,85 e il numero d'infermieri/1000 ab. era 3,81 verso 4,89 e 5,61. La riduzione ha colpito soprattutto il per-

sonale ospedaliero.

• *Mancato aggiornamento tecnologico*, in molte ASST l'innovazione tecnologica in aiuto agli operatori non c'è stata, con gravi ritardi nell'introduzione della cartella elettronica e carenze nel flusso d'informazioni tra medicina territoriale e ospedale.

• *Riordino caotico dei poli ospedalieri* con accorpamento di più presidi, senza programmazione basata sull'incrocio tra dati epidemiologici, sociosanitari e caratteristiche territoriali.

• *Trasferimento di funzioni gestionali* ad ASST scaricate su strutture depauperate, impegnate in cure per acuti e subacuti. Medicina di base e Servizi Sociali comunali non sono stati coinvolti per assenza di strutture intermedie (POT e PreSST), ponti tra ospedale per acuti e domicilio. Lo sviluppo di PreSST è stato limitato (13 in Lombardia). Distretti territoriali (ASL) assegnati solo formalmente alle ASST, che non hanno assicurato il governo della rete territoriale.

#### 2.4 Il settore delle cure primarie

Le Cure Primarie hanno subito gli effetti di un'impostazione confusa e contraddittoria: i MMG sono convenzionati con l'ATS, ma coordinati all'interno della rete territoriale dell'ASST. La L. Balduzzi 2011 disponeva la conversione dal modello fondato sul *singolo professionista* a quello *associativo*. Non è mai stata attuata. In Lombardia, le

**Tabella 3 - Posti letto in Lombardia 2010÷2018 (Fonte: Ministero della Salute)**

Tipo di Erogatore	Posti letto ospedalieri					
	2010		2015		2018	
	N° letti	N° letti	%:2010	N° letti	%:2010	
<i>Acuti</i>	7.712	7.666	-0,6	7.675	-0,5	
<i>Lungodegenza</i>	704	522	-25,9	509	-27,7	
<i>Riabilitazione</i>	4.660	4.756	+2,0	4.785	+2,7	
<b>Totale Privato (classificato, accreditato, IRCCS)</b>	<b>13.076</b>	<b>12.944</b>	<b>-1,0</b>	<b>12.959</b>	<b>-0,8</b>	
<i>Acuti</i>	21.689	20.541	-5,3	20.019	-7,7	
<i>Lungodegenza</i>	516	217	-57,9	241	-53,3	
<i>Riabilitazione</i>	1.680	1.649	-1,8	1.602	-4,6	
<b>Totale Pubblico (classificato, accreditato, IRCCS)</b>	<b>23.885</b>	<b>22.407</b>	<b>-6,2</b>	<b>21.862</b>	<b>-8,5</b>	
<i>Acuti</i>	29.401	28.207	-4,1	27.694	-5,8	
<i>Lungodegenza</i>	1.220	739	-39,5	750	-38,5	
<i>Riabilitazione</i>	6.340	6.405	+1,1	6.387	+0,7	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>36.961</b>	<b>35.351</b>	<b>-4,4</b>	<b>34.831</b>	<b>-6,8</b>	

AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e UCCP (Unità Complesse Cure Primarie) non hanno avuto lo sviluppo promesso, ostacolate da un nuovo modello d'aggregazione centrato sui gestori. Nel 2018 il 40% dei MMG in Lombardia lavorava in gruppo, in Emilia erano il 70%, in Toscana il 65%, in Veneto oltre il 60%, nel Lazio il 60%.

Lo sviluppo della *RICCA* (Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale) era un compito delle ASST, con obiettivo la Presa in Carico di persone in stato cronico e fragile, garantendo continuità e appropriatezza d'accesso a servizi ed erogazione prestazioni. Alle *RICCA* erano stati assegnati sulla carta compiti e dotazioni di strumenti elaborati, centrati sulla stesura del Piano d'Assistenza Individuale (PAI) per i malati. Tuttavia il ruolo dei MMG non era specificato, né alle ASST erano state fornite risorse

per sostenere le nuove procedure (7). Anzi, fin dal 2016, le indicazioni della regione ai direttori generali era che venissero implementate a risorse invariate.

Non sono mai stati prodotti dati sull'attuazione delle *RICCA*, che sono rapidamente entrate in contraddizione con l'introduzione del nuovo progetto d'affidamento dei cronici a gestori (8). Lo scollamento ATS e ASST, evidenziato dall'epidemia specie coi malati più fragili per svantaggio socio-economico isolamento e difficoltà psichiche, ha lasciato i MMG senza governo dalle ATS per estensione eccessiva del territorio di competenza, senza coordinamento da parte delle ASST dedicate alla gestione degli ospedali, senza appoggi su strutture integrate e degenze di comunità a sostegno di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (9). La carenza d'assistenza territoriale, dovuta a fattori strutturali e

**Tabella. 4 - Prestazioni Ambulatoriali in Lombardia 2012-2017 (Fonte: Open Data RL)**

Tipo di Prestazione	Prestazioni ambulatoriali (migliaia)					
	2012		2015		2017	
	N° (000)	N° (000)	%:2012	N° (000)	%:2012	
Attività clinica	14.082	13.095	-7,0	13.681	-2,8	
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	44.166	51.394	+16,4	47.200	+6,9	
Altre prestazioni (BIC, MAC)	331	365	+10,3	316	-4,5	
<b>Totale Privato</b>	<b>58.579</b>	<b>64.854</b>	<b>+10,7</b>	<b>61.197</b>	<b>+4,5</b>	
Attività clinica	19.287	17.893	-7,3	19.098	-1,0	
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	60.674	58.385	-3,0	52.126	-15,1	
Altre prestazioni (BIC, MAC)	527	658	+9,6	721	+37,8	
<b>Totale Pubblico</b>	<b>80.498</b>	<b>77.386</b>	<b>-3,9</b>	<b>71.855</b>	<b>-10,7</b>	
Attività clinica	33.279	30.988	-7,2	32.779	-1,8	
Esami (Laboratorio, Diagnostica per immagini)	104.840	110.229	+5,1	99.326	-5,3	
Altre prestazioni (BIC, MAC)	858	1.022	+20,9	1.37	+1,5	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>139.077</b>	<b>142.240</b>	<b>+2,3</b>	<b>133.052</b>	<b>-4,3</b>	

**Tabella 5 – Media giornaliera dei casi assistiti per Covid (Fonte: Protezione Civile)**

Marzo-Aprile 2020-casi/100.000 abitanti						
	Terapia intensiva		Ricovero ordinario domiciliare		Isolamento domiciliare	
	N	%	N	%	N	%
<b>Lombardia</b>	9,1	4,7	79,9	41,6	102,9	53,6
<b>Veneto</b>	4,1	3,4	20,1	17	93,7	79,6
<b>Emilia Romagna</b>	5,4	3,1	53,2	30,8	114,5	66,1

non solo a cattiva gestione, è dimostrata dalla distribuzione dei pazienti Covid in Lombardia nella prima fase della pandemia, a confronto col Veneto e l'Emilia Romagna evidenziata nella Tabella 5.

Risalta la bassa percentuale di casi assistiti a domicilio e il conseguente sovraccarico degli ospedali. Questi dati spiegano anche in buona misura l'alto livello di contagi per Covid e l'elevata mortalità riscontrata in Lombardia.

La frammentazione tra *cura* Sanitaria e *prendersi cura* Sociale, non risolta dalle innovazioni apportate dalla L.23, ha impedito percorsi facilitati tra polo ospedaliero, domicilio o Casa di Riposo. Il modo di operare di servizi sanitari legati a interventi urgenti si sono scontrati coi servizi sociali a chiamata dal malato o dal *caregiver*, nell'assenza di strumenti di integrazione dovuta alla mancanza di una programmazione socio-sanitaria e alla scomparsa dei distretti.

Sono risultate problematiche per gli assistiti le difficoltà rese complicate dalla concorrenza senza pianificazione pubblica, tra filiere pubbliche e private, che hanno perciò portato a interruzioni o a rinuncia delle cure (10). Il mancato riconoscimento di specifiche fragilità socio-sanitarie all'accettazione e alla dimissione ospedaliera ha reso difficile comprendere i bisogni reali di cure a domicilio o in strutture intermedie. Senza riconoscere fragilità che impediscono *compliance* e attivazione di comportamenti virtuosi (*empowerment*), gli scompensi e le ricadute precoci implicano continui ritorni ad accessi attraverso i Pronto Soccorso. La stesura d'un articolato Piano di Continuità Assistenziale ospedale-territorio, come descritto in L.23, necessitava di una stratificazione epidemiologica della popolazione. La Regione si è basata sulla Banca Dati Assistiti per individuare e monitorare i *consumi* e i *costi* della cura in relazione alle diagnosi della popolazione, affetta da malattie croniche. Vanno fatte due considerazioni: anzitutto i dati sono nella disponibilità delle ATS, ma non delle ASST, inoltre i dati sulle prestazioni incrociate con le diagnosi cliniche sono insufficienti, per assicurare efficienza e appropriatezza di cure, perché è necessario tenere conto di specificità territo-

riali e di determinanti sociali, economiche e culturali della salute. L'impostazione arretrata della raccolta dei dati epidemiologici da parte della regione non permette questa integrazione.

### 3. La Presa In Carico (PIC) (11) dei malati cronici, paradigma del fallimento della Legge 23

La Legge 23 aveva un nucleo potenzialmente innovatore nella procedura di PIC, in applicazione del Piano della Cronicità definito a livello nazionale. Il testo dell'art. 9 della legge non la definisce in dettaglio, ma le successive delibere attuative (12) delineano il nuovo modello. Il confronto tra gli obiettivi dichiarati e i risultati concreti per i 3,4 milioni di malati cronici in regione, presenta però un bilancio negativo (13) poiché solo il 10% di cittadini invitati ad aderire hanno scelto di seguire il percorso d'adesione al modello. Gli indicatori di risultato sono stati cambiati e ridefiniti (14), senza dare luogo a report pubblici, né a relazioni semestrali previste dal Protocollo di verifica (15).

Occorre innanzitutto osservare che l'assetto del servizio sanitario introdotto dalla legge 23 si differenzia notevolmente da quanto previsto dalla vigente legislazione nazionale, in quanto introduce una suddivisione di funzioni. Segnaliamo in particolare:

- L'Accreditamento e Contrattualizzazione sono delegati alle Agenzie di Tutela della Salute (ATS).
- La Medicina Generale in una prima fase afferisce completamente alle ATS, che sono agenzie di controllo che non erogano servizi e successivamente è in parte trasferita alle ASST, mantenendo una collocazione ambigua.
- Le funzioni del Distretto sono soppresse e incluse in quelle della rete territoriale dell'ASST.

Dopo tre anni dall'inizio, il risultato organizzativo principale è stato l'esternalizzazione parziale della Medicina di Base, in evidente contrapposizione alle forme internalizzate delle Cure Primarie esistenti in tutto il resto del paese (16). La disarticolazione organizzativa è stata istituzionalizzata e

completata con la creazione della figura giuridica del Gestore, che ha dato la possibilità a diversi soggetti erogatori di prestazioni sanitarie o sociosanitarie accreditati e a contratto con il Servizio sanitario regionale, nonché a cooperative formate da medici di medicina generale, di candidarsi a ricoprire questo ruolo. Di fatto la quasi totalità dei richiedenti sono stati giudicati idonei dalle ATS e l'elenco dei gestori alla fine ha incluso 32 enti pubblici (ASST e IRCCS pubblici), 73 enti privati (Ospedali, IRCCS, case di cura), 93 RSA o strutture sociosanitarie, 70 altri soggetti (poliambulatori, centri diagnostici, laboratori, ADI), 25 cooperative di medici di medicina generale o pediatri di libera scelta.

L'accreditamento senza limiti e controlli, con la contemporanea assegnazione di funzioni proprie dell'Ente pubblico a Enti di diritto privato ha declassato e ridotto a mera attività burocratica la programmazione dei servizi, senza alcuna correlazione con una Programmazione dell'Offerta, in rapporto alla Domanda rilevata.

Nel processo PIC emerge la maggiore differenziazione tra le situazioni secondo le normative vigenti a livello nazionale e quelle secondo la L.23/2015 e DGR seguenti, messa in evidenza dalle note del Ministero della Salute inviate alla Regione Lombardia dopo la promulgazione nel 2015, che ha portato alle modifiche citate, e alla decisione della sperimentazione quinquennale che scade nel 2020.

La cessione di tale funzione da Regione ad ATS è stata considerata dal Ministero da verificare, poiché difforme da quanto avviene secondo la legge nazionale nel resto del Paese. La funzione dell'ATS ha infatti ulteriormente liberalizzato il rapporto giuridico con strutture private per mezzo del depotenziamento della Programmazione pubblica regionale e locale, sostituita dalla Contrattazione annuale della fornitura, limitata da tetti di spesa annuali e non sostenuta da valutazioni epidemiologiche dei bisogni di salute. I Gestori possono a loro volta essere Erogatori di prestazioni o committenti e acquirenti di altri erogatori e gestori. In realtà, non si conosce se le disposizioni regionali hanno generato la stipula di un'ampia rete d'accordi tra gestori ed erogatori,

allo scopo di garantirsi una priorità d'accesso alle prestazioni e nelle agende. All'interno di tale rete organizzativa virtuale, un sistema parallelo al Servizio sanitario regionale, si trova in una scomoda posizione il medico di medicina generale, come parte di un raggruppamento semi-imprenditoriale accreditato (cooperativa) o come agente singolo della PIC, subordinato al Gestore.

È fallita l'integrazione tra silos d'offerta (ambulatoriale, ospedaliera, riabilitativa, sociosanitaria e medicina generale), obiettivo delle PIC e della legge 23, poiché la moltiplicazione e liberalizzazione di ruoli, scelte e la mancanza di Programmazione pubblica hanno determinato forme d'integrazione multiple per ente erogatore, il quale può predisporre percorsi di fidelizzazione esplicita o implicita.

Collante dell'integrazione avrebbe dovuto essere il nuovo modello di remunerazione svincolato da singole prestazioni, per determinare budget per gruppi di assistiti pesati per livello d'assistenza necessario predefinito, con tariffe onnicomprensive, incentivanti integrazione e collaborazione tra erogatori. Ma tale modello non è stato mai attuato. Il rapporto *medico-malato* è perciò modificato con l'intermediazione del *Gestore*, che stipula un contratto bilaterale di diritto privato con l'assistito, definito *Patto di Cura* (17).

La PIC ha portato avanti destrutturazione del servizio sanitario avviata dalla L.33/2009, che aveva già creato un *quasi-mercato*, caratteristica del modello lombardo basato su principi Public Health Management. Il *PHM* è una gestione predittiva dei bisogni sanitari della popolazione, ottenuta mediante una stratificazione di assistiti, in base alle patologie desunte da episodi di cura precedenti, da dati demografici e dai consumi sanitari. L'adesione ai principi *PHM* produce classi di malati cronici, divisi per patologie (62 categorie clinicamente omogenee).

La redazione del *PAI (Piano di assistenza Individuale)* rappresenta la conclusione dell'iter d'arruolamento del Malato Cronico e la sottoscrizione del Patto di Cura. I *PAI* redatti al febbraio 2020 risultano circa 270.000, pari al 7,7 % dei malati cronici individuati

dalla Regione. Il 93 % di tutti i PAI sono stati stilati da gestori rappresentati da cooperative di medici di medicina generale, 5 % da un gestore pubblico (ASST o IRCCS) e il 2 % da gestori privati (Ospedali, Case di cura, IRCCS privati, RSA). L'adesione dei medici al progetto è stata molto differenziata a livello territoriale, mostrando l'incompletezza dell'esternalizzazione. Nelle ATS di Milano, Pavia e Insubria (Como-Varese), che rappresentano più del 40% della popolazione lombarda, hanno aderito poco più del 35% dei medici, mentre nell'ATS della Val Padana (Mantova-Cremona) si è raggiunta una punta del 79%. I medici sono prevalentemente aggregati previste in forme imprenditoriali (Cooperative di MMG). Coloro che aderiscono alla PIC sono subordinati al Gestore, che può avvalersi di loro come *clinical manager* (anche se non aderisce alla Cooperativa). In caso di non adesione, il medico è obbligato a dare un parere sui contenuti del PAI oltre che prendere atto della PIC del suo assistito da parte del Gestore.

#### 4. Due modelli di SSR a confronto

In *Lombardia*, tre livelli di complessità hanno definito i diversi gradi di bisogno delle persone e l'algoritmo *PHM* creato si basa su rilevazioni di consumi e livelli di spesa pregressi e si differenzia dalle esperienze di classificazione e stratificazione, mutate da algoritmi predittivi del rischio forse più complessi e includenti altri fattori. In *Veneto*, si è optato per gli Adjusted Clinical Groups (*ACG*), i cui flussi informativi sanitari correnti consentono di segmentare la popolazione in 93 categorie, i cui assistiti condividono pattern simili di bisogni e per cui, secondo una logica predittiva, si attende un consumo simile di risorse. La capacità previsionale del carico assistenziale atteso *permette di programmare le attività* prima che la domanda si manifesti e d'anticipare processi d'aggravamento della condizione di salute dei malati (18).

Nel *Veneto* e in *Emilia-Romagna*, la popolazione è classificata e la *clusterizzazione* è funzionale alla programmazione regionale e locale declinata a livello distrettuale e inclusiva. La capacità previsionale del carico

assistenziale atteso permette di programmare attività, prima che la domanda si manifesti e di anticipare processi d'aggravamento della condizione di salute del paziente.

Il *Veneto* ha disciplinato, con L. 23/2012, il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto Socio-Sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete, fondati su gruppi multi-professionali e forme associative di Medicina Convenzionata. Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 riconosce la funzione centrale delle *Cure Primarie* e ha disciplinato lo sviluppo con la diffusione della *Medicina di Gruppo Integrata (MGI)*, forma di concentrazione fisica dei Servizi territoriali intorno a MMG, organizzati secondo forme associative tradizionali. Le MGI hanno perciò natura multidisciplinare e multi-professionale, e sono costituite da MMG, PLS, infermieri, collaboratori di studio, operatori sociali. Il modello garantisce maggior accessibilità, prevedendo presenza della MGI nella sede di riferimento per l'integrazione con la continuità assistenziale per efficace copertura sulle 24 ore.

Un quadro di raffronto sintetico evidenzia le differenze tra le due esperienze:

#### **LOMBARDIA**

Separa Medicina Generale e filiera erogazione e l'affida a un soggetto intermedio: l'ATS con funzioni programmatiche flessibili e negoziali. La L. 23/2015 prevede un Piano Sociosanitario Regionale: l'ultimo è del 2010-2014 e il nuovo non è stato predisposto, ma solo una proposta è stata presentata e ritirata nel 2019.

#### **VENETO**

Sostiene la Medicina Generale integrata nella filiera servizi territoriali, rafforza la capacità di governo, sperimenta forme contrattuali nuove per giovani medici (accreditamento introdotto da L. 48/2018RV). Emilia-Romagna e Toscana sperimentano, integrando in base a Distretti e Programmazione territoriale regionale.

#### 5. Conclusioni

*L'articolazione in ATS e ASST del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale, oggetto*

primario della verifica della sperimentazione quinquennale, ha incontrato difficoltà organizzative, strutturali, finanziarie. L'esito ha peggiorato la qualità del Servizio e prodotto disgregazione e frammentazione dei servizi per i cittadini. Inoltre, l'incapacità d'applicare il *Piano Nazionale di Preparazione e Risposta a una Pandemia Influenzale* (Ministero della Salute, 2008), ha trovato la Sanità lombarda totalmente scoperta per due mesi, all'inizio 2020, per il Covid-19. L'intervento sanitario sui malati cronici, ma anche acuti, è stato nei mesi dell'epidemia ridotto sotto la soglia di rischio, con devastanti conseguenze del trattamento contemporaneo dei contagi e delle patologie non Covid.

I nuovi assetti organizzativi (ASST e ATS) e l'offerta affidata al mercato hanno progressivamente tolto risorse alla Sanità pubblica convogliandole verso la Sanità privata accreditata. Tale approccio, da tempo perseguito in Lombardia, ha acquisito un peso molto importante anche per lo squilibrio a suo favore dei vincoli normativi e di bilancio che gravano sulla Sanità pubblica. La pandemia ha rappresentato un banco di prova che ha messo in evidenza il collegamento fra contagio, letalità, efficacia della risposta e organizzazione sanitaria. È stato evidente il fallimento di un sistema basato sulla parcellizzazione della risposta al bisogno, in assenza di una visione strategica nella programmazione e nella catena di comando, senza una logica di sistema integrato e di comunità. Di fatto la Legge 23 ha attuato un processo di marginalizzazione della componente territoriale dei servizi Sanitari, in cui il ruolo dei Distretti è sostanzialmente svuotato, mentre contemporaneamente è mancata la funzione di programmazione ospedaliera.

Gli elementi fondamentali che riassumono il fallimento sono i seguenti:

1. La L. 23 non è stata attuata nelle principali intenzioni, ma solo nelle linee generali di privatizzazione della Sanità, del libero mercato e della concorrenza. Il *Servizio Sanitario e Socio-Sanitario Lombardo* è stato definito «*erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione*». Funzioni strategiche come Analisi e Governo della Domanda Sanitaria,

più volte enunciate e ripetute, non sono mai state implementate, nonostante siano ancora inserite nella proposta di Piano Socio-Sanitario Integrato 2019÷2023, peraltro mai approvato.

2. Gli articoli 5 e 6 della Legge precisano distinzione, ripartizione di compiti e responsabilità tra Regione e ATS, assegnando a quest'ultima, funzioni dell'ente Regione, in contrasto alle Leggi nazionali. 833/1978 e 502/1992. Tale trasferimento di funzioni, governo e responsabilità a un Ente dotato di personalità giuridica autonoma è stato uno dei principali rilievi che ha originato riserve ed eccezioni del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia, determinando la congiunta decisione di sperimentare la riforma del nuovo assetto organizzativo per 5 anni.

3. Tuttavia, le ATS, che dovrebbero svolgere funzioni di Programmazione, Contrattazione, Acquisto e Controllo dei Servizi Sanitari, di fatto non hanno nessuna autonomia, perché i contratti sono standard e fissati annualmente dalla Regione con le delibere sulle regole, per cui non possono negoziare tariffe, tipologia, qualità e quantità delle prestazioni con gli erogatori. Sono semplicemente agenzie di pagamento decentrate della Regione. Inoltre, la maggior parte di esse deve gestire aree così vaste da rendere impossibile qualsiasi funzione di verifica dei servizi, di programmazione territoriale e di interazione con gli enti locali. Basti ricordare che è stata istituita una sola ATS che copre la città metropolitana milanese e comprende la provincia di Lodi, con oltre 3,4 milioni di abitanti.

4. Il Settore Cure Primarie, inserito nell'ATS e trasferito poi all'ASST, ha subito gli effetti di un'impostazione che di fatto ne negava la centralità. Non sono state attuate le indicazioni della Legge Balduzzi del 2011, che prevedeva la riconversione della medicina di base da un modello basato sul singolo professionista a uno associativo fondato su Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie. MMG e PLS, parte integrante della cura territoriale di competenza delle ASST, hanno scarsi rapporti con gli operatori delle ASST, mentre dipendono contrattualmente e amministrativamente dalle ATS. Inoltre vedono le loro

funzioni erose e minacciate dall'introduzione dei Gestori dei cronici che dovrebbero nelle intenzioni della regione costituire un circuito parallelo rispetto alla medicina di base.

5. I Dipartimenti di Prevenzione collettiva e sanità pubblica sono stati inseriti nell'ATS, restando privi di rapporti con la medicina territoriale e sono stati ampiamente ridotti, così come i Presidi Multizonali di Igiene e Prevenzione e il personale impegnato nella prevenzione. Il territorio della Città Metropolitana milanese è oggi dotato di un solo Dipartimento.

6. È stato istituito un solo Distretto in ognuna delle 27 ASST con lo stesso ambito territoriale (uno ogni 370.000 ab.), mentre il D.L. 229/99 indica in 60.000 ab. il bacino d'utenza ottimale.

7. Alle ASST, non sono stati formalmente assegnati bacini d'utenza in omaggio al principio della libera scelta e competizione tra erogatori, che deve prevalere anche per i servizi pubblici. Di conseguenza, gli ambiti delle reti territoriali gestite dalle ASST sono mal definiti. Alcuni esempi eloquenti: tre ASST che operano nel Comune di Milano hanno logiche competitive senza chiare responsabilità territoriali. L'ASST Gaetano Pini di Milano non ha alcuna rete territoriale ed è di fatto un ospedale monospecialistico. L'ASST Nord Milano, che comprende le zone di Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo gestisce tutti i poliambulatori specialistici della città di Milano, senza che vi sia uno strutturato collegamento con i presidi ospedalieri. All'ASST Santi Paolo e Carlo afferiscono tutti i servizi per le tossicodipendenze milanesi.

8. Gli accorpamenti che hanno dato vita alle ASST hanno generato situazioni critiche, affidando ad alcune più presidi ospedalieri, spesso distanti e non integrati tra loro. L'ASST di Pavia comprende otto ospedali (Broni, Carate Meda, Varzi, Vigevano, Voghera, Mortara, Stradella), mentre l'ospedale di Pavia, il più importante della provincia, è un IRCCS che non fa parte dell'ASST. L'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano gestisce quattro ospedali lontani l'uno dall'altro, che non servono la stessa area territoriale.

9. La centralizzazione della gestione dei ser-

vizi negli ospedali non è stata accompagnata da una programmazione adeguata della rete ospedaliera, ma l'ha addirittura ostacolata. La riduzione progressiva di letti per acuti ha determinato un tasso di posti inferiore alla soglia critica in 4 province (Como, Lodi, Monza Brianza, Mantova), 20 % della popolazione regionale. Inoltre, questi dati sommano i posti letti pubblici coi privati accreditati, che sono in percentuali rilevanti in varie ATS, fino al 32 % nell'ATS della Città metropolitana di Milano. Mentre tutti i posti letto pubblici sono in ospedali dotati di Dipartimenti di Emergenza e Pronto Soccorso, una quota rilevante di quelli privati, che arriva fino al 60 % a Brescia, si trova in ospedali che ne sono privi. I posti letti per acuti, non supportati da servizi per l'emergenza/urgenza, hanno un'operatività limitata e non forniscono risposte adeguate in situazioni critiche. Escludendo questi posti dal computo totale, la disponibilità scende sotto la soglia accettabile in 5 province (Bergamo, Como, Lodi, Monza Brianza, Mantova). Ciò solleva pesanti riserve sui criteri generosi adottati dalla Regione per l'accreditamento degli ospedali privati.

10. Alcuni dati d'attività ospedaliera, indicatori indiretti di efficacia dell'assistenza territoriale, testimoniano come sugli ospedali si siano riversati bisogni assistenziali connessi a patologie che dovrebbero essere trattate sul territorio. Infatti, il tasso di accessi al Pronto Soccorso in Lombardia nel 2018 è stato di 368/1000 residenti, contro 361 in Toscana, 359 in Veneto, 350 in Friuli-Venezia Giulia, con punte particolarmente elevate in alcune province (Lodi 405). Il tasso d'ospedalizzazione per patologie curabili sul territorio è di 10,2/1000 residenti in Lombardia, contro 9,8 in Friuli-Venezia Giulia, 6,7 in Toscana, 3,4 in Veneto. Due esempi sono l'alto tasso d'ospedalizzazione in Lombardia per Broncopatie Croniche Ostruttive degli adulti (368/1000) e d'asma e gastroenterite dei bambini (233/1000 residenti con meno di 18 anni), più del doppio che in Emilia Romagna, quattro volte il Veneto e sette volte la Toscana.

11. L'insufficienza di risposte ai bisogni socio-sanitari da parte di servizi territoriali impoveriti e disorganizzati è esemplificata da quanto si è verificato in tre settori delica-

ti: l'assistenza agli anziani, i consultori familiari e la salute mentale. Nel primo caso in Lombardia la percentuale di anziani, oltre i 65 anni in Assistenza Domiciliare Integrata, è stata nel 2018 di 2,45, rispetto a una media italiana del 2,81 e a una media nelle regioni del Centro-Nord tra 2,79÷3,55. Solo cinque regioni hanno registrato un tasso inferiore. Ciò è in contrasto col numero molto alto di posti in RSA, quasi tutte private, che nel 2018 erano 288,5 per 10.000 anziani, rispetto a una media italiana di 180,3. Solo in Piemonte e Trentino-AA si sono registrati valori più alti. Ha prevalso quindi un modello istituzionale di assistenza, i cui effetti sugli anziani sono emersi durante la pandemia. A ciò si aggiunge che la copertura per la vaccinazione antinfluenzale negli anziani è stata nel 2018 del 48%, per cui la Lombardia è nel gruppo di regioni col tasso più basso. Va notato che questo indicatore è peggiorato negli ultimi 10 anni: nel 2008 era del 60%. Quanto ai consultori, in Lombardia ce ne sono 251, di cui 151 pubblici e 100 privati, uno ogni 40.000 abitanti, cioè metà di quanto indicato dalla legge 34/96, che ne prevedeva uno ogni 20.000. Di conseguenza gli utenti dei consultori nel 2018 sono stati circa metà della media nazionale, cioè 2,6 su 100 residenti rispetto a 5. Stessa situazione di riduzione dell'offerta si è verificata per i servizi psichiatrici territoriali: i Centri di Salute Mentale erano 104 nel 2005 e sono oggi 78, per effetto di chiusure, accorpamenti o di collocazioni all'interno degli ospedali.

Lo scarto tra le dichiarazioni di Maroni susseguenti l'approvazione della legge e la realtà d'oggi indica che l'*evoluzione maroniana* non è decollata o ha prodotto addirittura un'involuzione.

1. La deregulation di programmazione e controllo della gestione pubblica ha generato in Lombardia una massa critica d'influenza politica di monopoli privati, di organizzazioni del Terzo Settore e associazioni tra operatori, sviluppando aggregazioni corporative e creazioni di strutture imprenditoriali, orientate alla scelta di linee assistenziali più remunerative, non regolamentate e non conformi alla gestione del bene pubblico.

2. Abbandonate le ipotesi di promozione territoriale della presenza pubblica, la Giunta ha preso atto di capillari offerte specialistiche e ospedaliere private, gli accreditamenti sono stati svincolati dalla programmazione, permettendo la diffusione di ambulatori, laboratori e strutture diagnostiche privati accreditati o in toto privati. A Milano e Brescia la rete ambulatoriale extra-ospedaliera pubblica, già indebolita, è stata investita da ristrutturazioni, fusioni, ridimensionamenti per ridurre i costi.

3. La Programmazione e diffusione dei PreSST e dei POT, che era un pilastro portante della Sanità enunciato dalla Legge 23, non è stata realizzata.

4. La Programmazione è stata ridotta ad *Accreditamento* e *Contrattazione*, basate sui meccanismi di mercato, senza quadri complessivi dei bisogni della popolazione secondo evidenze epidemiologiche, né obiettivi di salute.

Rispetto alle dichiarazioni di Maroni e alle attese non è avvenuta l'inversione di tendenza rispetto alla mancata trasparenza sulla domanda assistenziale implicita o esplicita, sui consumi rilevati capillarmente già dal 2005, sulla corrispondente offerta assistenziale regionale e territoriale. Previsto già dal 2009, e ribadito nell'art. 4 della nuova legge, l'ultimo Piano Socio-Sanitario integrato è stato presentato la prima volta nel 2019 e subito ritirato. Il ritardo con cui è stato presentato è segnale di come la programmazione sia stata di facciata. Le ATS non sembrano obbligate a redigere una programmazione complessiva comprendente tutte le strutture.

La carenza informativa dello stato di salute della popolazione non è colmata dall'Osservatorio Epidemiologico già istituito dalla L.31/1997 e richiamato nelle LL.33/2009 e 23/2015.

Compiti e attività trovano pochi riscontri in pubblicazioni regionali. Solo una pubblicazione sui ricoveri è stata presentata, come rapporto di produzione dei DRG, senza alcuna descrizione della crescita o diminuzione delle ricorrenze o insorgenze patologiche. L'Agenzia di Controllo che avrebbe dovuto garantire la trasparenza e la completezza informativa è stata lasciata con

pochi mezzi.

Per tutti questi motivi espressi nel documento, la verifica a cui va sottoposta la L.23/2015 fornisce esito inequivocabilmente negativo ed è pertanto necessario un completo riassetto organizzativo e struttu-

Note

1. *Libro Bianco, Sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la Salute, 2014.*

2. *La proposta di PSS Lombardo Integrato 2019 – 2023 DDR XI/2498 del 26.11.2019*

3. Maroni R., *Dall'ospedale al territorio.* «Vengono istituite un'Agenzia vigilanza e controllo e una per la promozione del SSL. L'Agenzia di controllo è l'organismo tecnico-scientifico, terzo e indipendente dalle funzioni di governo, di programmazione, con un Direttore nominato dal Governatore e un Comitato di Direzione composto da tre persone indicate dalle minoranze col compito di fornire alla Giunta indicazioni affinché esegua il monitoraggio delle ATS, rispetto alla capacità del sistema di produrre risposte efficaci a persone e loro famiglie; controllare che le procedure d'acquisto, effettuate dall'ARCA siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza».

4. La missione del Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (Dip. PAAPSS) consiste nel garantire prestazioni sempre più adeguate a tutela della salute dei cittadini, assicurando che l'erogazione sia nel rispetto dei principi di buona amministrazione, che sono: efficienza, efficacia, economicità, equità, etica e legalità. Le principali azioni e macrofunzioni sono:

- **programmazione** rete territoriale offerta di servizi sanitari e sociosanitari, tramite strumenti d'accreditamento e contrattualizzazione;

- **promozione** di un adeguamento del sistema dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, anche attraverso una più forte integrazione tra i soggetti pubblici e privati; governo del binomio domanda-offerta;

- **ottimizzazione** uso risorse finanziarie assegnate per le attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso la negoziazione, il budget e l'acquisto di prestazioni da parte degli erogatori, pubblici e privati accreditati, secondo regole, indicazioni, schemi e tariffe regionali;

- **vigilanza** sul possesso e mantenimento requisiti d'esercizio e accreditamento in strutture sanitarie e unità d'offerta sociosanitarie, secon-

rale del Servizio Sanitario Lombardo, con una revisione del sistema d'accreditamento e controllo delle strutture private, in modo che sia garantita ai cittadini lombardi la tutela della salute prevista dall'articolo 32 della Costituzione.

do modalità e cadenze previste dai piani di controllo annuali e dal piano dall'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario;

- **controllo** appropriatezza e qualità di prestazioni e servizi erogati, in ambito sanitario e sociosanitario, secondo le modalità e le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e dal piano predisposto dall'Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo; sulle unità d'offerta sociale.

5. Nel DL 229/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'art.1 della L. 419/1998, al Distretto s'assegnava una forte connotazione organizzativa, valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio e attribuendogli autonomia operativa, indispensabile per raggiungere gli obiettivi di salute e competenza.

6. «Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal Dipartimento d'Igiene e Prevenzione Sanitaria delle ATS di cui all'art.6, c.6, che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione (PRP)».

7. DGR X/5113 del 29.4.2016

8. DGR 6164/2017 e 6551/2017

9. Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali per attuare il processo di controllo, diagnosi, cura dei cittadini malati.

10. Cfr., 53° Rapporto CENSIS 2019.

11. Art. 9, (Modelli di PIC per il paziente cronico e fragile).

A. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano integra-

zione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

B. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

C. La Regione a tali fini definisce in particolare:  
a. le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;

b. i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

D. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2,3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa in regime.

12. DGR X/6164/2017 e DGR X/6551/2017.

13. Mancano riscontri obiettivi per avere un quadro delle mutazioni dello stato di salute della popolazione con malattie croniche, dopo la trasformazione del Servizio Sanitario Lombardo, disposto dalle Delibere della Giunta Regionale che hanno caratterizzato gli sviluppi di questo progetto.

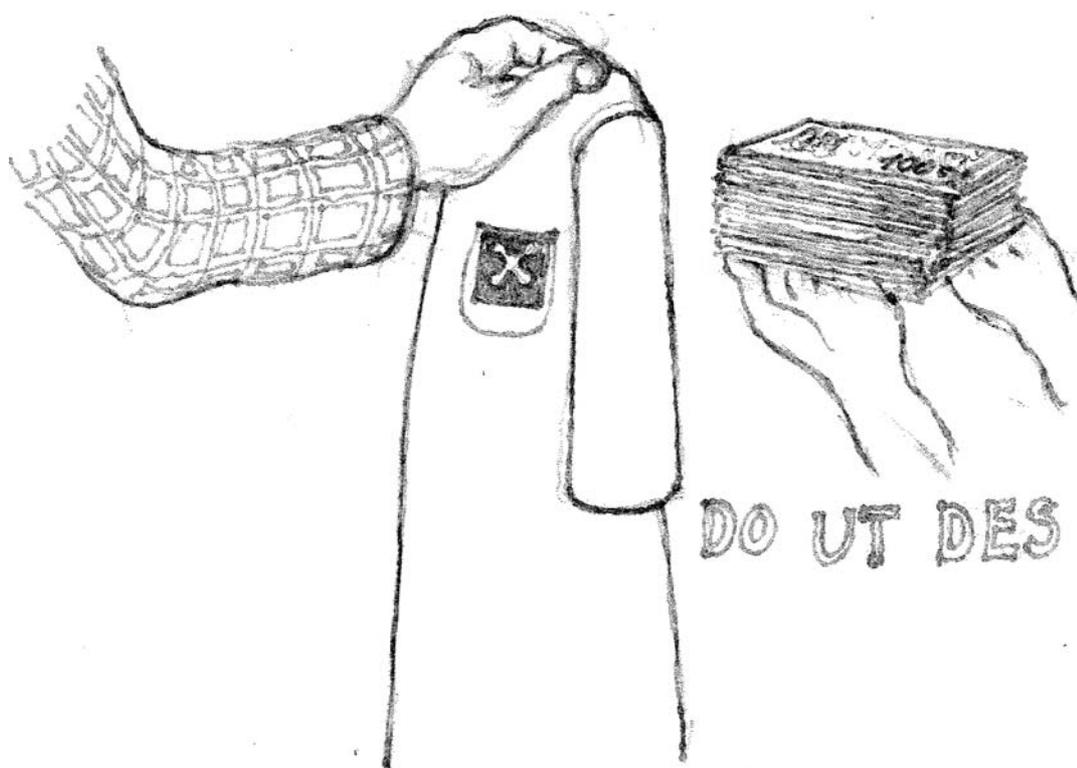
14. DGR XI/1863.

15. Come previsto dal Protocollo di verifica della sperimentazione, firmato il 4.4.2016 dalla Ministra Lorenzin e dal Presidente Maroni.

16. La L. 833/1978 aveva infatti incorporato i MMG nell'organizzazione USSL e stabilito la fondamentale funzione dell'assistenza territoriale, presidiata dai Distretti ASL.

17. La DGR 754/2018 sancisce accordi tra Regione e rappresentanze sindacali di Medicina Generale e rimuove le resistenze opposte al progetto.

18. "Progetto ACG, Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione-Regione Veneto. La possibilità di classificare i pazienti in coorti omogenee grazie agli ACG rende quindi possibile avviare «programmi mirati di coordinamento delle cure che allineino medici, specialisti, infermieri e operatori socio-sanitari della filiera assistenziale, con particolare riferimento a MMG e Distretti»



# La medicina deve essere territoriale e partecipata

## Le iniziative a Napoli

di Paolo FIERRO\*

Riportiamo il documento specifico sulla fase Covid inviato dalla Consulta al sindaco ed al Consiglio Comunale. Esso contiene le nostre proposte per uscire dalla grave crisi sanitaria e sociale che attraversa Napoli e la Campania.

*Consulta Popolare per la Salute e la Sanità della Città di Napoli*

Napoli 4 Novembre, 2020

Al Sindaco di Napoli

Oggetto: La Fase Covid di ritorno ed i compiti delle istituzioni di prossimità

Ad autunno inoltrato assistiamo al ritorno dell'incubo Covid nella città di Napoli e nell'area metropolitana: **bollettino coronavirus della Campania di oggi, lunedì 2 novembre 2020**: +2.861 contagiati in più di ieri, bilancio totale di 62.461 infettati. Di questi 2.861, ben 2.655 sono asintomatici mentre 206 presentano i sintomi dell'infezione. Purtroppo c'è da rimarcare l'aumento di decessi per Covid-19: +24 per un totale di 700 vittime dall'inizio dell'epidemia. Infine il dato dei ricoverati negli ospedali campani: +1 paziente in terapia intensiva (171 posti letto occupati su 227 attivabili) e +70 pazienti negli altri reparti Covid (1.486 posti letto occupati su 1.940 attivabili). (Aggiornamento in continua evoluzione) Tutto ciò in una condizione di incertezza che potrebbe peggiorare nelle prossime settimane con l'inverno alle porte. Sussistono tutte le premesse per gravi conseguenze per la salute della popolazione! Bisogna correre ai ripari.

La Consulta chiede al Sindaco e ai Consiglieri, di maggioranza e di opposizione, a tutela della Salute dei cittadini (*che Li hanno investiti della loro fiducia a rappresentarli*) una presa di posizione sui seguenti punti, rivendicandone l'operatività:

1) La necessità di un **monitoraggio cittadino giornaliero** di positivi graduati, ricoverati e decessi Covid suddivisi per municipalità e fasce d'età, al fine di rendere edotta la popolazione sulle dinamiche del contagio, far crescere la consapevolezza dei rischi reali e organizzare la partecipazione alle misure di profilassi evitando le imposizioni dall'alto.

2) **L'urgenza di rendere efficiente il sistema di intercettazione dei contagiati con tamponi gratuiti per tutti** e isolamento dei focolai con una tempistica accettabile evitando le lunghissime file presso i pochi centri abilitati (Cotugno e Frullone), i tempi di attesa per i responsi troppo lunghi, la segregazione oltre ogni limite di umana tollerabilità dei soggetti in quarantena per i ritardi dei test e le liberatorie. Infogramma sui Contagiati: Asintomatici, Paucis, Lieve, Severo e critico, ultimi 10 e 30 giorni (*modello I.S.S. epicentro*) per Distretto/Municipalità con p.l. di riferimento; Bloccare il mercato dei tamponi privati (60-80 euro a tampone) garantendo un'offerta pubblica gratuita, rapida e coerente con le esigenze di monitoraggio.

3) **Colmare rapidamente i vuoti organizzativi della rete territoriale ed ospedaliera** che mostrano falle evidenti prima ancora di andare all'impatto con un aumento significativo degli ammalati da assistere. Nonostante le promesse siamo ben lungi dal raggiungere il traguardo dei 500 posti letto disponibili per l'assistenza in Intensiva e sub-intensiva Covid, se già nell'attuale fase autunnale appare prossima la saturazione di quelli esistenti e capita che le ambulanze con pazienti positivi sostino per molte ore nei Pronto Soccorso in attesa di un ricovero. Bisogna prendere in consi-

\*Medicina  
Democratica,  
Napoli.

derazione la possibilità di riutilizzare gli ospedali storici da poco dismessi per una funzione almeno di prossimità (*paucisintomatici e sintomi lievi iniziali?*) per la lotta al Covid decentrandovi le funzioni compatibili. **Assistiamo contemporaneamente al paradosso che un altro ospedale della cinta cittadina, il San Giovanni Bosco viene trasformato in centro Covid mentre l'ospedale Loreto mare, già da tempo convertito in Covid, rimane senza Rianimazione.**

**4) I Distretti Sanitari e la medicina di base mostrano affanno nel controllare il diffondersi della virosi per carenze strutturali** ma anche per l'assenza di protocolli impostati, sia diagnostici che terapeutici. Dal 2018 mancano 350 medici di base in Campania e circa 150 nella città di Napoli. Tale numero alla data attuale risulta ancora maggiore ed indica che migliaia di cittadini sui nostri territori non hanno accesso alla medicina generale. Il cumulo di assistiti sui medici rimasti ha peggiorato la condizione di tutta l'assistenza sanitaria di base. La promessa, mai concretizzata, di creare un nuovo tipo di intervento territoriale mediante le USCA (*Unità Speciali di Continuità Assistenziale –medico e infermiere- introdotte con il DPCM del 9 marzo 2020, hanno lo scopo di prestare assistenza domiciliare ai contagiati/pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero*) è rimasta sulla carta né si vede una prospettiva a breve termine per una medicina territoriale che abbia direzione e risorse per agire, invece di attendere il peggio. *La medicina di prossimità e l'indirizzo proattivo devono diventare cose reali e non solo slogan buoni per la propaganda*, mentre la pratica del lasciare i pazienti sospetti a domicilio con l'incertezza della diagnosi o senza terapie, si è dimostrata un fallimento che è costato decine di migliaia di morti. **A 7 mesi dal picco della pandemia il ripetersi della situazione lombarda nel nostro territorio sarebbe un crimine contro la nostra comunità cittadina, un delitto, non una fatalità, per il quale richiederemmo giustizia.**

**4) Respingere ogni ipotesi di ritorno al blocco dell'assistenza per i malati non covid sia nei distretti che negli ospedali,**

**interruzione dell'assistenza che già ha prodotto -ci risulta- un aumento della mortalità generale durante il lockdown** e che non dobbiamo permettere raggiunga limiti intollerabili per un paese civile: ciò è possibile attivando i punti precedenti e assicurando percorsi differenziati per Covid o sospetti, uso di Tamponi rapidi in PP.SS. e nei Distretti.

**5) L'attivazione di un sistema di difesa e percorsi protetti per i soggetti fragili** (sofferenti mentali, portatori di disabilità o malattie rare, anziani con malattie degenerative, etc.), che sono maggiormente esposti al rischio covid ma anche alle complicanze che i ritardi delle terapie possono indurre in situazioni segnate da riduzione dell'autonomia e degli spostamenti.

**7) Tra i soggetti fragili i sofferenti psichici, esposti peculiarmente ai pericoli dell'emergenza in corso in virtù delle ulteriori preclusioni relazionali in atto, rischiano compromissioni gravi del loro tragitto esistenziale.** La rescissione, o il forte ridimensionamento del rapporto di continuità con i servizi già problematico da sempre, va contrastata con una decisa trasformazione culturale dei servizi stessi, oltre che con il necessario adeguamento del numero e della multidisciplinarietà degli operatori impegnati, come peraltro già previsto dalle leggi. I familiari, i sofferenti e gli operatori sono il cardine insostituibile di ogni progetto di ricostruzione degli stili e del significato delle UOSM (Unità Operative di Salute Mentale) e in generale di tutti gli interventi assistenziali: a loro vanno attribuite responsabilità strategiche di indirizzo ed orientamento, per favorire così ogni avanzamento culturale che contrasti l'accettazione acritica della norma ed i conseguenti processi emarginanti, e che veda innanzi tutto i sofferenti rivendicare in prima persona i propri diritti umani e civili.

**9) Creazione di aree Covid per gli asintomatici in isolamento con assistenza alberghiera e relativo confort, fornitura di pasti e mezzi minimi di sussistenza per i meno abbienti, supporti senza i quali la quarantena risulterebbe un vincolo impossibile da rispettare per evitare la fame.**

10) **Assunzione immediata di tutto il personale sanitario disponibile per sopperire la situazione d'emergenza dando fondo alle graduatorie** di idoneità per consentire il parziale recupero dei vuoti di organico e l'avvio di tanti servizi inattivi per carenza di personale.

Per la carenza dell'assistenza di base e dei pazienti cronici (diabetici, obesi, ipertesi etc) attuare provvedimenti urgenti, contingenti e straordinari per la città metropolitana, che fissino il rapporto ottimale della medicina di base a 900 assistiti assegnando l'incarico a tempo indeterminato secondo la graduatoria regionale di medicina generale.

Non è possibile riproporre incarichi precari e temporanei in continuità assistenziale. Stabilizzare i precari, giovani medici, infermieri e OSS, ai quali si continua a proporre contratti a termine, lavoro nero e rapporti lavorativi non corretti.

Queste semplici cose sappiamo ricadono in gran parte sotto la gestione regionale ma è dovere del primo cittadino e dei consi-

glieri, tutti, oltre che delle associazioni e realtà di base come la Consulta, far sentire la propria voce specialmente in questo momento difficile per Napoli e per l'Italia richiamando il governo regionale e centrale, insieme alle Direzioni pubbliche delle Strutture Sanitarie Locali, alle proprie responsabilità.

La Consulta chiede quindi al primo cittadino ed ai rappresentanti eletti in consiglio di far proprie queste rivendicazioni e di rivolgerle adesso a chi direttamente gestisce la Sanità regionale in un ruolo che non può ignorare la voce dei territori e dei loro più diretti rappresentanti.

Consulta Popolare per la Salute e la Sanità della Città di Napoli

Il Sindaco di Napoli , Luigi De Magistris , in videoconferenza del 6/11/2020 ha dichiarato di voler assumere gli obiettivi indicati dal presente documento e dalle testimonianze di operatori e associazioni di familiari per riportare le criticità denunciate nel confronto col governo regionale.



# Sopravvissuti al Covid-19 della prima ondata

di Ivana GRAGLIA e Carlo PARASCANDOLO

Mentre nel nostro Paese e in tutta Europa prosegue la seconda ondata di COVID-19 e già si parla di una terza, cerchiamo con questo articolo di dare un nostro piccolo contributo attraverso la narrazione (quasi a mo' di diario) delle vicissitudini e dei disservizi della cosiddetta "eccellenza lombarda", come spesso viene dipinto il "sistema sanitario" della Regione Lombardia, in cui noi (Ivana e Carlo) siamo incorsi avendo contratto il virus durante la prima ondata di questa pandemia, di tutto il decorso della nostra malattia e della "piccola" lotta per essere assistiti e curati.

Narriamo come pazienti, purtroppo, anche se siamo fortunatamente e fortunatamente sopravvissuti a questo momento terribile, veramente terribile e non solo come sintomi; insomma di tutto quello che ci si poteva mettere dentro come sintomo c'è stato, ma più di tutto terribile per la sensazione di essere abbandonati al nostro destino.

Il problema della solitudine è diverso dal problema dell'essere abbandonati. Noi non eravamo soli perché, quantomeno, eravamo in "mutuo soccorso" perché conviventi ("moriamo insieme" o ci salviamo insieme), ci siamo ammalati con alcuni giorni di differenza, perché purtroppo l'una è stata l'untrice dell'altro.

## DOVE ABBIAMO PRESO IL VIRUS?

Viviamo in un piccolo paese tra Gallarate e Varese. Ipotizziamo di averlo preso in ospedale, a Gallarate, quando Ivana è andata a fare (era il 2 marzo) delle visite per un pre-ricovero per sottoporsi successivamente ad un intervento per un dito a scatto.

C'era molta gente nelle sale d'aspetto, eravamo all'inizio della conoscenza della diffusione del virus e non c'era allora alcun tipo di misura, non c'era il distanziamento, c'era la mancanza della prevenzione, oltre che di un minimo di organizzazione in tal

senso, visto che erano piani che dovevano essere già pronti e rinnovati costantemente perché il problema delle pandemie era già stata affrontata dall'OMS che aveva definito necessario per ciascun Paese preparare dei piani pandemici. In Italia questi piani sono stati fatti a mo' di fotocopia dal 2006 al 2017, nel senso che sono stati rinnovati "fotocopiando" i testi di anno in anno, lasciando perfino le date del primo testo originario, come rivelato dalla trasmissione Report su Rai3.

## L'INSORGENZA DELLA MALATTIA E I PRIMI EFFETTI, I PRIMI DISSERVIZI E DISORGANIZZAZIONE

In primo luogo partiamo dai sintomi da coronavirus (COVID-19) che abbiamo avuto. Di noi due, la prima a manifestare i sintomi della malattia è stata Ivana, tranne la polmonite, li abbiamo avuti tutti e in forma pesante: febbre oltre 38°-39°C, brividi di freddo, tosse secca, difficoltà a respirare e fiato corto, spossatezza (astenia), indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, mal di testa, nausea e vomito, alterazione del gusto e dell'olfatto...

Per Ivana la "partenza" è stata la febbre alta, preceduta da mal di gola e brividi, successivamente accompagnata da una tosse insistente che non le dava pace e non la lasciava dormire, né di giorno né di notte, seguita anche da svenimenti, nausea e vomito.

## CI SIAMO RIVOLTI IL 12 MARZO, AL NUMERO VERDE REGIONALE, MA...

Nel momento del bisogno in cui Ivana aveva cominciato ad avere i primi sintomi con febbre altissima, tosse, mal di gola, ecc. il primo problema è stato: chi avvisare? a chi rivolgersi? non avevamo dei punti certi, concreti per il da farsi, a cui rivolgerci e da cui ricevere risposte semplici e chia-

re, dei riferimenti precisi, perché l'unico riferimento preciso che ci era stato dato, da amici via Whatsapp, era un numero verde Corona virus/Regione Lombardia, ma è qui che avevamo riscontrato il primo intoppo. In pratica ci si era resi subito conto che non sarebbe servito a niente perché non era stato in grado di dirci altro che chiamare il nostro medico il giorno dopo e di rimanere a casa, perché chi rispondeva a quel numero non era personale sanitario. Era già sera tardi, un orario nel quale il medico di base solitamente non è rintracciabile non si fa rintracciare, per cui gioco forza si è dovuto aspettare sino al mattino successivo, con sentimenti di ansia e crescente incertezza, mentre gli effetti del coronavirus si appesantivano.

Per cui siamo partiti con il fai da te, con "l'arte di arrangiarsi" di fronte a un primo vuoto organizzativo.

La situazione che si presentava era nuova per entrambi. Se non avessimo avuto i nostri familiari che ci hanno dato una mano, dal cibo alle medicine e al chiamare loro le ambulanze, quando ne abbiamo avuto bisogno, ce la saremmo vista ancora più brutta.

Ad esempio il poter contare su qualcuno, nel momento in cui si è isolati, anche per le minime necessità diventa una cosa vitale e nella prima fase della pandemia, in questo senso, il vuoto organizzativo sul territorio è emerso in tutta la sua portata.

Anche la solidarietà e la buona volontà della vicina di casa ci ha procurato i primi medicinali recandosi in farmacia per noi.

### **CI SIAMO RIVOLTI AL MEDICO DI BASE IL 13 MARZO, MA...**

Il medico di base che, finalmente, verso le 8 del mattino aveva risposto per telefono, esordiva dicendo ad Ivana, che con febbre oltre i 39°C gli descriveva i sintomi, che poteva trattarsi di una semplice influenza e che quindi occorreva attendere almeno 3-4 giorni per vedere l'evoluzione, fondandosi sulle poche indicazioni generiche che i medici stessi avevano ricevuto in proposito.

Mentre Ivana chiedeva indicazioni più precise, dato che sentiva che non si trattava di un'influenza normale proprio perché c'erano dei sintomi molto potenti, il medico di base candidamente le diceva "io non so che dirle, continui a prendere la tachipirina per contenere la febbre", con l'inten-

sa di risentirla dopo qualche giorno.

Altro intoppo, quindi, il fatto che anche il medico di base non sapesse che fare, confessando tra l'altro "anch'io non ho indicazioni precise e procedure specifiche da seguire, anch'io ho difficoltà come medico a telefonare in ATS, non sappiamo bene se far ricoverare le persone e mi hanno fornito solo 8 mascherine per visitare tutti i pazienti".

Sia detto per inciso mascherine, disinfettanti e guanti in quei giorni erano già scomparsi da supermercati, parafarmacie e farmacie oppure rapidamente lievitati nei prezzi.

Per il peggioramento dei sintomi, richiamato ancora il Medico di base che ci informava di non aver ricevuto fino a quel momento ulteriori indicazioni dall'ATS.

Due giorni dopo, Carlo, che iniziava a sentire i primi brividi, si era misurato anche lui la febbre che cominciava a salire e il contagio faceva il suo corso. Carlo, nonostante i suoi tentativi di tutelarsi con una mascherina FFP2 e cercando di mantenere come possibile il distanziamento dormendo in altra stanza, non aveva comunque fatto mancare l'assistenza necessaria ad Ivana.

Intanto Carlo riceveva via WeChat, dalla Cina, alcuni suggerimenti da sua nuora cinese che nel frattempo aveva consultato alcuni suoi amici medici: "alla luce della situazione attuale, i medici hanno suggerito di assumere antipiretici adeguati e, allo stesso tempo, aumentare l'assunzione abituale di vitamine e proteine e se ci sono sintomi gravi, contatta immediatamente l'ospedale e non esitare a fare il test del virus il più presto possibile".

**Il 16 marzo** di fronte alla difficile situazione di entrambi, avevamo chiamato per l'ennesima volta il nostro medico che, telefonicamente, non sapeva ancora dirci altro che poteva essere o non essere il Coronavirus, dandoci come indicazione quella di proseguire con antipiretici, aggiungendo eventualmente degli integratori.

**Il 17 marzo** eravamo entrambi ancora nel saliscendi della febbre ma sempre più senza forze e senza appetito. In serata la febbre era risalita nonostante la tachipirina e avevamo chiamato il Numero di pubblica utilità 1500 - Covid-19 attivato dal

Ministero della salute a livello nazionale, ma anche questo dopo molta attesa non aveva saputo dirci altro che richiamare il proprio medico.

Intanto si presentavano altri sintomi, come tosse secca insistente che non dava pace e crescenti dolori agli arti.

### **QUINDI CHE SI FA ... DI FRONTE ALLA MANCANZA DI UN'ADEGUATA STRUTTURA DI MEDICINA TERRITORIALE E PERCHÉ MANCA?**

La febbre purtroppo continuava ad esserci, insomma c'era tutta una situazione molto, molto pesante, tra l'altro di astenia fortissima. La sensazione era proprio quella di sentirsi abbandonati, perché ci dicevamo "se il medico, il nostro medico, non ci sa dire proprio niente, se il numero verde ci dice che loro non possono fare niente, cosa possiamo fare se qui la situazione si aggrava"? Ad Ivana iniziava a mancare il respiro con una tosse che non permetteva neanche di parlare e ad un certo punto stavamo talmente male e senza forze da non riuscire assolutamente a reagire.

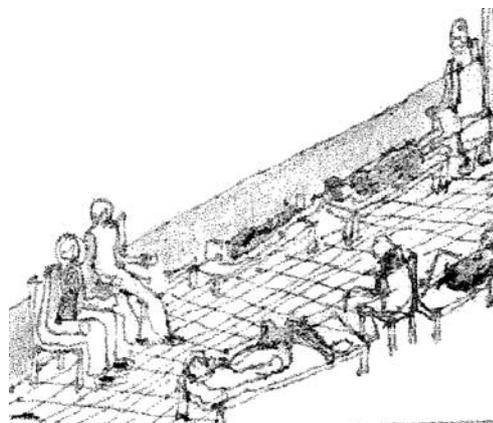
### **ABBIAMO CHIAMATO IL 112, MA...**

**Il 21 marzo:** di fronte all'ulteriore peggioramento dei sintomi e visto l'abbassamento dei valori della saturimetria, Ivana aveva richiamato il medico che però aveva detto che non sapeva se chiamare l'ambulanza o meno, non sapeva anche lui come fare e candidamente aveva asserito "dovrei chiamarla io ma non so se sia il caso ...". Ancora una volta sentivamo le difficoltà del medico, la sua insicurezza, quindi la mancanza del suo supporto e la nostra situazione diventava sempre più difficile. Alla fine, dopo 10 giorni dall'inizio dei sintomi e da questo tira e molla con il medico, ci avevano pensato i nostri figli a chiamare il 112 per far sì che Ivana si potesse recare al Pronto soccorso dell'Ospedale di Varese.

### **IN OSPEDALE...**

Ivana così aveva descritto la situazione che si era trovata davanti una volta giunta in ospedale: "Sono andata in ospedale ma... avevo paura di un peggioramento e paura di morire senza vedere più i miei familiari. Arrivata in Pronto soccorso, nonostante la grande disponibilità e umanità del personale ospedaliero, ho toccato con mano una realtà in preda al caos e condizionato anche dalla carenza di posti letto: molti

*pazienti gravi e meno gravi erano parcheggiati sulle barelle o addirittura sulle sedie nella astanteria del Pronto Soccorso. In ospedale c'era una situazione davvero drammatica, ho vissuto l'inferno perché io stessa ero su una barella strettissima, avevo paura anche di cadere. I medici e gli infermieri si prodigavano ma non avevano tregua. Io non riuscivo neanche a stare in piedi, non riuscivo neanche ad andare in bagno e avevo la febbre alta, non stavo in piedi e vedevo continuamente persone che entravano, che stavano malissimo, persone a cui addirittura avevano fatto la lastra seduti sulla sedia. Non c'erano più nemmeno le barelle, sembrava di essere in guerra in un ospedale da campo. Ero*



*impauritissima ... se peggiorassi? avevo la sensazione proprio che potessi morire".*

Ivana era stata poi sottoposta a tampone. I nostri figli da parte loro cercavano di seguire l'evolversi della situazione e in qualche modo di reperire informazioni dirette e il figlio di Ivana si era subito recato in Ospedale a Varese e tentava (invano) di parlare con il personale sanitario.

Dopo due giorni di ricovero, nonostante qualche segno sulla radiografia ma senza la diagnosi di polmonite, Ivana, eseguito il tampone, era stata fortunatamente dimessa dall'ospedale e solo dopo 4 giorni, riceveva l'esito di positività.

Intanto Carlo stava sempre più male con febbre, difficoltà respiratoria e mancanza di forze.

**Il 26 marzo:** Ivana si rivolgeva al medico di base che prescriveva così "in via precauzionale" l'ossigeno. Qui cominciava un nuovo problema: il reperimento della bombola, dove trovarla e come riuscire ad entrarne in possesso essendo comunque sempre in isolamento.

**Il 27 marzo:** Ivana piano piano migliorava, ma entrambi eravamo ancora molto deboli. Intanto in giornata continuava la “*battaglia*” per reperire nelle farmacie della zona una bombola di ossigeno.

### IN FARMACIA PER MASCHERINE E OSSIGENO MA...

Abbiamo dovuto far acquistare in Farmacia dai nostri familiari la bombola di ossigeno e le mascherine dopo prenotazione perché non immediatamente disponibili. Quindi altro punto debole: assenza totale della medicina territoriale pubblica per spianare la strada alla privatizzazione. Abbiamo dovuto per l'ossigeno rivolgerci alle farmacie presenti nei paesi limitrofi al nostro, che tra l'altro ne erano sprovviste e mancavano anche i miscelatori.

### ANCORA IL 112 MA...

Sapevamo che avremmo dovuto aspettare tanto, ma la respirazione di Carlo si aggravava e Ivana in serata aveva chiamato il 112 e risollecitato era arrivato alle 4 di mattina. Si era presentato un soccorritore del 112 che non aveva nemmeno mascherina, non aveva la tuta, aveva una specie di occhiali come quelli che si usano per saldare, un camice “*sigillato*” con un po' di scotch da pacchi e una specie di bandana calata sulla bocca per ripararsi da eventuali contagi. Dopo aver misurato l'ossigenazione del sangue a Carlo con il saturimetro (che avevamo noi in casa) e constatato che presentava un valore molto basso (84-85), gli aveva più volte chiesto se gli mancasse il respiro ricevendo risposta negativa da

Carlo (che in quel momento non se ne rendeva conto probabilmente per la cosiddetta “*ipossia silenziosa*”, che di recente è stata associata ad alcuni malati Covid19) visto che in tarda mattinata sarebbe giunto l'ossigeno già prescritto aveva concluso che forse il basso valore era dovuto ad un malfunzionamento del saturimetro e quindi si trattava di aspettare l'arrivo della bombola di ossigeno.

La giornata successiva trascorreva per Carlo prevalentemente con il riposo aiutato dall'ossigeno e iniziava anche per lui il miglioramento.

Mancavano anche questi minimi strumenti in una Lombardia che veniva considerata l'eccellenza della sanità: Gli operatori delle ambulanze non avevano i necessari dispositivi di protezione individuale e le farmacie non erano fornite di mascherine, non erano fornite di ossigeno e mancavano i miscelatori.

Proseguiva il trend positivo anche se la spossatezza che rendeva faticoso anche il minimo gesto come parlare o scrivere e l'alterazione del gusto sono rimasti per 15-20 giorni.

Dopo varie telefonate in ATS e verificando il caos totale nelle risposte degli operatori, dopo un mese e mezzo siamo riusciti finalmente a fare i due tamponi di controllo che sono risultati negativi.

La percezione successiva è stata quella di considerarci dei sopravvissuti solo grazie ai nostri anticorpi e dobbiamo ringraziare i nostri familiari e i nostri vicini che ci hanno aiutato a sopravvivere per quasi due mesi.



# Medici di Medicina Generale ai tempi del Covid 1 e 2

di Maurizio BARDI, Natelina BULKU, Monica SUTTI\*

Quasi tutti i commentatori sono concordi nell'attribuire alla inadeguatezza della medicina territoriale una grossa parte di responsabilità nella gestione che possiamo definire fallimentare, almeno nel numero dei decessi, della pandemia da parte del servizio sanitario.

Inadeguata nel mancato filtro degli accessi ai pronto soccorso e agli ospedali, lasciando questi ultimi a gestire una situazione insostenibile per numeri e gravità di patologie. Ma non solo in quello.

Anche recentemente molti canali informativi hanno sparato a zero contro i medici di medicina generale (da ora MMG): assenti, impreparati, super pagati, ecc. Non è la prima volta che vengono prese di mira intere categorie di lavoratori (pensiamo al pubblico impiego, agli insegnanti, ai magistrati e chi più ne ha più ne metta). Chi scrive non è interessato a difendere l'una o l'altra categoria e pensa che la responsabilità sia sempre individuale, per chi lavora sul campo e anche per chi, avendo responsabilità gestionali, non è in grado di adempiere ai propri compiti di programmazione e verifica.

L'esperienza e le difficoltà che raccontiamo sono le nostre, quelle di tre medici di medicina generale che lavorano insieme a Milano città, organizzati in una medicina di gruppo con personale amministrativo e infermieristico.

L'arrivo della pandemia ci ha colti impreparati. Per una decina abbondante di giorni, dopo il primo caso di Codogno, abbiamo continuato a ricevere gli assistiti come se non stesse succedendo nulla: studio strapieno, sala d'attesa gremita, via vai continuo di persone. Regione e ATS (Agenzia di Tutela della Salute, così si chiamano in

Lombardia) hanno tardato a darci indicazioni e a metterci sull'allerta e, per ancora un paio di settimane almeno, hanno tardato a fornirci, peraltro con quantità ridicole e con ritiro a nostro carico, dispositivi di protezione individuale. Non è stato un problema economico è che a quel punto era tutto introvabile. Ci siamo poi riorganizzati, abbiamo deciso di limitare al massimo le visite e i passaggi in studio e di lavorare senza i nostri collaboratori. Ci siamo di fatto trasformati in un call center attivo praticamente dall'alba al tramonto e anche oltre e con una reperibilità telefonica e di posta elettronica anche nei fine settimana per gli assistiti in condizioni cliniche precarie. In questa trasformazione abbiamo potuto contare sulla collaborazione della maggior parte dei nostri assistiti che ha ben compreso la situazione e ci ha cercato solo per vere necessità delle quali abbiamo continuato a farci carico nel modo migliore possibile. Siamo rimasti di fatto sempre contattabili dai nostri pazienti in maggiore sofferenza, valutando insieme lo stato di salute e l'evoluzione dei parametri clinici, abbiamo acquistato un certo numero di saturimetri, anche quelli per lungo tempo diventati introvabili, da prestare ai malati più compromessi. Abbiamo impostato terapie al domicilio facendo formazione sul web e scambiando pareri e commenti in varie chat con colleghi MMG e specialisti.

Il contesto regionale in cui tutto questo accadeva era disarmante. Poche comunicazioni, spesso con giorni di ritardo rispetto a quelle ministeriali, con quello che può significare in una situazione nuova e a rapida evoluzione, un call center regionale che rispondeva ai cittadini di non andare

*\*Medici di Medicina Generale, Milano.*

nei pronto soccorso ma di rivolgersi al proprio MMG, mai nessuna indicazione sulle terapie farmacologiche, nessuna possibilità di fare tamponi diagnostici se non al momento del ricovero ospedaliero, nessuna possibilità di accedere a strutture predisposte e dedicate nelle quali poter eseguire, in persone potenzialmente positive e contagiose, alcuni accertamenti necessari per l'ottimizzazione della terapia o stabilire la necessità di un ricovero. A dir la verità a giugno è stato approntato un servizio di questo tipo ma riservato agli assistiti dei medici facenti parte di alcune cooperative: un regalo a coloro che avevano tenuto in piedi la riforma lombarda della gestione della cronicità, una odiosa discriminazione verso tutti gli altri.

Con l'arrivo della seconda ondata poco è cambiato rispetto alla prima e non tutto in meglio. Siamo comunque noi a dover dare tutte le informazioni agli assistiti, disorientati da mille notizie spesso contrastanti tra loro, gestire le quarantene, inserire sul portale apposito di ATS le persone positive e i loro contatti stretti, prenotare, quando possibile, i tamponi, aprire e chiudere le malattie di quelli che non possono lavorare, fare le riammissioni degli alunni.

Questo perché durante l'estate la regione Lombardia non è stata in grado di assumere delle persone che potessero almeno fare il lavoro di indagine, tracciamento, inserimento e prenotazione tamponi.

A seconda delle diverse ondate di contagi ci sono voluti fino a sette giorni per poter eseguire un tampone nei casi sospetti e per lunghissimo tempo è stato impossibile avere il tampone di verifica di guarigione, quello che si fa dopo almeno dieci giorni dal primo, per poter riammettere le persone in società e nel mondo del lavoro. Questo ha costretto chi poteva pagare a rivolgersi al florido mercato speculativo privato e gli altri ad aspettare 21 giorni prima di poter tornare a una vita di relazione normale, ammesso che qualcosa di normale ci sia in questi tempi.

Non solo, il susseguirsi e il cumulo delle norme ha prodotto una palese incongruenza di trattamento tra cittadini e lavoratori come se fossero entità diverse. Per il cittadino è sufficiente che passino 21 giorni di

quarantena dopo un tampone positivo; anche in assenza di un nuovo tampone negativo, possono uscire dall'isolamento e muoversi ancorchè nell'ambito delle limitazioni previste. Per il per il rientro al lavoro del lavoratore/lavoratrice invece – per effetto delle previsioni non modificate degli Accordi tra le parti sociali – occorre necessariamente disporre di una certificazione di tampone negativo creando conflitti tra i lavoratori spesso ricattabili e indifesi di fronte ai datori di lavoro e i medici che non hanno motivo per prolungare la malattia/infortunio e facendolo dichiarerebbero il falso pagandone le conseguenze.

Anche dal punto di vista della gestione clinica nulla è cambiato. Non esistono ancora linee guida ufficiali, mentre sui media impazzano indicazioni su quali farmaci usare e quali no, creando confusione e insicurezza nelle persone.

Con le istituzioni ogni tanto si apre qualche fronte.

Ad agosto e settembre siamo stati sollecitati ad eseguire i test sierologici al personale scolastico. Nessuno apparentemente si è posto il problema dell'efficacia di tale indagine, quando già era abbastanza noto che i test sierologici rapidi avessero una loro validità solo per indagini a scopo epidemiologico. A posteriori l'unica regione di cui abbiamo potuto leggere i dati completi è stato il Veneto: oltre mille esami sierologici positivi, al controllo con tampone solo tre di questi hanno avuto un tampone positivo. Nessuno, neanche dopo, sembra aver avviato una riflessione sui risultati e sull'utilità di investire denaro, tempo e risorse in una simile campagna.

Più recentemente il dibattito si è impennato sull'esecuzione dei tamponi rapidi antigenici negli studi dei MMG e sulle visite a domicilio. Con le dovute eccezioni. Il discorso viene spesso impostato sui media e anche purtroppo a livello sindacale, sulla monetizzazione riconosciuta per lo svolgimento di queste mansioni.

Se una persona sfoglia un qualsiasi manuale di pronto soccorso nelle prime pagine trova un concetto chiarissimo: quando si presta un primo soccorso a qualcuno la prima cosa che bisogna fare è valutare la sicurezza della scena. Se è sicura si inter-

viene, altrimenti si aspetta che venga messa in sicurezza da chi preposto. Il numero di morti tra il personale sanitario e in particolare tra i MMG da infezione COVID ci dice che la sicurezza non può essere affidata solo a una precauzione personale ma deve basarsi su una organizzazione del lavoro. Ammesso anche che abbiate tutti i dispositivi di sicurezza necessari provate a vestirvi e svestirvi in sicurezza su un pianerottolo di un palazzo da soli senza contaminare nulla.

Per quanto riguarda i tamponi bisogna inoltre considerare che la stragrande maggioranza degli studi dei MMG è collocata in condomini. Un conto è far venire in studio persone asintomatiche che sono contatti stretti di casi positivi e devono certificare nel modo più rapido possibile la loro non contagiosità per poter tornare ad uscire, lavorare ecc. Altra questione è pensare di accogliere in totale sicurezza nostra e condominiale persone con sintomi da probabile infezione COVID. A proposito di sicurezza, vogliamo ricordare che ai colleghi MMG caduti malati o deceduti non è stato riconosciuta la malattia professionale perché non sono dipendenti ma liberi professionisti convenzionati col SSN, con le evidenti conseguenze anche economiche per i congiunti. Ancora oggi la cosa che ci pare più grave è che tra il nostro intervento, quasi sempre basato su un contatto telefonico, pur stretto, e la corsa ad un pronto soccorso non si siano volute creare delle strutture intermedie: degli ambulatori dedicati ai soggetti con sintomi riferibili a COVID nelle quali poter fare alcuni esami di base (una radiografia o ecografia del torace, un prelievo di sangue, un tampone) che consentano di organizzare una terapia e/o una sorveglianza al domicilio o impostare un ricovero laddove necessario. Così

come per i tamponi, l'inefficienza del servizio pubblico, voluta o meno che sia, spalanca praterie alla speculazione privata: l'ospedale San Raffaele di Milano offre visita a domicilio con le prestazioni di cui si è detto al prezzo di 450 euro.

Regione Lombardia sta invece investendo in telemedicina, finanziando società di servizi preposti alla gestione e trasmissione telematica a noi dei dati che i nostri pazienti malati già ci forniscono quotidianamente, per telefono o mail, senza bisogno di intermediari. E' questa la medicina del futuro ?

Altra impasse drammatica è quella sui vaccini antinfluenzali: noi come negli anni passati abbiamo dato la disponibilità ad eseguire la vaccinazione ai nostri assistiti, chiaramente in condizioni organizzative più difficili dovendo tutelare la salute di tutti e quindi evitando assembramenti in sala d'attesa e dilatando nel tempo gli appuntamenti. ATS ci ha fornito per il momento poco più della metà dei vaccini richiesti, non sappiamo a tutt'oggi se ne arriveranno altri, quali, quanti e quando. Tutto ciò non ci consente di organizzare come sarebbe necessario la campagna vaccinale, crea conflitti con gli assistiti ed è di ostacolo ad una organizzazione serena e funzionale di tutto il lavoro.

Nel frattempo non sono sparite le altre patologie né i bisogni delle persone alle prese anche con un'ansia dilagante.

Le cose che abbiamo provato a descrivere, l'incertezza delle procedure, la scarsa organizzazione in cui ci troviamo a operare insieme alla ancora non ottimale comprensione della malattia si traducono nel quotidiano in giornate di lavoro interminabili, piene di stress e ansie, le stesse che devono sopportare amplificate per mille i malati che affidano a noi la loro salute.



# La sanità ai tempi del Coronavirus

di Paola SABATINI\* e Gina DE ANGELI\*\*

L'emergenza Covid 19 ha messo in luce le conseguenze di anni di politiche di austerità che hanno portato in tutti i paesi europei ai tagli alla spesa pubblica. Anche in Italia le drastiche misure di contenimento della spesa pubblica sostenute da tutti i governi che si sono succeduti negli anni, hanno portato all'introduzione del pareggio di bilancio nella Costituzione nel maggio 2012, gravando su pensioni, previdenza, istruzione e sanità.

Così mentre il fondo sanitario ha perso 35 miliardi, mentre si sono persi 70.000 posti letto, depotenziati i Pronto Soccorso, eliminati strutture e poli sanitari, sacrificata la medicina di base e le attività di prevenzione e igiene pubblica, si è enfatizzato il consumo di prestazioni individuali pagate dalle assicurazioni che con il meccanismo dell'assistenza sanitaria integrativa introdotta nei contratti di lavoro, offrono coperture differenziate ai vari settori lavorativi. Un meccanismo che ha sottratto risorse calcolate in 3 miliardi all'anno che potevano essere aggiunti al fondo sanitario, se fossero stati recuperati dalla defiscalizzazione di cui godono le imprese per l'utilizzo del welfare aziendale e contrattuale.

Il disinvestimento maggiore e la massima penalizzazione è stata portata avanti nel mondo del lavoro: in quindici anni sono state perse circa 50.000 unità, sostituite solo in piccola parte a seguito del blocco delle assunzioni; esiste una situazione di forte disagio lavorativo visto il progressivo invecchiamento del personale, conseguente all'aumento dell'età pensionabile, nonostante le caratteristiche usuranti e gravose del lavoro in sanità. Per tappare i "buchi" nei servizi si è fatto libero ricorso al precariato, con le agenzie interinali, le partite IVA, il

lavoro atipico.

Il lavoro dei dipendenti pubblici, con il passaggio alle Aziende sanitarie, dopo la riforma "De Lorenzo" del 1992, ha incorporato i principi delle aziende private: flessibilità, turni impossibili, riposi saltati, ore e ore di straordinari... condizioni che inevitabilmente si sono ripercosse sulla possibilità di lavorare in sicurezza. A fronte del rischio "errore" creato da tali condizioni di lavoro non si è trovato di meglio che introdurre l'assicurazione obbligatoria con la legge Gelli sulla responsabilità professionale sanitaria nel 2017.

Con l'aziendalizzazione si è sviluppato inoltre, un eccesso di burocratizzazione, che ha modificato i tempi del lavoro degli operatori sanitari, sempre più stretti e legati alle procedure aziendali e sottoposti ad una gerarchia fatta di posizioni organizzative (capi e capetti) tese a farle rispettare. La fidelizzazione all'Azienda è passata dall'acquisire il consenso dei lavoratori e delle lavoratrici attraverso meccanismi premiali legati al raggiungimento degli obiettivi di budget aziendali e all'utilizzo delle "pagelline" introdotte da Brunetta, che legano aumenti contrattuali a sistemi di valutazione effettuati dai dirigenti, tesi a misurare i livelli di "collaborazione" e "obbedienza" in un sistema gerarchico sempre più complesso.

Meccanismi utilizzati anche nel periodo dell'emergenza Covid 19: di fronte al disagio e al rischio quotidiano a cui i lavoratori, soprattutto nelle prime fasi sono stati esposti (tanto che la stessa INAIL già da aprile 2020 ha riconosciuto l'infortunio da Covid 19 per i lavoratori della sanità), si è cercato di "comprare" i lavoratori con il premio per il disagio o meglio con un incentivo per il rischio, che tendeva a pagare il disagio che i lavora-

\*CUB Sanità.

\*\*Il Sindacato è un'altra cosa - opposizione CGIL.

tori avevano dovuto affrontare. Un incentivo limitato ai mesi di aprile e maggio stabilito con delibere regionali diverse da regione a regione e in accordo con i sindacati confederali, che ha creato ulteriori divisioni fra i lavoratori, perché ha assegnato cifre diverse in base alla professione e a livelli di rischio, e che ha suscitato notevole scontento in alcuni gruppi di lavoratori (es. il 118 a cui non era riconosciuto un rischio alto e di conseguenza un premio più alto). Un incentivo legato alla presenza, che ha ulteriormente punito chi si è ammalato di Covid 19 e per questo è stato assente dal lavoro. Un *"dividi et impera"* perseguito negli anni anche attraverso i meccanismi incentivanti e che ha portato alla nascita e allo sviluppo nel settore della sanità dei sindacati corporativi e di categoria professionale. Non solo, ma anche quest'ultimo incentivo, differenziato su base regionale e per categorie professionali è stato rivolto soltanto ai lavoratori del servizio pubblico, e ha così esacerbato durante la prima fase dell'emergenza, le differenze fra lavoratori che, a parità di qualifica, lavorano nel servizio pubblico o in quello privato o appaltato.

Per quelle lavoratrici e lavoratori che non hanno voluto abbassare la testa e hanno denunciato le carenze di personale, di sicurezza, la mancanza di DPI, sono scattati i provvedimenti disciplinari legati all'obbligo di fedeltà aziendale, frutto della vergognosa normativa contrattuale inserita nei contratti di lavoro pubblici e prevista dal Codice Civile, anche nei privati, che permette di licenziare per violazione dell'obbligo di fedeltà aziendale. Un obbligo che tende a cancellare ogni possibile forma di critica nei confronti del datore di lavoro e che richiede che i lavoratori aderiscano prima ideologicamente poi praticamente, alle politiche sanitarie aziendali. Una censura intollerabile, che ha fatto sì che siano stati adottati provvedimenti punitivi nei confronti di molti lavoratori, fino al licenziamento proprio durante l'emergenza.

Per anni si è perseguita la politica della progressiva esternalizzazione dei servizi, prima quelli non sanitari, come mense, manutenzioni e pulizie, poi sempre di più i servizi sanitari, da quelli territoriali e domiciliari a quelli di salute mentale, le dipendenze, i

disabili, fino a delegare quasi completamente la cura degli anziani alle RSA, con i risultati drammatici che sono sotto gli occhi di tutti, nella prima fase della pandemia e ancora di più nella seconda.

Questa progressiva esternalizzazione dei servizi ha creato nel settore sanitario e socio sanitario, una fetta enorme di lavoratori che rischiano il posto di lavoro ad ogni cambio di appalto o di convenzione, che sono pagati circa il 30 per cento in meno dei lavoratori del pubblico, che sono inquadrati in una decina di contratti diversi (cooperative sociali, Anaste, Uneba, Agidae, Aiop, ...) e con



da "Lo scalpellino",  
tratto dai "Vangeli",  
di Ebbone  
816-823 ca.  
Miniatura.  
Epernay,  
Biblioteca  
Municipale.

diritti e tutele normative inferiori ai propri colleghi del settore pubblico. Un settore dove vengono impiegati anche tanti operatori stranieri, che magari non possono partecipare ai concorsi pubblici perché privi di cittadinanza, estremamente ricattabili perché con l'eventuale perdita di lavoro rischiano anche la perdita del permesso di soggiorno. Nei primi periodi della pandemia questo settore è stato esposto ad un rischio enorme: se le procedure a tutela della salute e le forniture di DPI sono state confuse e lente nel settore pubblico, lo sono state ancora di più nel settore esternalizzato dove è mancata completamente la formazione del personale e le tipologie di DPI forniti sono state le più disparate. I decreti governativi come ad esempio il decreto Cura Italia hanno legittimato l'uso di dispositivi medici come fino a quel momento erano considerate le mascherine chirurgiche, rendendole per legge DPI (art. 16 D.L. 18/2020) e hanno reso legittima – al di fuori dei luoghi di lavoro – anche la fornitura di tipologie di mascherine autopro-

dotte e non testate. Nel settore socio-assistenziale-sanitario e in particolare nelle RSA, da oltre 15 anni è stata introdotta la logica dei “*minutaggi*” cioè il calcolo di quanti minuti di assistenza, di cura, di intervento fisioterapico e educativo spettano ad ogni persona: una metodologia di “*controllo dei tempi*” ripresa dal lavoro in fabbrica e regolata da leggi regionali che rendono sempre più diversificato, da regione a regione, un adeguato e necessario piano assistenziale.

E’ in base a questa logica perversa, in molte strutture soprattutto nelle RSA, diversi datori di lavoro hanno fatto ricorso alla cassa integrazione per i lavoratori del settore. A seguito delle numerose morti si sono “*liberati*” un gran numero di posti nella prima fase della pandemia, che sono stati occupati con estrema lentezza anche perché le procedure di ingresso si sono rese più complesse, e i familiari sono stati meno propensi a lasciare i propri cari nelle Rsa. Il personale nelle RSA è stato ridimensionato, i contratti a tempo determinato non rinnovati e così all’esordio della seconda fase della pandemia, le RSA si sono trovate sguarnite di personale, a fronte di lavoratori e ospiti che in gran numero si sono contagiati. Questo è il meccanismo perverso dell’esternalizzazione: le Regioni non vogliono pagare “*il vuoto con il pieno*” o “*pagare il prosciutto che non mangiano*” secondo le parole di qualche anno fa di un assessore alla sanità regionale, una presa di posizione funzionale alle cooperative o alle aziende per non pagare soldi di tasca propria: così i parametri restano gli stessi, il personale continua a svolgere il proprio lavoro in condizioni logoranti e usuranti, la qualità dell’assistenza continua ad essere carente e al riacutizzarsi dell’emergenza tutto il sistema va in crisi.

Un’altissima percentuale delle lavoratrici e lavoratori dei servizi sociosanitari pubblici e privati, delle RSA, dell’assistenza domiciliare, delle comunità hanno gravi problemi di salute, dai danni muscolo scheletrici alle problematiche da stress lavoro correlato e il Covid 19 ha aggiunto un fattore di rischio aggiuntivo, che ha fatto sì che molte vertenze sindacali in questo periodo siano state tese anche all’introduzione nel DVR di questo fattore di rischio finora non contemplato. Gravi carenze ci sono state anche nella sorveglianza sanitaria e nella formazione degli

operatori relativa alla sicurezza e alla tutela della salute. La mancanza di tamponi e di tracciamenti degli operatori sanitari ha contribuito in modo importante all’espandersi del contagio fra operatori e fra pazienti.

La lezione del Coronavirus fa sì che si parli di risorse aggiuntive importanti da destinare al settore sanitario, ma solo una forte mobilitazione potrà far sì che tali risorse vadano utilizzate dove servono, visto che scateranno gli appetiti della sanità privata, che non spreca occasione per attingere ai soldi pubblici.

La sanità privata, rimasta in disparte nelle prime fasi della pandemia, si è rimessa in gioco non appena ha visto possibilità di lucro anche a seguito del decreto Cura Italia e del decreto Rilancio, che hanno previsto contratti in deroga da quanto stabilito dalla Legge di bilancio 2020 per l’acquisto di prestazioni dai privati accreditati e qualora non sufficienti, anche con privati non accreditati, in base alla Legge 502 De Lorenzo.

Se una lezione dobbiamo trarre dall’emergenza Coronavirus è il ruolo indispensabile di un Servizio Sanitario Pubblico inteso come capacità di risposta sanitaria da un punto di vista della cura e dell’assistenza.

Diventa inderogabile quindi, rimettere al centro il servizio pubblico. Dobbiamo lottare per il potenziamento degli organici attraverso contratti a tempo indeterminato, contrastando scelte come il decreto Rilancio, che tendono a reintrodurre forme di lavoro autonomo e il ricorso ai “*co.co.co*” in deroga alle attuali normative, per la copertura dei posti di infermieri previsti dallo stesso decreto per il territorio (8 infermieri ogni 50000 abitanti).

Nel contempo dobbiamo rivendicare la progressiva re-internalizzazione dei servizi con garanzie e tutele per gli attuali lavoratori dei servizi esternalizzati. E’ indispensabile un contratto unico del settore sanitario pubblico privato e degli appalti, che ponga fine alla giungla dei contratti del settore e dobbiamo combattere contro ogni forma di autonomia differenziata che porterebbe addirittura ad una possibile ulteriore differenziazione dei salari dei lavoratori anche su base regionale. E’ inoltre indispensabile porre al centro la riduzione dell’orario di lavoro di tutti i lavoratori del settore, affinché possano lavorare in condizioni “*umane*” e investimenti per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e degli utenti.

# Una nuova medicina territoriale per un approccio olistico della salute

A cura del Gruppo di lavoro sulla Medicina di territorio e sulla Casa della Salute del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32)

## 1. COSA HA SVELATO LA PANDEMIA E COSA CI HA INSEGNATO

Ora, passate le prime fasi di questa pandemia si dichiara spesso che il nostro sistema sanitario ha retto. Sappiamo anche come: rivoluzionando gli ospedali; raddoppiando in tempo record il numero delle terapie intensive; richiedendo al personale sanitario una dedizione e uno sforzo eccezionale, che non si potrà più richiedere; facendo appello a del personale sostitutivo e nelle zone più colpite trasformando l'intero ospedale in reparti covid. Questi provvedimenti hanno comunque avuto l'effetto di bloccare la normale attività di visite e interventi programmati nel tempo. Questo per parlare degli ospedali. In prima linea si sono anche trovati i MMG (Medici di Medicina Generale) i quali, senza adeguate informazioni e dispositivi di protezione, hanno pagato un duro prezzo perché molti sono deceduti e molti altri si sono ammalati. E' sulla scorta di queste considerazioni che viene invocata l'assoluta necessità di rivedere tutto il modello e gli strumenti con i quali si affronta una pandemia a partire dalle cure territoriali. E' stata sottolineata l'inerzia con la quale le ASL o le ATS hanno reagito, la mancanza di linee guida, la mancanza di tamponi e reagenti, la mancanza di relazione con la popolazione che richiedeva provvedimenti. Bene.

Prendiamo allora sul serio questa lezione per dare nuovo impulso alla medicina di territorio e rivalutiamo il distretto socio-sanitario.

## 2. RIDARE IMPORTANZA AL DISTRETTO SOCIO-SANTARIO: DIMENSIONE, DIREZIONE, AUTONOMIA NELLA

## PROGETTAZIONE, AUTONOMIA FINANZIARIA.

Le ragioni del distretto hanno le loro radici in una certa cultura della salute e in una impostazione dei rapporti fra servizi e operatori della salute e cittadini utenti ad essa coerente. La salute dei singoli, delle famiglie, delle collettività, risulta dal comporsi di molte dimensioni della persona: somatiche, psichiche, relazionali, sociali, ambientali. Il territorio è il livello dove queste dimensioni possono essere lette e possono essere riconosciute come risorse oltre che come problemi, e dove i servizi possono offrire un sostegno coordinato e integrato ai gruppi sociali per aiutarli a stare meglio prevenendo, curando, riparando minacce e danni alla salute.

Il distretto rappresenta una proposta organizzativa e operativa che potrebbe affrontare meglio una serie di limiti, disfunzioni, e carenze del sistema socio-sanitario e in particolare la non considerazione unitaria e complessiva dei problemi dell'utente; la conseguente frammentazione degli interventi la cui ricomposizione ricade sulle spalle dello stesso assistito; la mancanza di un accesso unitario al servizio con disorientamento della popolazione; la mancanza di rapporto personale fra operatori socio-sanitari e popolazione del territorio e, di conseguenza, di un effettivo coinvolgimento partecipativo; l'accentuazione del taglio curativo e riparativo rispetto a quello preventivo ed educativo, che richiede globalità e coinvolgimento.

La dimensione del distretto è limitata ad un numero di abitanti relativamente piccolo, circa 50.000, pur considerando la morfologia territoriale e la contiguità fra

comuni. La sua direzione è contraddistinta da un metodo collaborativo e non gerarchico, fondata sui dati epidemiologici e demografici per elaborare lo stato di salute della popolazione mediante apposite relazioni sullo stato di salute della popolazione. Deve sostenere, inoltre, la progettualità di tutti i servizi presenti e favorire la collaborazione fra tutti i servizi interessati. Deve avere un proprio organico di personale e un budget definito.

Nel distretto sono presenti gli operatori della prevenzione nelle loro diverse espressioni: prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, medicina veterinaria, igiene ambientale. Va considerata ora, l'attività igienistica relativamente al COVID19 (contenimento dei focolai di infezioni, dotazioni di dispositivi di sicurezza, identificazione dei positivi, attivazione eventuale delle USCA).

Mettiamo anche in rilievo le principali differenze di ruolo tra il sistema ospedaliero e i servizi territoriali. (V. Tabella 1)

### 3. LA CASA DELLA SALUTE

Il distretto trova nella Casa della Salute il suo centro di riferimento: è il luogo dove si incontrano domande e risposte, dove si promuove la salute, dove i cittadini partecipano, dove si integrano professioni, servizi e attività, dove si realizza il lavoro di gruppo. La Casa della Salute è un'entità materiale, accogliente e viva, corrispondente ad una struttura. Collocata in area baricentrica rispetto alla popolazione del

territorio. Priva di barriere architettoniche, idonea a soddisfare le esigenze spaziali delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Dotata delle attrezzature e strumentazioni tecnologiche adeguate anche per l'attività amministrativa e di informatizzazione. Capace di produrre una buona immagine di sé nel contesto della popolazione, stimolando la fruizione dei servizi, soprattutto di prevenzione. Nella Casa della Salute è attivato lo sportello unico per tutte le attività sanitarie e sociali ed è realizzata la presa in carico del paziente con la definizione del percorso di cura individualizzato superando la frammentarietà negli interventi.

La Casa della Salute è il luogo della partecipazione dove i cittadini organizzati discutono con gli operatori del piano che si deve fare - sociale e sanitario - per mantenere e migliorare la condizione di salute della popolazione. Dove, al tempo stesso si verifica il funzionamento delle strutture e dei servizi, dove si possono fare proposte di fronte alla rilevazione di nuove domande, o di individuazione di pratiche inutili e dannose.

La Casa della Salute corrisponde poi pienamente alla realizzazione delle cure primarie. Medici di medicina generale e infermieri di famiglia vi abitano a tempo pieno, pur considerando che non possono esserci "tutti" i medici di medicina generale a causa di condizioni particolari di territorio e di distanze. Se non possono essere tutti presenti sono peraltro tutti collegati.

**Tabella 1.**

<b>Sistema Ospedaliero</b>	<b>Servizi territoriali</b>
Intensità assistenziale	Estensività assistenziale
Orientato alla produzione di prestazioni. Tende ad essere ultraspecialistico e adottare un approccio riduzionistico, all'organo e al sintomo	Orientato alla gestione di percorsi assistenziali, adotta un lavoro di equipe multidisciplinare e multi-professionale comprese le figure dell'ambito sociale
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 alla qualità

Cure primarie significano cure domiciliari, non solo quelle che normalmente e istituzionalmente svolgono i medici di base, ma anche quelle che tendono il più possibile a mantenere al suo domicilio la persona cronica non autosufficiente mantenendo il livello delle autonomie funzionali del paziente ancora presenti e potenziando le attività di riabilitazione (motorie, respiratorie, cardiologiche), che richiede l'intervento dello specialista e di cure che possono essere configurate come cure ospedaliere (nella misura in cui sono possibili).

Pertanto, a questo proposito la Casa della Salute deve avere una relazione con l'ospedale, il quale interviene, tramite i suoi specialisti a domicilio, ma nel quale i medici di base mantengono il contatto con i curanti quando viene ricoverato un loro paziente. Il rapporto con l'ospedale significa il superamento, ovvero l'impossibilità di dimettere pazienti cronici in modo selvaggio, senza avere stabilito il percorso personale (la presa in carico).

In relazione con la Casa della Salute vi sono gli altri servizi territoriali come il Consultorio, i servizi di Salute mentale e delle dipendenze, l'assistenza alle persone anziane. L'operatività di questi servizi è anche extramuraria – appunto sul territorio – e non unicamente riservata ai singoli, ma con un'attività di gruppo pensando soprattutto alla dimensione preventiva.

#### **4. LA MEDICINA GENERALE.**

E' stata definita la collocazione dei MMG all'interno delle Case della Salute, con le possibilità concrete di operare all'interno delle stesse. Pensiamo che il loro lavoro come gruppo all'interno possa dare un impulso per il rinnovamento di tutta la medicina generale.

Pensiamo anche che vadano sostenute le iniziative dei medici che si associano per gestire l'attività dello studio aumentando così le ore di apertura, una segreteria efficiente e beneficiando anche della collaborazione di un infermiere/a, del riabilitatore. E' necessario anche che vada ridotto il numero dei pazienti in carico (rivisto in riduzione il massimale dei 1.500 attuale).

I MMG sono oberati di compiti ammini-

strativi e burocratici che tolgono tempo e spazio alla cura dei pazienti (certificazioni di vario genere). L'uso delle tecnologie può ridurre ampiamente queste incombenze e tocca alla direzione amministrativa delle ASL predisporre gli atti necessari. Lo stesso discorso vale per la semplificazione delle ricette per i farmaci abituali delle terapie croniche.

Un ultimo punto riguarda la formazione dei MMG. Il percorso post laurea previsto non trova una sua applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale.

Aggiungiamo anche che lo status di borsista del medico in formazione esclude adeguati riconoscimenti economici rendendo questa specializzazione meno attraente. Successivamente, anche i medici hanno sempre bisogno di opportunità formative che non possono essere lasciate all'iniziativa delle case farmaceutiche. Proposte fatte dal distretto dove questi medici svolgono la loro attività assumono una positività e un impatto sicuramente benefico.

#### **IPOTESI DI LAVORO PER ULTERIORI ONDATE EPIDEMICA DI COVID**

Nessuno sa se e quando potrà ripartire una nuova ondata di emergenza epidemica; l'esperienza maturata, nel bene e nel male, in questi difficili mesi, deve servire per ipotizzare un piano di lavoro che veda il coinvolgimento e la collaborazione dei diversi attori sociosanitari.

La persona con sintomi riferibili a infezione da COVID deve rivolgersi al proprio MMG.

Il MMG, se conferma il sospetto, segnala sul portale di ASL/ATS il paziente indicando sintomi, data inizio sintomatologia, principali patologie croniche (con particolare riguardo a quelle respiratorie, cardio-circolatorie e metaboliche), terapie farmacologiche abituali e reperibilità telefonica e lo mette in quarantena, laddove possibile al proprio domicilio, altrimenti in strutture appositamente dedicate ("*alberghi Covid*" ?) ed emette i certificati di malattia/infortunio se necessari.

La Centrale operativa, attraverso operatori dedicati e tenendo conto delle indicazioni del Servizio epidemiologico pubblico e dei

Servizi sociali del Comune, chiama il paziente e raccoglie tutte le informazioni utili del caso, e invita l'assistito a fare un tampone diagnostico entro 48 ore (o predispone tampone a domicilio laddove necessario).

Il controllo delle condizioni cliniche avviene da parte del MMG principalmente attraverso il contatto telefonico.

Laddove le condizioni cliniche lo richiedano questo va integrato con la misurazione al domicilio della saturazione di ossigeno (ASL/ATS deve fornire MMG di un numero sufficiente di dispositivi di misurazione di cui MMG gestirà la distribuzione al domicilio, attraverso rete amicale parentale dell'assistito o, qualora questa modalità non sia possibile, attraverso apposito servizio messo a disposizione da ASL) e il controllo dei valori, tenendo un contatto privilegiato telefonico con il paziente.

Qualora le condizioni cliniche lo richiedano, per intensità o durata, devono essere predisposti dei servizi territoriali dedicati ai quali poter accedere in tempi rapidi per l'espletamento di alcuni esami di base se necessari (RX o Ecografia torace, ECG, analisi di laboratorio ecc) o l'attivazione delle USCA per una visita al domicilio se il paziente non è trasportabile.

Nel caso le condizioni cliniche destino preoccupazione i pazienti devono essere avviati verso strutture ospedaliere dotate di canali appositamente dedicati a infezioni COVID.

#### **CHI FA COSA**

Paziente

MMG e Infermieri di studio e/o di comunità

Centrale operativa

Presidi territoriali dedicati

USCA

Comuni

Ministero e ASL/ATS

Il paziente, ai primi sintomi sospetti compatibili con infezione da COVID, si mette in isolamento sociale e, se possibile, familiare; prende contatto con il proprio MMG, attenendosi alle disposizioni che riceverà per contenere l'eventuale diffusione del

contagio concordando con il MMG i successivi passi diagnostici e terapeutici.

Il paziente si interfaccia con MMG, centrale operativa e servizi sociali, se necessario. Il MMG continua a svolgere i propri compiti nei confronti degli assistiti, limitando il più possibile gli accessi allo studio e visitando, laddove necessario, sempre comunque dotato di appositi DPI e tenendo orari dedicati per gli assistiti con sintomi sospetti. Quando riceve comunicazione di possibili sintomi riferibili a infezione di COVID da parte di un proprio assistito o ne ha percezione durante il consulto:

- segnala il caso sul portale della Centrale Operativa indicando: reperibilità telefonica e di posta elettronica (previo consenso orale), data di inizio della sintomatologia e sintomi accusati, principali malattie croniche, con particolare riguardo a quelle respiratorie, cardiocircolatorie e metaboliche, terapie abituali farmacologiche e non.
- Segnala anche l'eventuale disagio psicologico e la necessità di un supporto in tal senso.
- Stabilisce con l'assistito una modalità privilegiata di comunicazione (telefonica o per posta elettronica) che ne consenta la valutazione dell'andamento clinico e soggettivo avvalendosi della collaborazione del personale infermieristico.
- Imposta le eventuali terapie farmacologiche, tenuto conto delle migliori evidenze disponibili e delle indicazioni ministeriali.
- Gestisce se possibile la distribuzione e, sempre, il monitoraggio della saturazione periferica di ossigeno quale segnale di gravità e modifica del quadro clinico.
- Dotato di adeguati DPI si rende (eventualmente) disponibile a visitarlo in studio.
- Segnala alla Centrale Operativa la necessità di invio a strutture di secondo livello per accertamenti ritenuti necessari, o per attivare le USCA, se l'assistito è intrasportabile, o per richiedere un ricovero qualora le condizioni cliniche lo rendano necessario.
- Predisporre gli eventuali certificati di malattia.
- Si fa naturalmente nuovamente carico dell'assistito una volta tornato al domicilio

dopo un eventuale ricovero.

Il MMG si interfaccia ovviamente con l'assistito e con la centrale operativa, rimane comunque a disposizione del servizio epidemiologico e dei servizi comunali per eventuali richieste o chiarimenti.

Tiene le relazioni del caso con i colleghi e il personale ospedaliero, dei presidi territoriali, delle USCA.

La *Centrale Operativa* è il punto di coordinamento e di riferimento per tutti gli operatori socio sanitari. La dimensione della popolazione seguita va definita anche tenendo conto del numero dei contagi e della rapidità della loro diffusione.

Gli operatori della Centrale Operativa devono tenere i contatti con tutti gli attori ed essere il centro di coordinamento di ogni attività.

Ricevuta la segnalazione di caso sospetto dai MMG, l'operatore si metterà rapidamente in contatto telefonico con l'assistito, raccogliendo tutte le informazioni cliniche, sociali e epidemiologiche necessarie per una gestione efficace del caso. Tale raccolta di informazioni verrà eseguita tenendo conto delle indicazioni predisposte, tramite apposite schede, sia dal servizio epidemiologico di ASL/ATS sia dei servizi comunali.

La Centrale operativa deve:

- Segnalare il caso al Servizio Epidemiologico e ai Servizi Comunali, fornendo al più presto tutti i dati necessari per la corretta gestione dello stesso.

- Predisporre gli appuntamenti per l'effettuazione dei tamponi, che deve essere fatta massimo entro 48 ore dalla segnalazione del MMG, e comunicarne l'esito a pazienti e MMG.

Raccogliere le indicazioni di MMG circa eventuale necessità di coinvolgimento dei presidi territoriali dedicati, delle USCA, degli ospedali e predisporre gli accessi necessari con tempestività e in sicurezza.

Predisporre i locali e le necessarie attrezzature per i presidi territoriali dedicati e selezionare e allertare il personale per questi e per le USCA, tenendo conto dell'andamento epidemiologico e quindi della variabilità anche repentina dei fabbisogni. Tenere i rapporti con gli ospedali per con-

sentire in tempi stretti il ricovero dei pazienti quando necessario.

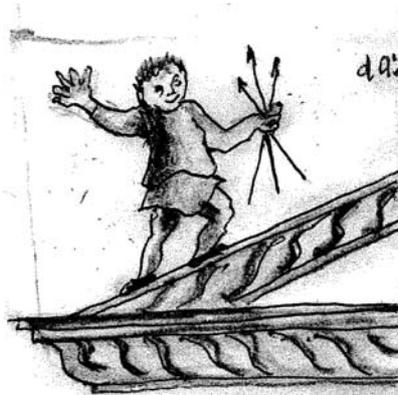
#### **Presidi territoriali dedicati e USCA**

D'intesa con MMG fanno le valutazioni cliniche del caso e ne danno riscontro al paziente e al MMG impostando e programmando il proseguimento della presa in carico nei tempi e nei modi.

#### **ASL/ATS**

Sono responsabili del buon funzionamento dell'assistenza territoriale.

Procurano i DPI necessari per tutti gli ope-



da: Il cacciatore, dettaglio  
Treato dai "Vangeli"  
di Ebboue,  
816-832 ca.  
Miniatura - Epernay,  
Bibliothèque  
Municipale.

ratori del territorio e ne curano la distribuzione, ugualmente procurano un numero congruo alla situazione epidemiologica di misuratori della saturazione periferica di ossigeno da fornire a MMG.

Recepiscono le indicazioni e le circolari ministeriali e regionali e ne danno immediata comunicazione a tutti gli operatori sociosanitari.

Valutano il fabbisogno tenendo conto delle informazioni ricevute dal Servizio Epidemiologico e organizzano, dotandole di personale adeguato, dei locali e dei mezzi tecnologici idonei.

#### **Le unità operative, i presidi territoriali dedicati, le USCA.**

Verificano puntualmente le eventuali criticità e vi pongono rimedio.

Il **Comune**, riceve le segnalazioni dei casi positivi da parte della centrale operativa e le informazioni necessarie per valutare la

eventuale fragilità sociale delle persone. Tramite i propri operatori prende contatto diretto con il soggetto positivo fragile predisponendo e coordinando, anche con l'ausilio delle associazioni di volontariato, le attività necessarie alla tutela dei soggetti (pasti, spese, farmaci, ecc.).

Mette a disposizione e attrezza strutture eventualmente necessarie per la quarantena dei soggetti positivi che non possano garantire isolamento al proprio domicilio. Snellisce tutte le procedure burocratiche nelle quali è normalmente richiesto un certificato medico (es. pass disabili, mense...) sostituendole con autocertificazione.

La Regione si fa carico della fattibilità economica e organizzativa di tutta la rete dei servizi prevedendo, ove necessaria, l'assunzione di personale (medici, infermieri, psicologi e altro) e la loro destinazione

finale assecondando le richieste in tal senso delle ASL/ATS.

Rende superflue le ricette, almeno quelle farmacologiche che sono verificabili sul Fascicolo Sanitario Elettronico, snellendo le procedure per medici e farmacisti e contribuendo a tenere le sale d'aspetto dei MMG il più sgombre possibile.

Sostituisce, laddove possibile, le certificazioni mediche con autocertificazione.

(Questo testo è stato scritto prima dell'emersione della nuova diffusione del virus da ottobre, è risultato evidente l'ulteriore impreparazione di fronte a questo evento pur atteso, pertanto queste note costituiscono una proposta per l'impostazione di piani pandemici degni di questo nome comprensivo della capacità di mobilitare velocemente attrezzature, laboratori, risorse umane per le diverse attività di monitoraggio, diagnosi e intervento).



# Covid 19: problema e condizione di “demercificazione” della Sanità

di ANELLI Lino e VIANI Andrea\*

Il Covid19 è confusamente narrato come un flagello naturale che, colpendo tutti i diversi interessi sociali li spingerebbe ad unirsi in improbabili azioni difensive comuni.

Questo ingannevole racconto si supera valutando come i soggetti basilari dei diversi interessi sociali: i proprietari di Capitale e di Forza Lavoro (1), affrontano la pandemia.

## LA SITUAZIONE PRIMA DELLA PANDEMIA ...

Il Capitale esiste stabilmente valorizzandosi e accumulandosi. Questa sua esistenza dà “*Forma di Merce*” alla Forza Lavoro (FL) che nel ciclo ricorsivo circolazione (mercato del lavoro) / produzione (sfruttamento) diventa “*Merce Forza Lavoro*” (MFL) (2).

I lavoratori, consumando la MFL venduta ai proprietari di Capitale per produrre e riprodurre i beni componenti la ricchezza sociale complessiva, in primo luogo producono e riproducono sé stessi. Traggono cioè da tale ricchezza e comprano, per sé e per i familiari, le merci relative ai bisogni materiali (alimentazione, abbigliamento, abitazione, ecc.) e le merci relative ai bisogni sociali (sanità, assistenza, formazione scolastica, ecc.). In secondo luogo e insieme, creano per i nuovi proprietari di MFL, il plusvalore che valorizza e accumula il capitale.

Dunque, nel “*modo di produzione capitalistico*”, tutti gli oggetti fruibili, che ovviamente non nascono né sono mai nati come merce, diventano o sono diventati necessariamente “*Forma di Merce*”, essendo “*fabbricati/venduti-*

*comprati*” nel ciclo ricorsivo circolazione/produzione.

Sappiamo bene però che noi proprietari di FL non abbiamo mai la piena capacità di pagamento richiesta dal mercato per acquistare tutti gli oggetti fruibili rispondenti ai nostri bisogni riproduttivi. Di conseguenza alimentazione, abbigliamento, abitazione, sanità, assistenza, formazione scolastica ecc. non sembrano più merci “*fabbricate e vendute*” da aziende (private e/o pubbliche) a gestione capitalistica, non hanno più “*Forma di merce*”, diventano puro bisogno di mangiare, vestirsi, abitare, essere in salute, essere aiutati, istruirsi, prendono appunto la “*Forma di bisogno*”.

La “*Forma di bisogno*” entra in contraddizione tanto con la “*Forma di merce*” degli oggetti fruibili destinati a produrre e riprodurre la MFL, quanto con le corrispondenti aziende che non danno risposta ai bisogni e, anzi, li negano.

La Merce Forza Lavoro sta al centro di questa antinomia. Il bisogno di lavorare, ossia la “*Forma di bisogno*” della FL posseduta dai disoccupati e quindi inattiva, si scontra con la quantità di MFL richiesta dal mercato, ossia con la “*Forma di merce*” della FL che le aziende capitalistiche possiedono e rendono attiva nella misura necessaria alla valorizzazione/accumulazione.

La contraddizione “*Forma di bisogno*” vs “*Forma di merce*” è acuita dal limite intrinseco del modo di produzione capitalistico: le crisi. Sul lungo periodo il ciclo ricorsivo circolazione/produzione non riesce a riprodurre il

\*Distretto di  
Mutuo Soccorso  
BG-LO-MI-PC-RE

valore della MFL e a generare il plusvalore necessario. È così che valorizzazione e accumulazione calano (stagnazione) o si fermano (crisi). Se ciò accade, l'esistenza del Capitale è messa in questione e i suoi proprietari modulano la "Forma di Merce" del ciclo ricorsivo rivalendosi sui lavoratori consumatori di MFL: ne riducono il valore e ne intensificano lo sfruttamento.

Esattamente quel che è successo dopo la fine dei famigerati "30 anni gloriosi". In particolare la crisi del 2008, la sua double dip (doppia recessione), la relativa "stagnazione epocale" cosiddetta e il rischio di una possibile seconda crisi mondiale, hanno indotto i proprietari di Capitale a colpire i lavoratori e i loro famigliari nel modo più duro possibile. Con il taglio contemporaneo di salario lordo e occupazione hanno ridotto la massa salariale riducendone contemporaneamente le quote destinate al salario sociale (welfare state) e al salario previdenziale, così da costringere lavoratori e famigliari a mantenersi liquidando i risparmi accantonati in qualche forma assicurativa e in proprietà dell'abitazione. In sintesi i proprietari di Capitale hanno ripristinato quel processo storico di impoverimento della "razza dei lavoratori venditori di Forza Lavoro" che a fine '900 sembrava storicamente superato. A questo scopo hanno tolto ai lavoratori ogni possibilità di organizzarsi collettivamente. Ne hanno quindi disgregato il sistema di difesa delle condizioni di vita. Dal lato economico le loro organizzazioni sindacali, cooperative, sociali, mutualistiche, culturali hanno abbandonato l'azione di classe e si sono ridotte a difendere gli interessi dei propri soci/iscritti spesso solo secondo le loro aggregazioni in gruppi corporativi e con conflitti particolari, limitati e localizzati. Dal lato politico i loro partiti, incapaci di fronteggiare i cedimenti delle organizzazioni economiche, hanno fatto solo denunce, proteste e propaganda, tutte finalizzate al consenso ideologico o

elettorale.

Tutto risulta sotto controllo anche se la contraddizione "Forma di bisogno" vs "Forma di merce" continua comunque a manifestarsi ma in forma marginale proprio nei citati conflitti particolari, limitati e localizzati.

### **... INIZIO PANDEMIA: LINEA POLITICA DURA E "IMMUNITÀ DI GREGGE VIA SELEZIONE NATURALE"**

L'11 marzo 2020 l'OMS dichiara la pandemia da coronavirus.

Per i proprietari di capitale questo evento è economicamente poco rilevante dato che potrebbe eventualmente condizionare in negativo, ma anche in positivo la produzione/vendita di un'unica merce, la sanità.

Nel modo di produzione del capitale la sanità in "Forma di Merce" è prodotta dal "sistema sanitario di mercato" che, come ogni sistema di mercato, regola domanda e offerta della propria specifica merce: le "cure sanitarie". La domanda è determinata dalle malattie, l'offerta dalle aziende sanitarie.

Orbene, ogni sistema di mercato deve crescere. Tutti i modelli di crescita attuati dalla macroeconomia mainstream (vedi i DGSE) (3) affermano che l'economia tende alla stabilità poiché gli agenti, "razionali massimizzatori di utilità", rendono i mercati "completi", realizzano cioè tutte le merci così da creare l'"Equilibrio Generale". In questi modelli la merce domandata e offerta è compiutamente disponibile quindi deve essere compiutamente determinata. Nei DSGE la determinazione è stocastica, viene cioè definita dalla proiezione temporale di disponibilità della merce dopo aver assunto l'imprevedibilità dello shock; ad es. la merce cura per l'imprevisto shock covid19 è pienamente determinata dal tempo medio ritenuto necessario dall'autorità competente per mettere sul mercato il vaccino (i due anni indicati dell'OMS). Dunque tutto quadra nel sistema sanitario di mercato: scontato stocasticamente lo shock covid19, l'azienda

sanitaria (ASL, ATS) e la malattia (covid19) certificano rispettivamente l'offerta e la domanda di "merce-cura vaccino" e la normale condizione sanitaria è assicurata dal sistema dalla produzione/vendita/consumo delle altre merci-cure sanitarie.

Il ciclo ricorsivo circolazione/produzione continua a funzionare in tutti i settori per mantenere e se possibile migliorare il dato livello di plusvalore nei due anni necessari alla realizzazione della "merce-cura vaccino". La conseguente massa di morti covid19 crea l'"immunità di gregge via selezione naturale" che in due anni esaurisce lo shock covid19, trasformandosi poi in "immunità di gregge via mercato del vaccino" il cui tempo di costituzione è azzerato stocasticamente.

Naturalmente la logica economica dei proprietari di capitale diventa anche e immediatamente linea politica. Per loro quindi nulla deve essere sostanzialmente cambiato rispetto a prima della pandemia e la "Forma di bisogno" vs "Forma di merce" deve restare confinata nei conflitti parziali e localizzati esistenti e inevitabili.

È la **linea politica dura** rappresentata da Johnson, Trump, Bolsonaro, dagli industriali bergamaschi, ecc.

### ... FASE 1: EMERGENZA E I TENTATIVI DI RESISTENZA AL VIRUS

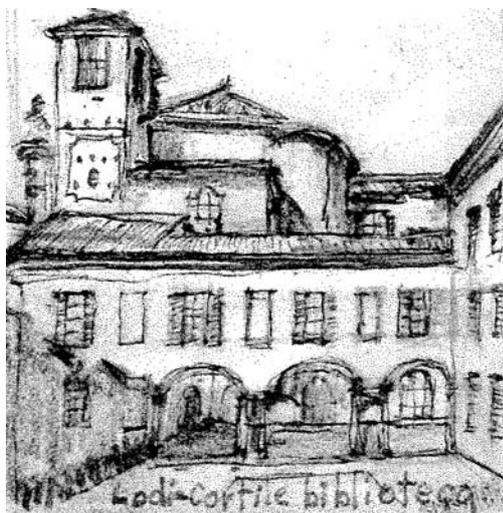
La mortale aggressività del virus e la conseguente pressione di massa hanno reso impraticabile tale linea e obbligato i proprietari di Capitale a tentare di resistere al covid19 (il blocco totale in zona rossa di Codogno erroneamente ritenuta punto di ingresso nazionale del virus; i limiti delle zone arancioni regionali e provinciali; il lockdown nazionale più o meno derogato) tentando comunque di orientarle alla salvaguardia di valorizzazione e accumulazione.

*"Due settimane di blocco dell'attività produttiva implicano una perdita di produzione e reddito di un'ottantina di miliardi, il 4 % del Pil ... senza considerare gli effetti moltiplicativi della*

*recessione. ... se il blocco si ripete, il crollo si accentua."* (4)

*"Ad agosto il Fmi ha previsto per il 2020 una crescita mondiale negativa pari a -8%. Sono inoltre previste profonde recessioni: Italia e Spagna (-12,8%); Francia (-12,5%); Regno Unito (-10,2%); Stati Uniti (-8%); Germania (-7,8%)."* (5)

*"... è fuori discussione: all'emergenza sanitaria ... sta seguendo una emergenza economica." [...] e senza risposte economiche adeguate, le conseguenze saranno disoccupazione e miseria. Con il rischio che si determini*



*una emergenza sociale dagli esiti imprevedibili, perché chi non lavora non mangia e chi non mangia prima o poi si ribella."* (6)

### ... FASE 2: LINEA POLITICA MODERATA "MASSIMA CONTINUITÀ PRODUTTIVA" PRE-VACCINO

A questo punto tutte le "razze di capitalisti" comprendono che, permanendo la pandemia, i blocchi produttivi provocano perdita di valore, distruzione delle merci-capitale e rovesciamento dell'accumulazione sotto forma di debiti sistemici, innescando una tendenza recessiva capace di mutare la stagnazione nella temuta seconda crisi mondiale.

Per evitare l'instaurarsi di questa tendenza, devono passare dai tentativi di resistenza ad una nuova linea politica, stavolta moderata, capace di gestire la situazione sempre salvaguardando

valorizzazione e accumulazione. Viene così rimodulato il *ciclo ricorsivo* dal lato della produzione e di una circolazione che le sia conforme.

Lato produzione, il lockdown è trasformato in sistema di massima continuità produttiva possibile imposto alla “razza dei lavoratori venditori di FL” mediante isolamento/controllo:

- I lavoratori consumatori di MFL (gli attivi) sono costretti in modo più o meno autoritario, a garantire la massima continuità produttiva. Le pratiche di riduzione del rischio contagio obbligatorie, ma praticamente non controllate, sono eventualmente attuate in modo flessibile secondo le necessità produttive aziendali e di mercato.

- Tutta la FL non in produzione (gli inattivi e gli attivi quando non lavorano) sono spinti a ridurre i rapporti collettivi per chiudere in famiglia il contagio di ritorno dai luoghi di lavoro e contenerne la propagazione.

Lato circolazione, perché il sistema di massima continuità produttiva possibile funzioni è necessario che la distruzione di capitale e la mancata accumulazione (in forma diretta e in forma di debiti sistemici), siano compensate il più possibile dalle autorità di politica economica (banche centrali e governi) specialmente con misure non convenzionali che compongano politica monetaria e fiscale.

- Banche centrali e governi cercano di aumentare la domanda integrando strumenti monetari e fiscali.

Sostengono titoli di stato, finanziari e azionari e contrastano default, insolvenze e chiusure di impresa, con la “*monetizzazione del debito*” optandone gli strumenti relativi ai rapporti di forza tra le razze dei capitalisti industriali, commerciali, finanziari.

Nell'UE ad esempio, la rimodulazione della “*Forma di Merce*” varia la Governance Economica monetarista. La Commissione Europea sospende il Patto di Stabilità autorizzando deficit di bilancio per aiuti di Stato anticrisi. BCE e UE finanziano in “*deficit comu-*

*nitario*”: € 750 miliardi al Recovery Fund, €100 miliardi al SURE una sorta di “*cassa integrazione*” europea; €37 miliardi di Fondi Strutturali per i sistemi sanitari. I Ministri delle finanze UEM creano nel MES un *Pandemic Crisis Support* di €240 miliardi per le spese sanitarie dirette e indirette, di cura e prevenzione legate alla crisi Covid19.(7)

### ... FASE 2: CONTRADDIZIONE “FORMA DI BISOGNO” VS “FORMA DI MERCE” E LINEE VERTENZIALI

Tutti i morti covid (della linea politica dura e della linea politica moderata) e la duplice crisi sanitaria/economica rialzano la contraddizione “*Forma di bisogno*” vs “*Forma di merce*” così che le relative manifestazioni di “*bisogno*” e “*merce*” si contrappongono oggettivamente a partire dal contrasto tra “*bisogno di salute*” e “*merce sanità*”. Quei conflitti particolari, limitati e localizzati, che, come si è visto, erano in sostanza rimasti marginali, si sono focalizzati su questo contrasto così da moltiplicarsi ed estendersi fino a dover agire sul terreno rivendicativo e vertenziale.

### “LA SALUTE NON È UNA MERCE, LA SANITÀ NON È UN’AZIENDA”

Le conseguenti mobilitazioni hanno concretamente posto il problema del loro coordinamento.

Medicina democratica ha colto tale domanda e ha lanciato l’appello Diritto alla Salute, Sanità Pubblica universale, gratuita e partecipata, per un Coordinamento Nazionale:

LA SALUTE NON È UNA MERCE, LA SANITÀ NON È UNA AZIENDA

Il 29 APRILE 2020 quarantasei organizzazioni/associazioni vi aderiscono e sottoscrivono il corrispondente Manifesto. Da allora il Coordinamento opera in forma assembleare e in remoto con: Assemblea generale del Coordinamento nazionale, Assemblee dei coordinamenti territoriali, gruppi

di lavoro tematici (RSA malati cronici, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro prima e dopo il tempo del covid, Medicina territoriale-casa della salute, Riforma delle contro riforme) e operativi (Piattaforme territoriali e regionali, Proposta di legge di iniziativa popolare) referenti all'Assemblea plenaria. Dalle discussioni e dalle relative elaborazioni è scaturito in pratica il seguente percorso vertenziale:

1. l'inquadramento generale del diritto alla salute

- livello vertenziale nazionale: proposta di legge di iniziativa popolare per una nuova riforma che inverta il declino e la progressiva riduzione dei servizi e la deviazione dalle finalità costitutive della riforma sanitaria del 1978.

2. la pratica concreta per riaffermare il diritto alla salute

- livello vertenziale territoriale:
  - avvio del coordinamento territoriale per il diritto alla salute
  - piattaforma rivendicativa (Asst/Asl/Ausl) indicativamente strutturata a tre livelli

I° - rispondere ai bisogni immediati a partire dal ripristino dei servizi sanitari non covid illegittimamente sospesi;  
II° - definire il programma per affrontare l'eventuale ondata pandemica in autunno;

III° - riordinare i servizi sanitari e sociosanitari secondo le linee generali;

3. la pratica istituzionale per riaffermare il diritto alla salute

- livello vertenziale regionale:
  - avvio del coordinamento regionale per il diritto alla salute;
  - piattaforma rivendicativa regionale da definire secondo le diverse legislazioni regionali.

I momenti operativi esposti di seguito esemplificano questo percorso.

### **PIATTAFORMA RIVENDICATIVA DEL COORDINAMENTO TERRITORIALE LODIGIANO**

La pandemia del Covid19 ha crudamente dimostrato le assurdità di quel Sistema sanitario lombardo la cui cosiddetta "eccellenza" privato-pub-

blica aziendalistica e ospedalocentrica ha contrapposto l'ospedale al territorio, ha ridotto al minimo e depauperato di risorse e personale i presidi territoriali. Tutto il sistema sanitario deve trasformarsi secondo i principi della Legge 833/78 che istituiva un sistema sanitario pubblico, universale, partecipato e finanziato dalla fiscalità generale.

Seguendo questa impostazione, il Coordinamento ha chiesto all'ASST la costituzione di un tavolo istituzionale dove presentare e discutere la Piattaforma territoriale riguardante tre emergenze che il Covid19 ha evidenziato nel territorio:

**1 – Eliminare gli eventuali inadempimenti di prestazioni e cure esigibili di diritto** e stabilite dalle "Determinazioni" in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020 (8) e sospese con l'emergenza covid.

In particolare sono inderogabili le seguenti azioni volte ad eliminare i relativi inadempimenti eventualmente in atto:

- Attuare da settembre, con tempistiche definite e verificabili, la ripresa di tutte le specialità ospedaliere, di diagnostica, ambulatoriali, di attività chirurgica e posti letto. In particolare:

- Smaltire le code dando priorità assoluta al servizio pubblico liberando gli ospedali dai tempi di intramoenia.

- A Codogno è anche utile ottimizzare le possibilità dell'Ospedale ad esempio, creando le condizioni affinché vi sia realizzata una quota di attività di piccola e media chirurgia (day e week surgery) e di altre possibili specialità.
- A Casalpusterlengo vanno impiegate a pieno Tac e diagnostica.

- Disporre il rafforzamento degli addetti definendone la disponibilità operativa con il coinvolgimento dei lavoratori stessi e delle parti sociali, la cui indispensabile partecipazione va accreditata formalmente ed economicamente.

**2 – Protezione della salute dalla possibile ripresa dei contagi in autunno**

- assicurare l'esecuzione dei protocolli

di sicurezza effettuando la totalità dei controlli prescritti:

- nei luoghi di lavoro (distanziamenti e dpi in tutte le aziende e le cooperative, soprattutto manifatturiere);
- nei presidi sociosanitari - residenze per anziani, disabili, Comunità di recupero dalle dipendenze - e ospedali (distanziamenti, dpi e soprattutto percorsi differenziati per garantire la continuità dei servizi agli utenti NO Covid);
- nel territorio (distanziamenti e dpi nei luoghi abitativi e di socialità pubblica);
- garantire a livello di Distretto (corrispondente al territorio della ASST Lodi) la piena funzionalità:
- del polo territoriale per la presa in carico di soggetti sintomatici (PRESST, MMG, USCA, POT di Sant'Angelo);
- del polo ospedaliero (adeguata dotazione di posti letto nelle terapie intensive e sub intensive).

### **3 – Riorganizzazione ASST di Lodi**

Rivendichiamo l'attuazione delle disposizioni qualitative e quantitative del DL Rilancio, poiché non diamo per scontato che Regione Lombardia opererà per attuarle.

- Potenziamento del polo territoriale;
- implementare USCA, assunzione infermieri di comunità, rete territoriale MMG;
- utilizzare le risorse previste dal DL Rilancio con l'assunzione di 8 infermieri di famiglia ogni 50.000 abitanti, paria a 35 infermieri per il lodigiano;
- sviluppo di posti letto in terapie intensive e sub intensive;
- utilizzare le risorse previste dal DL Rilancio (per le terapie intensive si prevedono risorse per implementare 0,14 p.l. per 1000 abitanti; per il lodigiano equivarrebbe passare da 11 p.l. pre Covid a 32).
- Potenziamento del polo ospedaliero
- completa funzionalità degli ospedali periferici.
- ospedale di Codogno riaffermiamo la necessità di un ospedale per acuti, quindi con Pronto Soccorso e Terapia

Intensiva e le riaperture di Ostetricia/Punto nascita e riabilitazione cardiologica;

- ospedale di Casalpusterlengo riaffermiamo la necessità di un Polo Riabilitativo Oncologico, con il mantenimento di Macroattività Ambulatoriali Complesse (MAC) oncologiche, radioterapia ed il ritorno dei reparti spostati a Codogno (Riabilitazione Specialistica, Riabilitazione Geriatrica, etc.).

### **PIATTAFORMA RIVENDICATIVA DEL COORDINAMENTO TERRITORIALE PIACENTINO**

Il "piano di riassetto socio sanitario provinciale" di Piacenza prevede la concentrazione specialistica in un unico nuovo ospedale, riducendo i posti letto complessivi e declassando la restante rete ospedaliera a semplici presidi di riabilitazione, lungodegenze, cronicità. La stessa medicina territoriale non trova nel piano risposte credibili.

Il Coordinamento territoriale piacentino ha avviato a partire da questi problemi il seguente percorso vertenziale.

#### **1 – Rete ospedaliera**

La realizzazione di un nuovo ospedale non risolve i problemi della sanità piacentina specialmente perché la nuova struttura comporta il depotenziamento della rete ospedaliera territoriale. Chiediamo dunque di salvaguardare l'attuale distribuzione della risposta ospedaliera, mantenendo i presidi attuali con le competenze esistenti (chirurgia, anestesia, punto nascite, medicina di urgenza, pronto soccorso ecc). Su Piacenza si possono centralizzare le specializzazioni non replicabili ovunque, ma senza togliere la vicinanza al territorio della risposta sanitaria sulle patologie e sulle cure più comuni e frequenti.

Le carenze di organico e attrezzature della rete ospedaliera aggravano già i ritardi di analisi, visite, interventi, con l'allungamento delle liste di attesa e dei tempi di risposta sanitaria, incentivando così lo sviluppo ed il ricorso

alla sanità privata.

## 2 - Medicina territoriale e Case della Salute

Non ci convince il modo con cui si intende realizzare una rete di medicina territoriale provinciale (case della salute) dato che gli attuali indirizzi rappresentano un significativo arretramento rispetto alle indicazioni programmatiche 2016 della Regione E.R. le cui linee generali costituiscono un punto di partenza condivisibile. L'organizzazione delle Case della Salute non può essere ridotta al solo coinvolgimento dei medici di base e degli specialisti in libera professione, ma deve garantire tutte le attività (assistenziali e mediche) che la normativa regionale prevede, mettendo a disposizione risorse adeguate a garantire una efficace risposta sanitaria ad un territorio complesso come quello piacentino, prevalentemente collinare e montano. La rete delle case della salute, oggi va pensata ed organizzata per rispondere a tre livelli di intervento:

- L'organizzazione uniforme su tutto il territorio della risposta sanitaria ed assistenziale di prossimità (partendo dalle indicazioni della Regione E.R.) con risorse ed organici dell'Ausl.

- I programmi territoriali di prevenzione (controlli sui fattori di rischio esistenti sul territorio e nei luoghi di lavoro e interventi relativi) sulla base dell'integrazione operativa di medici di famiglia e case della salute per la copertura del territorio partendo dalle risposte di primo intervento (punti prelievo, analisi, presa in carico ecc.).

### 3 - La ripresa autunnale del contagio

L'espansione e l'intensità della prima fase pandemica hanno rivelato i mortali limiti del sistema sanitario di mercato che, totalmente assorbito dall'emergenza, ha in sostanza cessato di produrre la risposta sanitaria ed assistenziale non covid.

Con l'eventuale ritorno autunnale della pandemia il sistema sanitario deve garantire un adeguato servizio sia alle patologie covid sia a quelle non-covid. Vanno quindi affrontati i seguenti

problemi:

- **Predisporre un centro Covid** (terapie intensive e semi intensive) unico per tutta la provincia, all'interno di una struttura alternativa (ad es. l'ex ospedale militare di Piacenza), per evitare alla rete ospedaliera lo stress dell'ultima emergenza.

- **Rafforzare le Usca:** Prevedere un potenziamento di questa rete di assistenza domiciliare sul territorio che non può essere affidata solo ai medici di famiglia ma richiede professionalità, dotazioni ben coordinate e dirette dell'Ausl.



- **Investire nelle RSA:** Adeguare gli organici (personale infermieristico) e le strutture (spazi per il distanziamento), garantendo i controlli e le cure mediche in condizioni di sicurezza.

- **Controllare l'attuazione del DCPM 22 marzo 2020 nei Luoghi di lavoro:** Il Decreto stabilisce che: a) i comitati paritetici di controllo aziendali garantiscono l'applicazione delle norme di sicurezza distanziamenti, controllo della temperatura, dotazione giornaliera di mascherine, ecc.; b) Siano costituiti a livello territoriale analoghi comitati con la partecipazione di parti sociali, Ausl, ispettorato del lavoro, amministrazioni.

Nel 2019 il "Comitato per la sanità Piacentina" aveva già denunciato i problemi dei servizi provinciali. In piena Pandemia, ha aderito al progetto del "Coordinamento Nazionale per il diritto alla salute", ne ha appresa la

logica vertenziale sviluppandosi in partecipanti, organizzazione e contenuti. Ha coinvolto altre associazioni con le quali ha costituito il “*Coordinamento territoriale Piacentino per il diritto alla salute*” che a sua volta ha elaborato la Piattaforma territoriale Piacentina, l’ha presentata all’Ausl di Piacenza ottenendo il 29 settembre l’incontro/confronto con la conferenza sociosanitaria e col direttore generale dell’Ausl, dove ha illustrato le valutazioni critiche sul piano sociosanitario adottato in provincia e presentato le proposte su rete ospedaliera e medicina territoriale (9). Le risposte, sono state di sostanziale indisponibilità a modificare le scelte già adottate e a valutare lo stato di disservizio della risposta sanitaria (liste di attesa, carenze di organico e dotazioni). Da qui la decisione del Coordinamento di procedere con un programma di mobilitazione. In primo luogo si sono organizzati incontri con i sindacati (USB il 1 ottobre, e confederali il 5 ottobre) e con singoli operatori (medici-infermieri) allo scopo di verificare la loro disponibilità condividere la piattaforma. In secondo luogo sono convocati incontri pubblici locali (Piacenza, Fiorenzuola, Pontenure, e valli Trebbia e Tidone) per raccogliere adesioni e suggerimenti sulla piattaforma già presentata con un appello/petizione lanciato qualche settimana fa. Il tutto dovrà poi confluire in una assemblea pubblica provinciale dove sarà anche presentata la proposta di legge di iniziativa popolare predisposta dal “*Coordinamento nazionale per il diritto alla salute*”.

#### **PIATTAFORMA RIVENDICATIVA REGIONALE EMILIANO-ROMAGNOLA**

Il “*Coordinamento regionale Emiliano Romagnolo per il diritto alla salute*”, dopo le prime due assemblee, si riunisce il 17 ottobre per discutere e programmare il consolidamento della rete regionale e lo sviluppo dell’azione già avviata contro l’autonomia differenzia-

ta sostenuta dalla giunta regionale. Il Sistema Sanitario Nazionale rischia infatti di essere interamente sfasciato dall’autonomia differenziata poiché ciascuna regione opererà autonomamente e diversamente secondo capacità impositive e politiche di spesa proprie. La “*merce cura sanitaria*” non sarà più a carico dello stato, finanziata con prelievo fiscale e su base proporzionale. I servizi sanitari, pagati da fondi regionali ridotti più o meno volutamente, si potranno avere sempre di più col ricorso oneroso a privati e fondi assicurativi, defiscalizzati per favorirne l’accesso.

L’esperienza vertenziale “*LA SALUTE NON È UNA MERCE, LA SANITÀ NON È UN’AZIENDA*” fa comprendere chiaramente che il contrasto tra “*bisogno di salute*” e “*merce sanità*” è solo la più cogente e immediata espressione di come i morti covid e la duplice crisi sanitaria/economica contrappongono ogni “*forma di bisogno*” a ogni “*forma di merce*”. Questa consapevolezza, del resto, emerge dalla crescita di tutti i conflitti particolari, limitati e localizzati. Tutte le azioni vertenziali hanno l’urgenza di comporsi in una società che risponde ad ogni “*forma di bisogno*” contrastando ogni “*forma di merce*”.

#### **USCIRE DALLA SOCIETÀ DEL PROFITTO, PER LA SOCIETÀ DELLA CURA**

ATTAC Italia, come già Medicina Democratica, ha colto questa urgenza e ha lanciato “*un Manifesto comune ... Insieme dimostriamo che è possibile USCIRE DALLA SOCIETÀ DEL PROFITTO, PER LA SOCIETÀ DELLA CURA di sé, dell’altro, del pianeta*”. Propone quindi “*..., una piattaforma di priorità concrete nella crisi, una manifestazione nazionale in autunno, un percorso permanente da fare insieme (poiché) ... nessuno si salva da solo*” (10)

*Niente può essere più come prima, perché è stato proprio “il prima” (della pandemia) a causare il disastro.*

## NOTE

1. Marx li chiama rispettivamente “*razze dei capitalisti industriali, commerciali, finanziari*”; “*razza dei lavoratori venditori di forza lavoro*”.

2. Durante la *circolazione nel mercato del lavoro* i proprietari di MFL e i proprietari di Capitale rispettivamente la vendono e la comprano; Durante lo *sfruttamento nella produzione* i venditori di MFL, per contratto, la consumano, consumando sé stessi.

3. Tutte le banche centrali usano i Modelli DSGE (Modelli dinamici e stocastici di equilibrio economico generale). I DSGE presuppongono che l'economia possa essere colpita da *shock* casuali e oggi sono generalmente impiegati per affrontare quello del covid19.

4. Emiliano Brancaccio “*È una crisi diversa dalle altre*”, intervista pubblicata il 28 03 2020 da “*L'antidiplomatico*”.

5. L'Eurispes.it, 7Agosto 2020 <https://www.leurispes.it/crisi-da-coronavirus-economia-mondiale-giu-del-5-nel-2020>.

6. Fabio Tamburini “*Il Sole 24 Ore*” 28 aprile 2020.

7. Vedi relativo documento approvato dall'Eurogruppo l'8 maggio 2020 <https://www.consilium.europa.eu/it/mee>

[tings/eurogroup/2020/05/08/](https://www.consilium.europa.eu/it/mee)

8. Deliberazione n. 2672 16.12.2019 <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/eccb2c94-0fdb-479f-b652-c374d776d429/REGOLE+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-eccb2c94-0fdb-479f-b652-c374d776d429-m-4aqAb>

9. A conferma che: 1) il “*sistema sanitario di mercato*” è intrinsecamente vantaggioso per i detentori privati e pubblici delle aziende sanitarie la cui offerta (produzione/vendita) di merci-cure è sempre in continua crescita mentre, sempre per la sua intrinseca natura di mercato, è dannoso per i proprietari di FL la cui domanda (le patologie) di tali merci-cure, in continua crescita quanto l'offerta, ha costi economici, sociali e di vite umane sempre più alti (è il cinico “*equilibrio di mercato perfetto*”) e che: 2) il Covid, le morti, il tracollo del “*sistema sanitario di mercato*” e la crisi economico/sanitaria hanno aggravato questi costi a tal punto da rendere di senso comune l'affermazione “*la salute non è una merce*” e la relativa rivendicazione di risposte concrete al “*bisogno di salute*”.

10. <https://www.attac-italia.org/mai-piu-come-prima-insieme-per-la-societa-della-cura-aderisci-al-manifesto>.



# Shock pandemico e salute mentale

di Gianluca GARETTI\*

Gli effetti sulla salute mentale della pandemia si sono fatti sentire in modo drammatico, in quella parte di popolazione più fragile da un punto di vista socioeconomico e psichico e in quelle persone discriminate per razza, per etnia, per genere: *'Un'epidemia è un fenomeno sociale che ha alcuni aspetti medici'*, diceva Rudolf Virchow, famoso scienziato, ed anatomopatologo. E' stato stimato che saranno più di 300mila, le persone in Italia che svilupperanno disturbi psichici, causati dall'isolamento, dalla paura e dall'insicurezza. Saranno soprattutto fra coloro che hanno meno risorse sociali, culturali ed economiche, meno capacità di adattamento, meno possibilità di resilienza, per usare una parola di moda. Per questo la nostra azione deve essere focalizzata sui determinanti sociali della salute mentale. Per questo il vaccino veramente indispensabile è quello contro le disuguaglianze socioeconomiche, di genere, contro il razzismo sistemico, tutte condizioni che fra l'altro favoriscono anche il diffondersi della pandemia. Secondo le Nazioni Unite in ogni ambito, dalla salute all'economia, dalla sicurezza alla protezione sociale, gli impatti del COVID-19 sono esacerbati per le donne e le ragazze semplicemente in virtù del loro sesso. Ricordiamo che all'inizio, *'gli untori'* erano i cittadini delle comunità cinesi che vivono in Italia, poi lo sono stati i migranti, che sono il capro espiatorio per tutte le stagioni ed alla fine i *'portatori del virus'* siamo noi. Secondo stime effettuate nella prima settimana di aprile negli Stati Uniti, i neri e gli ispanici residenti in molte città avevano almeno il doppio delle probabilità di morire di Covid19 rispetto ai bianchi delle città; a

Chicago 5 volte di più.

## 8 ITALIANI SU 10 IN SINDROME ANSIOSO-DEPRESSIVA

Nella storia è la prima volta che intere nazioni confinano in casa sia cittadini malati che milioni di persone perfettamente sane. Esistono diversi studi, ancora parziali, sul disagio psicologico innescato dalla pandemia.

Uno studio condotto dall'Università dell'Aquila in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata e pubblicato sulla rivista MedRxiv: *'COVID-19 misure pandemiche e di blocco impatto sulla salute mentale tra la popolazione generale in Italia. Un sondaggio basato sul web'*, eseguito tra il 27 marzo e il 6 aprile 2020, rivela che, su un campione di 18mila persone, il 37% degli intervistati presentava sintomi da stress post traumatico, il 20% ansia severa, il 7% insonnia e il 21% stress.

Un'indagine condotta dall'Istituto Piepoli e commissionato dal Consiglio nazionale dell'Ordine degli psicologi, a fine aprile 2020, stabiliva che per il lockdown, il 63% degli italiani soffriva di ansia e si definiva *'molto o abbastanza stressato'*, mentre il 43% era consapevole di vivere in *'un livello massimo di stress'*.

La società di ricerca Open Evidence assieme a diverse università europee, ha prodotto, a maggio 2020: *'Study on the effects of COVID 19 and lockdown in Italy, Spain, and United Kingdom'*. E' emerso che c'è un rischio salute mentale, *strettamente collegato alla vulnerabilità socioeconomica*, pari al 41% in Italia, al 46% in Spagna ed al 42% in Regno Unito. In realtà se si considera la porzione di individui che si è

\*Medico, psicoterapeuta, Vicepresidente di Medicina Democratica.

sentita depressa con una certa frequenza, questa percentuale sale in Italia al 59%, in Spagna al 67% e nel Regno Unito al 57%. Essere disoccupati, vivere con più persone in spazi abitativi ristretti, avere a casa bambini/ragazzi in età scolare, avere subito un evento stressante a causa del lockdown (chiusura attività, perdita del lavoro, diminuzione delle entrate), fa aumentare la depressione, l'ansietà e lo stress. Al contrario lo diminuisce avere un reddito relativamente alto, possedere casa di proprietà senza mutuo da pagare, avere uno spazio abitativo relativamente ampio, poter pagare le bollette per oltre sei mesi anche in caso di mancanza di entrate. Per queste persone la pandemia può essere anche positiva?

Da lavori in corso di pubblicazione sugli effetti della pandemia e del lockdown in relazione al trascorre del tempo, dello psichiatra Gabriele Sani, direttore dell'unità operativa di Psichiatria clinica del Policlinico Gemelli, di Roma, emerge che *'l'80% delle persone che ha vissuto questa emergenza collettiva, ha sviluppato sintomi ansioso-depressivi di diversa entità. E si è osservato - fino alla fine di luglio - che il tempo non ha diminuito i disturbi, ma più è andata avanti la pandemia più si sono aggravati questi sintomi'*. Più colpite sono state le donne, nonostante siano in genere affette da forme meno gravi di Covid-19. In minore percentuale si sono registrati sintomi da stress post-traumatico, ansia severa e insonnia. Un problema che ha riguardato la popolazione generale e, ancora di più, i pazienti psichiatrici. *'Molti pazienti già seguiti hanno avuto pesanti ricadute anche a distanza di molto tempo rispetto alla storia della malattia. E, seppure non abbiamo ancora conferme sui dati ma solo osservazioni, sembrano essere aumentati anche i gesti autolesivi e suicidari'*.

da [https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/08/19/degli-italiani-soffre-ansia-depressione-lockdown\\_eJ Dop548f1ssMU1mJWlZhO.html](https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/08/19/degli-italiani-soffre-ansia-depressione-lockdown_eJ Dop548f1ssMU1mJWlZhO.html)

Una recente revisione sull'impatto psicologico della quarantena in senso lato, pubblicata su Lancet: Brooks et al., 2020,

*L'impatto psicologico della quarantena e come ridurlo: rapida revisione delle prove.* The Lancet, 395, 912-920', ha identificato come conseguenze psicologiche avverse: depressione, stress, scarsa concentrazione, confusione, rabbia, difficoltà a dormire, umore basso, irritabilità, rabbia e disturbo emotivo. Tutte condizioni che possono avere un impatto importante sul benessere di un individuo, in termini di salute sia mentale che fisica.

Per i bambini uno studio dell'ospedale pediatrico Gaslini di Genova, ha rilevato come la situazione di confinamento abbia determinato una condizione di stress notevolmente diffusa con ripercussioni significative a livello non solo della salute fisica, ma anche di quella emozionale-psichica dei genitori e dei bambini: *'Dall'analisi dei dati relativi alle famiglie con figli minori di 18 anni a carico (3.251 questionari) emerge che nel 65% di bambini di età minore di 6 anni e nel 71% di quelli di età maggiore di 6 anni (fino a 18) sono insorte problematiche comportamentali e sintomi di regressione'*, ha spiegato il professore Lino Nobili, direttore della Neuropsichiatria Infantile del Gaslini.

#### **I PAZIENTI PSICHIATRICI SONO PEGGIORATI**

Uno studio dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, (da <https://www.unina.it/-/22555634-primostudio-al-mondo-sulle-conseguenze-dellemergenza-covid-19-su-malati-psichiatrici>), ha evidenziato come le persone affette da disturbi mentali manifestino un disagio correlato alla pandemia molto più grave rispetto alla popolazione generale, presentando livelli più elevati di stress percepito, di ansia generalizzata e di sintomi depressivi rispetto alla popolazione generale, con un rischio notevolmente maggiore di sviluppare una sintomatologia ansiosa e depressiva di grado severo. La concomitante presenza di altre patologie mediche e di insicurezza economica contribuiscono a generare un maggiore stato di tensione e di sofferenza anche e soprattutto in questa tipologia di pazienti.

A soffrire maggiormente sono stati i pazienti assistiti nel proprio domicilio, nonostante la telemedicina. Il minore supporto sanitario, l'insoddisfazione per le visite da remoto, ha aggravato l'isolamento sociale e la solitudine tipici della pandemia. Durante il lockdown, secondo la Società Italiana di Psichiatria (SIP), c'è stato un aumento di richieste di visite psichiatriche, causate dall'ansia, dalla paura del contagio, dal timore di uscire o di rimanere isolati.

Un lavoro cinese, pubblicato su Lancet: 'Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): p 21', ha stabilito che lo stress correlato alla malattia Covid-19, potrebbe costituire un terreno fertile per innescare psicosi di nuova insorgenza, nonché rappresentare un importante fattore di rischio per lo scompenso clinico in soggetti con precedenti disturbi psicotici.

#### **ANSIA GOVERNO LADRO**

Oltre 700 professionisti italiani, fra psichiatri e psicologi, hanno sottoscritto un Comunicato sui danni psicologici, provocati da questa situazione di panico e coercizione, scolastica, lavorativa e della quotidianità, conseguente al lockdown e alla sua gestione nelle diverse fasce della popolazione. La dittatura del conformismo, il coraggio di vivere, la iatrogenesi medica, sociale e culturale, la libera ricerca, le pericolose conseguenze dell'aver paura, sono alcuni dei temi trattati in questo comunicato, frutto di uno sforzo cooperativo sincero e libero da conflitti di interesse: <https://comunicatopsi.org/gli-articoli/>

Un altro gruppo di professionisti della salute mentale, peraltro firmatari del precedente comunicato, si è unito sotto il nome di Sinergetica, Movimento di Libera Psicologia, ritenendo che la reale e concreta emergenza di salute mentale che stiamo attraversando sia notevolmente *aggravata* dal prolungarsi delle misure restrittive adottate, *amplificando* così problematiche già da prima preoccupanti, tra le quali:

- Sostanziale aumento delle violenze domestiche durante il lockdown e nel

periodo successivo, sia nei paesi latini che anglosassoni.

- Aumento delle nuove dipendenze e dell'uso di sostanze, con conseguente crescita della criminalità connessa, e maggiore vulnerabilità dei soggetti coinvolti nei confronti di ogni tipo di infezione.

- Visibile fallimento nella capacità di regolazione dell'ansia in bambini e adolescenti, obbligati a modalità di didattica a distanza e così privati del contatto con amici e docenti, che sappiamo essere fondamentale. Disagio che si rivela particolarmente grave nei minori con problematiche mentali, nei figli di immigrati o in bambini con bisogni educativi speciali.

- Aumento nella popolazione generale di stati affettivi negativi, ansia generalizzata, incertezza per il futuro, perdita della stabilità progettuale e di opportunità lavorative, a fronte di interventi pubblici di sostegno psicosociale spesso poco efficaci, nonché difficilmente accessibili. Fattori che contribuiscono ad un preoccupante aumento del rischio suicidario.

#### **LE DUE FACCE DELLA DISTANZA**

Questa è stata la prima pandemia della storia dell'umanità che ha attuato un distanziamento fisico planetario, un blocco quasi totale delle frontiere, della mobilità, dei contatti ravvicinati. Per alcuni una delle cose più destrutturanti del lockdown, è stata ed è la lontananza fisica. Non ci si tocca, non ci si saluta, niente baci o abbracci, niente contatto fisico, che sono parte integrante della vita quotidiana, specie in Italia. Per altri la vicinanza, la coabitazione forzata è stata ed è un pericolo, talvolta mortale, ne sono esempio i femmini-cidi, le violenze di questi tempi pandemici. In altri casi, all'opposto la distanza dal lavoro o dalla scuola può aiutare a fare un passo indietro e valutare gli interessi, le convinzioni e i valori che trasformiamo nel nostro senso generale di significato (da 'Schippers, MC e Ziegler, N. (2019). *Creazione di vita come un modo per trovare uno scopo e un significato nella vita*. *Frontiers in Psychology*, 10). Ci sono rapporti di intimità, di prossimità alienati ed alienanti, all'opposto ci sono rapporti di distanza che sono estremamente prossimi.

## LE DUE FACCE DELLA SOLITUDINE

Anche la solitudine ha una doppia faccia. Blaise Pascal diceva che tutta l'infelicità degli uomini proviene da una cosa sola: dal non saper restare tranquilli in una camera da soli, perché ci troviamo a fare i conti con noi stessi. Però, non aveva pensato che va molto peggio a chi una stanza non ce l'ha ! Per Cesare Pavese, tutto il problema della vita è questo: come rompere la propria solitudine, come comunicare con gli altri. La solitudine come rischio: in questo periodo di isolamento forzato, la solitudine può essere pericolosa per gruppi di individui vulnerabili. La letteratura più recente ha dimostrato che l'isolamento sociale o la vita da soli possono aumentare il rischio di mortalità tanto quanto fumare 15 sigarette al giorno o avere un disturbo correlato (Holt-Lunstad, J (2015). *Solitudine e isolamento sociale come fattori di rischio per la mortalità: una revisione meta-analitica*. Perspectives on Psychological Science: A journal of the Association for Psychological Science, 10 (2), 227-37'). La solitudine è stata associata ad un aumento del rischio di malattia coronarica, del rischio di ictus nonché all'aumento del rischio di ipertensione sistolica. Altri studi suggeriscono che l'isolamento sociale può essere un fattore di rischio per la demenza. Chi è ricoverato in case di cura, in RSA, potrebbe così presentare un ulteriore deterioramento della propria salute mentale e fisica, a causa del diradarsi delle visite dei parenti. Dobbiamo pensare in modo creativo per identificare i modi in cui possiamo prevenire la solitudine negli anziani. Ma c'è anche una solitudine che può essere produttiva.

## POSSIBILI VANTAGGI DEL LOCK-DOWN

C'è un'altra narrazione oltre quella della nostra salute mentale danneggiata dalla perdita del lavoro, dall'autoisolamento e dall'allontanamento sociale. "Pandemia positiva?" è il titolo di un articolo di Jennifer E. Symonds, pubblicato su The Psychologist, giornale online della British Psychological Society, che si propone di presentare 'una visione equilibrata della

salute mentale durante il blocco, perché è anche possibile che alcune persone possano uscire dal blocco mentalmente più sane di prima, a causa di una combinazione delle loro circostanze personali, fortuna e gestione auto-diretta della loro mente.' 'Tanto che alcune persone potrebbero pensare al Covid-19 come a una pandemia positiva, oltre che mortale'.

Questo articolo pur riconoscendo che molte persone stanno soffrendo emotivamente durante questa pandemia, e non intendendo svalutare o ignorare le loro esperienze di malessere, di perdita di persone care o di mancanza di lavoro, pone in



evidenza altri aspetti, altre domande, che possono riguardare una parte fortunata della popolazione.

A proposito di disuguaglianze. 'Potrebbe essere che il lockdown ci stia creando spazio per riflettere su noi stessi e sulle nostre vite in un modo che possa promuovere il nostro benessere psicologico?' 'Potremmo vivere una vita fisicamente, emotivamente e socialmente più sana durante il blocco?' La distanza dal lavoro o dalla scuola può aiutarci a fare un passo indietro e valutare gli interessi, le convinzioni e i valori che trasformiamo nel nostro senso generale di significato. Il lockdown offrendo tempo e spazio per l'introspezione e la possibilità di costruire una maggiore consapevolezza di sé, potrebbe essere una opportunità, per una 'crescita post-traumatica' (da 'Tedeschi, RG, Calhoun, LG *The Post traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma*. J Trauma Stress 9, 455-471, 1996'). Col termine crescita post trauma-

tica, si descrive un processo, che ci aiuta a diventare più resilienti in futuro: eventi angoscianti o confusi possono rivoluzionare il modo in cui percepiamo il mondo e il nostro posto in esso. Inoltre il fatto di essere in isolamento e tutti sulla stessa barca, può andare a creare un senso di identità condivisa, un senso di 'raggruppamento' vero, non come 'le balconate' dei primi tempi del lockdown, così da passare dal vedersi semplicemente come 'me', ad un forte senso di 'noi' associato alla cooperazione e alla preoccupazione per gli altri ( da From riots to crowd safety, J. Drury <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-29/february/riots-crowd-safety> ).

Dopo che il blocco sarà finito, l'aver meno tempo per comunicare con la famiglia, più distanza dai quartieri e dalle comunità locali, un programma più stretto con meno flessibilità per l'esercizio e meno ore per la riflessione, la riesposizione a maggiori livelli di inquinamento e, per alcuni, il ritorno ai conflitti relazionali quotidiani sul lavoro, potrebbero essere le ragioni principali per cui alcune persone potrebbero pensare al Covid-19 come a una pandemia positiva, oltre che mortale. Forse, riadattarsi alla "nuova normalità" alla fine del blocco potrebbe essere la nostra sfida più grande.

## LA SINDROME DELLA CAPANNA

Nei futuri testi di storia e di studio probabilmente compariranno termini nuovi come disturbo post-pandemico, la paura di essere liberi (agorafobia post lockdown), burnout da alterati ritmi sonno-veglia, sindrome della capanna, e si parlerà di resilienza e di revisione dei bisogni, di individuazione di quelli falsi. Anche chi non ha subito lutti o non è stato coinvolto in prima linea, potrà subire disturbi post-traumatici da stress, un'ondata di ansia e frustrazione da ritorno alla normalità. Tornare ad uscire dopo il periodo di isolamento e distanziamento fisico, e mentale, potrebbe avere pesanti conseguenze sulla psiche. Secondo le stime della Società italiana di psichiatria (Sip), saranno più di un milione le persone che potranno essere colpite dalla cosiddetta 'Sindrome della capanna', che consiste nella paura di affrontare la vita precedente, uscire di nuovo e lasciare la casa che è diventata un rifugio. Una reazione del tutto normale, conseguente all'eccezionalità della situazione, ma che può aumentare il rischio di sviluppare disturbi mentali, come la depressione maggiore, attacchi di panico e disturbi dell'adattamento, qualora si prolunghi per più di tre settimane, e sia acuito dall'incertezza verso il futuro, dalla preoccupazione per la situazione economica e la precarietà del lavoro.



# L'industria farmaceutica e la corsa per lo sviluppo del vaccino anti covid

di Angelo BARBATO\*

L'impatto della pandemia di COVID-19 ha innescato una competizione senza precedenti, in termini di risorse impiegate e di accelerazione dei processi, per rendere disponibile un vaccino. Va ricor-

dato che il percorso di sviluppo di un vaccino è solitamente molto lento, richiede anche 10-12 anni o più ed è composto da diversi passaggi, come mostrato nella Tabella 1.

**Tabella 1. Fasi dello sviluppo dei vaccini**

<i>Ricerca preclinica di laboratorio e studi sugli animali</i>	Ricerche di laboratorio solitamente svolte in università o istituti di ricerca, finanziate da investimenti pubblici, identificano antigeni naturali o sintetici che potrebbero prevenire una malattia. Quindi studi successivi compiuti su colture di tessuti, colture cellulari o animali valutano la sicurezza del possibile vaccino e la sua capacità di suscitare una risposta immunitaria, fornendo un'idea della risposta cellulare da aspettarsi nell'uomo. Questa fase di solito coinvolge industrie private. Molti potenziali vaccini non superano questa fase perché non producono la risposta desiderata.
<i>Studi clinici con soggetti umani</i> Studi di fase I	Piccoli gruppi di volontari sani, comprendenti alcune decine di soggetti, vengono studiati per valutare la sicurezza del potenziale vaccino e determinare il tipo e l'entità della risposta immunitaria che esso provoca. I partecipanti vengono monitorati e le loro condizioni sono controllate. Se uno studio di fase I dà risultati positivi, si passa alla fase successiva.
Studi di fase II	Gruppi di centinaia di volontari sani, con caratteristiche simili ai soggetti a cui il nuovo vaccino è destinato, vengono valutati in studi clinici controllati in confronto con un gruppo che assume un placebo. Gli obiettivi sono la definizione della sicurezza del potenziale vaccino, la capacità di produrre immunità, il dosaggio e le modalità di somministrazione.
Studi di fase III	I potenziali vaccini che hanno superato la Fase II vengono valutati nella fase III in studi a doppio cieco di grandi dimensioni, con migliaia di soggetti, per testare la loro efficacia e sicurezza in confronto a un placebo, identificando effetti avversi che non si evidenziano negli studi più piccoli della fase precedente e verificando in che misura il vaccino produce anticorpi per la prevenzione dell'infezione.
<i>Approvazione e autorizzazione alla distribuzione</i>	Dopo la conclusione di uno studio di fase III, l'industria che ha sviluppato il vaccino presenta una domanda a un'agenzia pubblica, come la Food and Drugs Administration negli USA o l'European Medicines Agency in Europa, per ottenere l'autorizzazione alla commercializzazione. I dati di efficacia e sicurezza vengono esaminati e, se l'approvazione è concessa, il vaccino ottiene la licenza e può essere messo sul mercato.

\*Presidente  
Forum per il  
Diritto alla  
Salute.

L'ultimo elenco degli studi per lo sviluppo dei vaccini per il COVID-19, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ottobre 2020, comprende 42 vaccini in corso di studio nelle fasi I-III e 151 in fase preclinica. Questo numero molto elevato di sperimentazioni in corso solleva un primo problema di notevole rilevanza per la salute pubblica: in che misura la qualità di tutti gli studi è controllata da revisioni indipendenti e in che misura siamo sicuri che tutti i dati siano resi pubblici e la trasparenza sia garantita? In realtà, a seguito delle pressioni sia dell'industria che dei governi, spesso sostenute da istanze di competizione nazionalistica, una spinta per un'accelerazione dell'intero processo che porta allo sviluppo dei vaccini è evidente.

Alcuni esempi sono motivo di preoccupazione. In primo luogo, il lancio della cosiddetta *Operation Warp Speed*, promossa dall'amministrazione Trump. Si tratta di un accordo tra il governo degli USA e un certo numero di aziende, tra cui alcuni colossi mondiali nel settore dei farmaci, come Johnson & Johnson, Merck, Astra Zeneca, Sanofi, Glaxo Smith Kline e altre. L'accordo, i cui dettagli non sono mai stati completamente divulgati, destando sospetti di mancanza di trasparenza e conflitti di interesse in relazione alle scelte dei vaccini, mira a finanziare le aziende per facilitare la produzione e la distribuzione di vaccini sulla base soltanto di evidenze preliminari, senza che tutte le fasi che abbiamo descritto siano state completate. Il secondo esempio è la decisione del governo russo di approvare la produzione di due vaccini, il primo ad agosto sviluppato dal *Gamaleya Research Institute of Epidemiology and Microbiology*, in base a dati molto limitati degli studi di fase I-II, prima ancora di condurre uno studio di fase III. Sulla qualità dei dati pubblicati degli studi di fase II, che si riferiscono solo a 76 casi, sono state sollevate riserve. Su un secondo vaccino, la cui disponibilità per novembre è stata annunciata solo poche settimane fa, mancano del tutto informazioni. Dal canto suo il governo cinese sembra abbia già provveduto a somministrare a centinaia di migliaia di persone un vaccino prodotto dall'azienda Sinopharm, anche in questo caso senza che l'itinerario delle ricer-

che sia concluso, mentre neanche i dati preliminari sono stati resi pubblici.

Nelle scorse settimane ha avuto grande risonanza sui mezzi di comunicazione l'annuncio da parte della Pfizer sull'imminente arrivo in commercio di un vaccino realizzato con modalità innovative dalla società tedesca BioNTech. Le informazioni fornite dall'azienda parlano di un'efficacia impressionante del 90%, senza che però sia chiaro su quali indicatori sia stata calcolata. In realtà sui dati a sostegno di efficacia e sicurezza non si sa nulla. Nonostante accordi economici già presi o in corso con l'Unione Europea, gli USA e altri paesi come Brasile e Israele, nessuna richiesta per l'autorizzazione accompagnata dai dati necessari è stata presentata presso l'EMA o l'FDA. Rimangono dubbi sulle fasce di età su cui le sperimentazioni sono state condotte, sugli effetti riguardanti la mortalità e l'insorgenza della malattia, sulla durata dell'immunità e su altri aspetti rilevanti.

Un secondo aspetto da considerare dal punto di vista della sanità pubblica è il problema dei costi e dell'accesso al vaccino. Preoccupazioni su entrambi gli aspetti sono state espresse sin dall'inizio della pandemia.

A marzo 2020 una lettera firmata da 61 organizzazioni della società civile attive nella difesa del diritto alla salute, inviata alla Commissione Europea e al Parlamento Europeo, aveva tempestivamente indicato che un'efficace risposta alla pandemia richiedeva che i trattamenti e i vaccini fossero garantiti gratuitamente, in particolare per le popolazioni vulnerabili. Veniva osservato che in molti casi i finanziamenti europei per lo sviluppo di farmaci avevano consentito l'emissione di licenze di sfruttamento esclusive, nonostante il rischio che comportavano per l'approvvigionamento a fronte di una domanda elevata e questo andava assolutamente impedito per la pandemia di COVID.

Con le risorse dei sistemi sanitari pubblici sotto pressione, la sostenibilità economica dei trattamenti non deve essere ulteriormente ostacolata dai costi eccessivi di medicinali e vaccini. Poiché ogni ritardo in una situazione di emergenza costa vite umane, non si può ritenere normale che le dinami-

che di mercato determinino la fissazione dei prezzi e stabiliscano dove e quando le terapie saranno disponibili, senza considerare le esigenze di tutela della salute. Pertanto, le misure per garantire che i vaccini per COVID raggiungano coloro che hanno bisogno richiedono una decisione politica che dovrebbe essere presa in modo univoco dall'Unione Europea o almeno dai governi degli stati europei più importanti, tra cui l'Italia, cioè rivedere l'esclusività di mercato associata a licenze concesse a un singolo produttore, che porta non solo a costi elevati, ma a un eccessivo affidamento su un solo fornitore, che può aumentare il rischio di scarsa disponibilità del vaccino.

Sulla stessa lunghezza d'onda, negli USA la *Public Citizen Alliance* si è rivolta nell'aprile 2020 al Congresso, sottolineando il pericolo che l'accesso alle innovazioni per la prevenzione e la cura del COVID-19, derivanti dagli avanzamenti della ricerca biomedica, fosse limitato dai prezzi, da produzione limitata e linee di fornitura frammentate, a causa dell'esclusività e riservatezza commerciale. Per evitare ciò, sarebbe necessario condividere la tecnologia medica e investire nella capacità di produzione pubblica.

La *Public Citizen Alliance* ha chiesto le seguenti azioni:

- **Innovazione per tutti**, poiché lo sviluppo di farmaci basato sul monopolio sta fallendo in tutto il mondo, i governi dovrebbero supportare la ricerca pubblica garantendone la trasparenza, allineando innovazione e l'accesso tempestivo. La condivisione dei dati della ricerca e l'accessibilità economica dovrebbero essere requisiti integrali dell'intero processo che parte dalla ricerca, sviluppa nuovi prodotti e giunge alla produzione.
- **Accesso per tutti**: i governi devono garantire che strumenti diagnostici, cure, vaccini e dispositivi medici abbiano un prezzo equo per i sistemi sanitari e siano gratuiti per il pubblico. Le aziende private e altri titolari di proprietà intellettuale devono sospendere l'applicazione dell'esclusività.
- **Solidarietà e cooperazione globale**: i governi, gli istituti di ricerca e i produttori devono coordinarsi con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per organizzare piattaforme che permettano la condivisione

pubblica dei risultati di ricerca e sviluppo.

• **Buon governo e trasparenza**: i governi e le organizzazioni internazionali devono promuovere trasparenza e partecipazione della società civile ai processi decisionali critici. La determinazione dei costi relativi di produzione, i prezzi dei prodotti, le norme per la commercializzazione e la proprietà intellettuale devono essere oggetto di un dibattito pubblico.

Per quanto riguarda specificamente i prezzi, va rilevato che le modalità con cui le industrie determinano in tutto il settore farmaceutico i prezzi fanno sì che alla collettività di fatto paghi due volte. La prima volta perché in genere la ricerca che sostiene lo sviluppo dei vaccini viene finanziata da fondi pubblici e poi di nuovo per l'acquisto dei prodotti immessi sul mercato. Questo è successo anche per lo sviluppo del vaccino della Pfizer. Infatti la società tedesca BioNTech, che ha condotto la ricerca alla base dello sviluppo del vaccino, ha ricevuto per coprire i costi un prestito di 100 milioni di euro dalla Banca Europea di Investimenti e un finanziamento di 375 milioni dal governo tedesco.

Data questa situazione, è più che ragionevole la proposta, avanzata in Inghilterra dall'economista Mazzucato e in Italia dal farmacologo Garattini, che venga abolito il brevetto dei farmaci o almeno che i governi revochino l'esclusiva dei diritti e concedano nuove licenze ad altri soggetti per produrre e distribuire i farmaci, come consentito dall'accordo di Doha in caso di necessità rilevanti di tutela della salute pubblica. Va in questa direzione un'iniziativa assunta dai governi di India e Sudafrica che recentemente hanno scritto all'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO), proponendo di introdurre al più presto possibile una deroga ai brevetti e ai diritti di proprietà intellettuale relativi a farmaci, vaccini e dispositivi biomedicali finché è in atto la pandemia. Al momento ogni decisione sulla proposta, appoggiata da importanti economisti come Steglitz, è stata sospesa e verrà esaminata a breve. È importante che il governo italiano si faccia promotore a livello europeo di un deciso sostegno a questa iniziativa.

L'entità molto rilevante del giro affari che

ruota intorno allo sviluppo dei vaccini è stata indirettamente ma efficacemente dimostrata da una notizia che ha destato scalpore. Due dirigenti della Pfizer che, come è noto, ricevono una parte dei loro compensi sotto forma di azioni della società, appena si è diffusa l'informazione sul vaccino che ha determinato l'aumento del valore delle azioni, si sono affrettati a venderne una cospicua quantità di quelle in loro possesso, incassando circa 7.5 milioni di dollari. Va rilevato che qualcuno ha maliziosamente osservato che questa vendita è sembrata troppo frettolosa, indicando forse una scarsa fiducia in ulteriori profitti che dovrebbero essere attesi se l'efficacia effettiva del vaccino fosse dimostrata sul campo. La necessità di prezzi equi e di libero accesso è stata affrontata anche in dichiarazioni e petizioni da numerose altre organizzazioni della società civile, come *Oxfam* e *Médecins sans Frontières*, mentre sul tema è rimasta insufficiente l'azione in termini di iniziative e proposta dei gruppi politici della sinistra, con qualche eccezione, tra cui va segnalato l'impegno dell'ala dei democratici americani che fa capo a Sanders. Una soluzione a questi problemi è minata proprio dal modo in cui molti governi stanno negoziando costi e forniture di vaccini con le industrie. La tendenza dei paesi ad alto reddito è quella di stabilire accordi bilaterali di acquisto anticipato con le aziende. Il governo degli Stati Uniti è stato di gran lunga il più aggressivo in questa direzione, impegnando quasi 10 miliardi di dollari per procurarsi almeno 700 milioni di dosi di vaccini da AstraZeneca, Pfizer, Sanofi, Glaxo Smith Kline e alcune società di biotecnologia. La Gran Bretagna ha ottenuto circa 250 milioni di dosi da varie industrie, circa quattro volte le dosi per i suoi 66 milioni di abitanti. L'Unione Europea, che si è unita in ritardo a questa gara, ha concordato di acquistare almeno 300 milioni di dosi del vaccino di AstraZeneca in un primo accordo, a cui partecipa anche l'Italia e ha firmato un contratto con la Pfizer prenotando 200 milioni di dosi, di cui circa 27 milioni destinate all'Italia. Benchè i dettagli economici di questo accordo non siano stati diffusi, sembra che il prezzo concordato con la Pfizer sia stato di 3.900.000 dollari. Ulteriori contratti

sono in corso tra l'Unione Europea e altre società per vaccini in fase di sviluppo. Anche altri paesi ricchi, come il Giappone e l'Australia, stanno firmando accordi per acquisti anticipati. La Russia, come detto in precedenza, ha approvato il proprio vaccino locale prima del completamento della fase III della ricerca. Nonostante ciò, il governo russo non sta con le mani in mano. Sembra che abbia già concluso una trattativa col Vietnam, che si è impegnato ad acquistare da 50 a 150 milioni di dosi. Il direttore del fondo di investimento che ha finanziato lo sviluppo del vaccino russo ha detto che ci sono già ordini per 1 miliardo di dosi da circa 20 paesi.

Tutto questo rende chiaro che i paesi potenti in qualità di produttori tendono a favorire le loro industrie e in qualità di acquirenti ad accumulare vaccini a spese della cooperazione globale. In questa situazione è probabile che i gruppi privilegiati che ricevano i vaccini per primi non siano quelli che ne hanno più bisogno. Ai più ricchi sarebbe consentito di garantirsi protezione, mentre la maggioranza della popolazione mondiale rimarrebbe indietro.

Per invertire questa tendenza, è stata lanciata un'iniziativa globale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, chiamata COVAX (*COVID-19 Vaccine Global Access Facility*). Nell'ottobre del 2020, 171 paesi, che rappresentano i due terzi della popolazione mondiale, hanno firmato sotto l'egida dell'OMS un accordo per collaborare allo sviluppo di vaccini e distribuirli equamente ai paesi partecipanti. COVAX include due componenti principali: la formazione di un gruppo di acquisto per i paesi a reddito più elevato e una raccolta fondi per i paesi a basso reddito.

I paesi che aderiscono a COVAX e si impegnano ad acquistare un certo numero di dosi dai produttori ottengono l'accesso a un vaccino approvato in un portafoglio predefinito, creando un mercato globale per abbassare i prezzi. A questo aspetto si aggiunge un'iniziativa di raccolta fondi coordinata dall'OMS per indirizzare gli aiuti e le donazioni a paesi a basso reddito, altrimenti non in grado di permettersi un vaccino.

COVAX è indubbiamente uno sviluppo

positivo nella direzione di una cooperazione e solidarietà globale nella lotta alla pandemia, in particolare in un momento in cui il multilateralismo è minacciato. Tuttavia, alcune critiche non vanno trascurate. In primo luogo il programma si muove nella logica degli aiuti e delle donazioni, lasciando inalterato lo squilibrio di potere e ricchezza tra le nazioni. In secondo luogo, molti paesi ad alto reddito, che hanno aderito a COVAX, continuano a perseguire tuttavia accordi bilaterali con i produttori. Questa ambigua strategia gestita su un doppio binario significa che non c'è un vero e incondizionato impegno per un accesso equo ai vaccini sul piano mondiale. Infine, un certo numero di importanti paesi ricchi, primi fra tutti gli USA, non ha aderito all'iniziativa, mettendo così a repentaglio il suo impatto globale.

In conclusione, l'opinione pubblica e le forze politiche impegnate per la salute globale devono combattere, in Europa e altrove, per garantire un accesso equo e conveniente ai vaccini COVID, riconoscendo che tutti al mondo avranno bisogno di essere protetti dal virus e garantire a tutti l'accesso alla prevenzione e all'assistenza è l'unico modo per proteggerci dalla pandemia. Ciò richiede di affrontare problemi che sono stati più volte sollevati nel quadro delle politiche sui farmaci:

- grande attenzione alla sicurezza e all'efficacia come obiettivi primari della ricerca;
- severi controlli da parte delle agenzie regolatrici sui protocolli di ricerca;
- trasparenza e dibattito pubblico sui dati della ricerca;
- modifica della regolamentazione dei prezzi;
- creazione di agenzie pubbliche in Europa per lo sviluppo e la produzione di farmaci;
- partecipazione dell'Unione Europea alla cooperazione a livello mondiale per l'accesso ai vaccini;
- revisione delle trattative bilaterali tra governi e aziende farmaceutiche;
- sostegno alle proposte presentate all'Organizzazione Mondiale del Commercio per la deroga ai brevetti e altri titoli di proprietà intellettuale per farmaci e vaccini almeno finché è in atto la pandemia.

Si tratta di obiettivi ambiziosi e ci sono molti dubbi che sia l'Unione Europea che la maggior parte degli attuali governi dei paesi membri, abbiano la volontà politica di affrontarli. Tuttavia sono elementi di una battaglia che l'opinione pubblica e le forze sociali non devono lasciare cadere, perché atteggiamenti egoistici dei governi e primato degli interessi commerciali sulla promozione della salute sono una minaccia per la sicurezza dell'intera popolazione.



# L'Università e l'approccio globale alla salute

## Perché la futura classe medica non può più ignorare una visione olistica della salute

a cura del Segretario Italiano Studenti in Medicina\*

La pandemia da COVID-19 ha messo a dura prova i Sistemi Sanitari ed i Governi di tutto il Mondo, stravolgendo le abitudini di vita degli individui. Lo studente, in medicina e non, si è ritrovato catapultato in una nuova realtà complessa e mai affrontata prima, sentendosi incapace di rispondere prontamente ai bisogni della comunità. Il SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina - APS), da sempre impegnato nella promozione di un approccio globale alla salute, si è interrogato sui limiti che la formazione universitaria fornisce ai futuri professionisti della salute e su quanto ancora si possa e si debba fare per migliorarla. La pandemia ha semplicemente acuito qualcosa che come Soci SISM sapevamo già da tempo: la mancanza di un approccio Globale alla salute dell'individuo.

I problemi di Sanità Pubblica, già presenti e noti da tempo, sono stati esasperati ancor di più dalla pandemia di SARS-CoV-2. Come abbiamo tristemente imparato, si tratta di un nuovo ceppo di Coronavirus, mai identificato prima nell'uomo, che circola generalmente tra gli animali, ma che occasionalmente può infettare l'essere umano. Una volta effettuato lo *spillover*, o salto di specie, la trasmissione interumana avviene per *droplets* o altre secrezioni oppure per contatto diretto o indiretto di persone affette.

Quella che inizialmente veniva paragonata ad una comunissima influenza, si è rapidamente dimostrata una minaccia non solo per il benessere biopsicosociale della popolazione, ma anche per l'economia, la comunicazione, l'ambiente di vita, per quella normalità di cui ora vorremmo tanto riappro-

priarci, in cui hanno radice molti dei determinanti sociali di salute.

Proprio per questo la promozione della salute deve estendersi oltre il campo delle politiche sanitarie. L'obiettivo è quello di trattare la salute come un bene pubblico e promuovere l'equità in salute come diritto umano fondamentale. Un esempio è Il modello "*Health in All Policies*" promosso dall'OMS che rappresenta un approccio fondato sulla salute e sulle ricadute che le decisioni prese in differenti ambiti hanno su di essa.

Per poter realizzare appieno tale modello risulta però necessario che gli attori coinvolti siano consapevoli dei determinanti delle disuguaglianze e del loro impatto sulla salute, in un'ottica globale. **La formazione, in questo, ha ruolo fondamentale, poiché permette di educare i futuri professionisti ad un concetto di salute come bene comune e diritto di tutti.** Tale percorso educativo non deve riguardare solamente i professionisti sanitari, ma estendersi alle altre professioni (in campo sociale, economico, nell'educazione scolastica, ecc.) e all'intera popolazione.

La pandemia da Covid-19 ha infatti colto la popolazione mondiale totalmente impreparata, partendo dalle strutture governative, a quelle sanitarie, al settore lavorativo, al sistema scolastico ed universitario; tutto si è ritrovato senza difesa di fronte al contagio ed alle sue drammatiche conseguenze. Chi prima guardava questi eventi da una prospettiva privilegiata senza pensare che ne sarebbe mai stato raggiunto si è riscoperto in una delle sue primordiali caratteristiche: la

vulnerabilità. Sono cambiate le abitudini, la gestione delle giornate lavorative e i momenti sociali. Allo stesso tempo, si sta assistendo ad una sempre maggiore pressione sulle disuguaglianze all'interno della popolazione, inasprendo le note difficoltà nell'accesso alle cure.

Scoprirci deboli come umanità ci getta verso sentimenti di smarrimento, di paura ed incredulità, dall'altro canto si fa viva, nei vari settori della società, la volontà di ricostruire i nostri mezzi di difesa. L'atto di ricostruzione e revisione delle fondamenta su cui la Salute dovrebbe fondarsi non ha lasciato immobili gli studenti, futuri professionisti della salute.

**La pandemia ha acuito una necessità che si avvertiva già da tempo, ossia l'esigenza di avere figure sanitarie più preparate a rispondere ai mutevoli bisogni di salute della società.** Tuttavia, risulta necessario un nuovo paradigma formativo, affinché i professionisti della salute possano rispondere a tale mancanza. Allo stesso modo, una concezione della politica sanitaria che tende ad una eterna e progressiva medicalizzazione senza analizzare i fattori che determinano malattia e morbilità (e gli interventi atti alla loro prevenzione) potrebbe non essere più sostenibile in futuro.

Diverse organizzazioni, istituzioni e associazioni in Italia convergono sulla necessità di un cambiamento nell'approccio all'insegnamento. Tale approccio può essere altresì applicato a prevenzione, diagnosi e riabilitazione fornendo quindi le competenze trasversali e multidisciplinari necessarie al professionista sanitario - e non solo - per farsi portavoce di necessità di salute dei cittadini. Questo sarà fondamentale anche per prendere parte alle decisioni politiche mediando consapevolmente i divergenti interessi in favore della Salute, coerentemente con i principi di *to advocate*, *to enable* e *to mediate* espressi nella Carta di Ottawa.

Questo cambiamento nella formazione produrrà inoltre generazioni di professionisti più consapevoli del loro ruolo sociale; per evitare lo scenario prospettato da Edgar Morin, che affermava che *"l'indebolimento della percezione globale conduce all'inde-*

*bolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato) nonché dell'indebolimento della solidarietà (in quanto ciascuno non sente più il legame con i concittadini)"*.

Analizzando più specificatamente gli attori coinvolti, è l'inter-professionalità nell'educazione e nella pratica collaborativa a giocare un ruolo estremamente significativo nel preparare adeguatamente i medici del futuro ad affrontare le sfide che troveranno nel sistema sanitario; si deduce così la necessità di coinvolgere in questa riforma educativa



non solo lo studente di medicina o il medico in formazione ma tutti i professionisti, non esclusivamente della salute.

Non è però sufficiente modificare i contenuti dei curricula universitari, ma è necessario creare più opportunità formative, volte ad un'educazione sanitaria orientata alla salute intesa con un approccio globale.

Si tratta di un obiettivo arduo, in quanto la struttura dell'apparato formativo è costruita sui bisogni e le aspettative della società che l'ha creata, determinando in tal modo una propensione maggiore nel perpetuare il medesimo schema educativo. Questo ciclo, in cui chi ha appreso le nozioni attraverso lo strumento della lezione tradizionale così le andrà a sua volta a trasmettere, limita l'operato del docente e blocca lo studente in una dimensione di passività. Lo studente perde così la dimensione di critica dell'attuale struttura educativa e dei contenuti trasmessi, trovandosi ad essere uno spettatore della propria formazione.

Solamente una società capace di compren-

dere l'importanza di questa riforma può essere parte attiva di questo cambiamento, lavorando al costruito sociale di salute. Tutto ciò può avvenire mettendo in atto misure come percorsi di ricerca multidisciplinare sulla salute della popolazione: ci si dovrà interessare della formazione di professionisti della salute e non, rendendoli consapevoli degli effetti delle loro azioni sulla salute.

L'educazione del professionista, non solo sanitario, non potrà che partire dalla sua forma primordiale, ossia lo studente, incorporando temi di salute pubblica all'interno dei percorsi di formazione. Vista anche la fondamentale importanza della condivisione della cura, nella sua visione più ampia, sarà importante coinvolgere le comunità in un processo educativo partecipato con il fine di accrescere le conoscenze e le competenze in ambito socio-sanitario, dopo averne definito insieme a loro i bisogni.

Coerentemente con quanto espresso, risulta imperativo allineare le competenze professionali alla realtà in costante cambiamento. Tale priorità è stata altresì riconosciuta dalla FNOMCeO ed inserita all'interno del Codice di Deontologia Medica modificando il precedente Art 5. L'acquisizione delle conoscenze e capacità in salute globale dovrebbe essere promossa tramite una sempre maggiore inclusione della tematica all'interno del core curriculum universitario, associata all'offerta agli studenti di opportunità esposizione cross-culturale.

In questo contesto senza precedenti nella storia moderna, il SISM si è preso carico di un bisogno che ha preso sempre più piede fra le comunità studentesche, e non.

Concepire la medicina come una scienza a tenuta stagna completamente slegata dalle altre ormai è un pensiero anacronistico e fallace, che porta ad una visione ridotta della realtà. Al contrario, la Global Health si basa

su principi di *multidisciplinarietà* e *interdisciplinarietà*, permette di avere una visione olistica della salute delle comunità e di disegnare politiche sociali e sanitarie efficaci e puntuali.

Qui è entrata in gioco la nostra Associazione: come SISM in questi ultimi mesi abbiamo lavorato assiduamente per rispondere a questa carenza nella nostra formazione di futuri professionisti della salute, attraverso momenti di formazione, partnership con realtà esterne e tramite l'organizzazione di webinar con esperti del settore. Questo trend si è visto sia a livello locale, ma soprattutto a livello nazionale, coordinato dal Global Health Group.

Contrapposta alle esperienze associative non solo nostre di informazione e formazione, c'è la realtà universitaria che purtroppo, a causa delle conseguenze di una pandemia mal gestita dalle Istituzioni, ha risentito di più sia in termini di qualità che di quantità di formazione per i propri studenti.

Dal punto di vista delle lezioni, molte facoltà hanno garantito le lezioni online, ma in moltissimi casi queste non sono state effettuate, lasciando gli studenti ad affidarsi a supporti digitali che hanno aumentato la sensazione di crisi dello studente.

Tuttavia, ciò che più ha sofferto è la realtà delle attività pratiche: essendo state in larghissima parte sospese o traslate online (come nel caso dei tirocini come il Tirocinio Pratico-Valutativo per l'abilitazione all'esercizio della professione medica - TPVES), possiamo affermare come si sia perso molto dal punto di vista dell'apprendimento di quelle competenze core che vengono delineate nel Curriculum del futuro medico, e questo rischia di generare nuovi medici che saranno meno competenti e meno formati, impattando negativamente non solo a livello locale ma anche su quel tanto ricercato approccio globale alla salute.

Fonti e approfondimenti:

- Health in all policies, the Helsinki declaration, 2013 - [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/)
- Ottawa charter for Health Promotion, 1986 - <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

•Edgar Morin, *“La testa ben fatta, Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero nel tempo della globalizzazione”* (1999), Raffaello Cortina edizione

•Art.5 *“Promozione della [...] salute globale”*, Codice di deontologia Medica, 2014 - <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti.pdf>

## Presentazione del SISM

*Il Segretariato Italiano Studenti in Medicina – APS è una libera associazione di promozione sociale che attraverso la sensibilizzazione sui profili etici e sociali della professione medica e alla crescita intellettuale, professionale e deontologica (anche attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione) è impegnata a rispondere ai bisogni di salute degli individui.*

*Il SISM è federata con le altre Associazioni Nazionali di studenti in Medicina di tutto il mondo ed intrattiene, contestualmente, una relazione ufficiale con la World Health Organization e con il sistema Nazioni Unite. Il SISM è organizzato sul territorio in quasi 40 Sedi Locali a cui si iscrivono i circa 8000 Soci. Le Sedi Locali del SISM sono il nucleo essenziale dell'Associazione e consentono alla medesima di capillarizzare le sue attività statutarie su tutto il territorio Nazionale. All'interno dell'IFMSA e dello stesso SISM si presentano aree tematiche che realizzano progetti diversi fra loro ma tutti mossi dallo stesso fuoco, quello della Salute Globale.*

### La Salute Globale - definizione operativa per il SISM

La definizione di Salute Globale, cui il SISM fa riferimento, è quella proposta dalla Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale, secondo cui essa è intesa come "approccio che mira a dare pieno significato e attuazione a una visione di salute come stato di benessere bio-psico-sociale e come diritto umano fondamentale".

La Salute Globale si presenta, quindi, come approccio integrato di ricerca ed azione che consideri fattori economici, sociali, politici, culturali, ambientali e spirituali nella determinazione di salute e malattia. Le basi su

cui si fonda il modello di GH sono quello geografico, visto come connessione fra i fenomeni a livello locale e globale, e l'altro volto all'integrazione dei saperi poiché numerose sono le discipline i cui strumenti sono necessari per condurre un'analisi così ampia. Il SISM considera questo modello la base d'azione per il professionista della salute, che opera in un'ottica di equità e giustizia sociale, al fine di garantire un servizio non solo adeguato nella presa in carico della malattia, ma soprattutto volto alla prevenzione e alla promozione della salute.

Fra i vari esempi di come il SISM abbia trattato di Salute Globale, quello più lampante è senz'altro il progetto di scambio di tirocinio o di ricerca in un paese estero, coordinato dalle *Standing Committee on Professional Exchange (SCOPE)* e *Standing Committee on Research Exchange (SCORE)*.

Venire a contatto con una realtà differente sia da un punto di vista lavorativo che culturale porta senz'altro grande crescita per lo studente di medicina, non solo dal lato tecnico-scientifico ma anche sul lato umano attraverso attività che promuovono l'intercultural Learning.

Tuttavia, riconosciuta la complessità e l'importanza di questo approccio per gli scopi sociali del SISM, si è instaurato un gruppo permanente che servisse come punto di riferimento per orientarsi nel *mare magnum* della Salute Globale: è per questo motivo che ormai da quasi dieci anni è stato fondato il *Global Health Group*. Questo si riconosce in principi specifici volti alla tutela del diritto alla salute come diritto umano, sostenendo la salute e un servizio di qualità che risponda ai bisogni e sia nelle mani delle persone, con una piena accessibilità alle cure.



*\*Il Comitato nazionale "Priorità alla Scuola" è costituito da una rete di docenti, genitori, educatori e educatrici, dirigenti, studenti e studentesse, personale Ata provenienti da oltre 60 città italiane, che si battono per la riapertura della scuola in presenza, sicurezza, continuità e senza riduzioni di tempo. Il Comitato Priorità alla Scuola, nato nell'aprile 2020, quando vigeva ancora il lockdown generale, è sceso in piazza per la scuola la prima volta il 23 maggio in 18 città per chiedere un ritorno nelle scuole in presenza e in continuità. La seconda il 25 giugno in 60 città. Il 13 luglio ha organizzato presidi davanti a 10 regioni, tra cui l'Emilia Romagna (in quanto sede del presidente della Conferenza Regioni). Il 26 settembre ha organizzato una manifestazione nazionale a Roma, in piazza del Popolo, a cui hanno aderito tutti i sindacati confederali della Scuola (Cgil, Cisl, Uil, Gilda, Snals) e Cobas per la prima volta insieme nella stessa piazza dopo decenni.*

# Una lettera per la scuola

a cura del Comitato Nazionale "PRIORITA' ALLA SCUOLA"\*

Questa lettera aperta è del 2 novembre 2020, come sappiamo l'attività didattica da allora non è stata considerata una priorità, in particolare le istituzioni (governo, regioni) non sono stati in grado di garantire un trasporto pubblico e scolastico adeguato e sicuro come pure non si intravede all'orizzonte una "ricostruzione" della medicina scolastica ovvero di una medicina pubblica e territoriale dell'età dello sviluppo. Ma questo Comitato rappresenta, con altri, il risveglio, in termini di contenuti e di mobilitazione, affinché "niente sia più come prima".

La Redazione

*Al Presidente del Consiglio Giuseppe Conte, ai Presidenti di tutte le Regioni italiane, ai Ministri del governo e Al Presidente della Repubblica*

Siamo quel gruppo di cittadine e cittadini, genitori, con figli e figlie di varie età, scolare e prescolare, e di insegnanti, di educatrici e educatori e operatrici e operatori della scuola, di professioniste/i che, nell'aprile 2020, aveva deciso di interpellare direttamente la ministra Lucia Azzolina con una "lettera a una professoressa": in merito alla scuola quale diritto e servizio essenziale che, allora, era necessario ripristinare al più presto in presenza, in sicurezza e in continuità.

Ora, ci troviamo nell'imminenza di provvedimenti che minacciano di far tornare la scuola al febbraio-marzo 2020 (laddove questo non è già accaduto, come in Campania e in Puglia e per gli studenti e le studentesse delle scuole superiori). Per questo, quel gruppo di cittadini, ora costituito in Comitato Priorità alla Scuola, ha deciso interpellare di nuovo direttamente

le istituzioni della Repubblica italiana, rivolgendosi al Presidente della Repubblica, al Presidente del Consiglio, ai Ministri del governo, ai Presidenti delle Regioni.

Consapevoli della necessità di misure per contenere l'epidemia e ridurre i contagi, sosteniamo che sia essenziale, per il presente e il futuro del Paese, adottare provvedimenti in grado di tutelare il diritto alla salute insieme al diritto all'istruzione. È questa la scelta fatta dalla grande maggioranza dei nostri partner europei, tra cui Francia, Germania, Olanda, Irlanda, Gran Bretagna, le cui misure di lockdown prevedono che servizi educativi per l'infanzia e scuole restino aperte. Sono proprio di queste ultime ore le notizie relative alla drastica diminuzione di contagi in Irlanda, il Paese che per primo ha adottato forme di lockdown piuttosto drastiche, mantenendo però le scuole aperte. Invitiamo le istituzioni italiane a seguire questi esempi, e richiamiamo al senso di responsabilità verso una materia così importante come la scuola, che non può essere liquidata come «settore improduttivo», e verso i minorenni che risiedono in Italia. Sin dalla prima ondata dell'epidemia, è stato dato per scontato che i diritti dei minori siano quelli revocabili senza discussione né conseguenze. Ci opponiamo fermamente a questa logica. È proprio mantenendo le scuole aperte che i diritti alla salute e all'istruzione potranno conciliarsi.

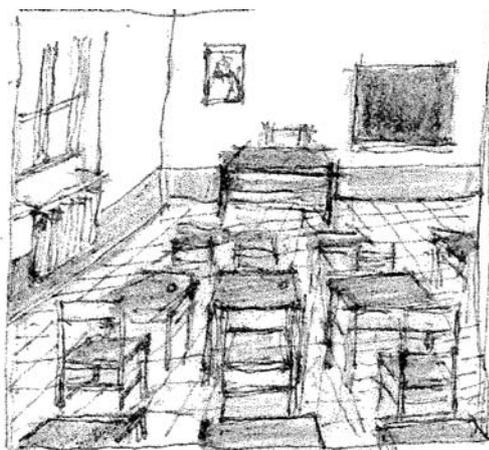
Nelle scuole sono stati applicati i protocolli sanitari più stringenti e più verificabili. Le scuole aperte sono quelle che garantiscono il corretto uso dei dispositivi di sicurezza individuale per un'ampia

parte della giornata; quelle che inducono comportamenti virtuosi attraverso un continuo autocontrollo; quelle che pertanto garantiscono un monitoraggio di massa e infine il tracciamento di casi sospetti e contagi, che altrimenti sfuggirebbero a ogni controllo. Le scuole sono già un presidio per la prevenzione e non ci riferiamo solo ai protocolli sanitari in vigore: è noto che oggi c'è una spiccata correlazione tra livello di istruzione e malattie, vale per il covid come per le altre patologie che continuano a insidiarci; chi è istruito a fa prevenzione e si cura meglio di chi non lo è.

Le scuole sono “salutarì” da ogni punto di vista, e questa loro funzione può essere incrementata: non chiudendole, ma potenziando la medicina scolastica. Inoltre la scuola, per la sua capillare distribuzione territoriale, può essere anche luogo di informazione, per trasferire le comunicazioni sanitarie a tutti, incluse le comunità straniere: attraverso circolari tradotte in arabo, in cinese, spagnolo, francese e inglese.

Le scuole aperte sono garanti contro la dispersione del tracciamento e contro la dispersione e l'abbandono scolastico. Ormai è assodato che la chiusura delle scuole dei mesi scorsi ha compromesso il diritto all'istruzione dei e delle minori, così come il diritto all'infanzia, inteso in senso ampio, quale diritto alla relazione e al confronto con i coetanei. Sappiamo che maestri, maestre, docenti, all'avvio del nuovo anno scolastico, si sono trovati a svolgere un massiccio lavoro di ri-alfabetizzazione e ri-scolarizzazione di bambini, bambini, ragazze e ragazzi che, tra febbraio e settembre, sono regrediti in competenze fondamentali. Le conseguenze di una nuova chiusura sarebbero catastrofiche, con una ulteriore “regressione” relazionale, culturale, di competenze basilari e di saperi. La didattica a distanza ha dimostrato di mancare di quella componente essenziale che è la relazione con l'altro e tra pari, senza la quale il processo di costruzione della personalità dei bambini e degli adolescenti non si compie. La scuola è luogo di occasioni di scambio e

di rimescolamento: degli sguardi, dei linguaggi, delle esperienze, delle condizioni culturali e sociali, del pubblico e del privato. A distanza tutto questo non può accadere, al contrario. È assodato infatti che l'isolamento personale e relazione prodotto dalla Dad è stato un moltiplicatore di disuguaglianze di ogni genere— sia sul piano umano che su quello didattico e culturale — penalizzando i più fragili: studenti con disabilità, bisogni educativi speciali, di origine straniera e vittime del disagio e della violenza in contesti familiari e sociali.



La Didattica a Distanza resterebbe un problema anche qualora le istituzioni scolastiche garantissero la fornitura di strumenti informatici e connessioni: perché in tutti i casi non potranno mai fornire anche una stanza in più, una situazione familiare serena, le opportunità che in troppe case mancano. La retorica del “*restate a casa*” della scorsa primavera non può nascondere quella spaventosa realtà che è la violenza domestica. Persino nei contesti più solidi e avvantaggiati sul piano socio-economico-culturale, i minori saranno privati allo stesso tempo di autonomia e socialità, due dimensioni di cui la scuola è componente essenziale. È nota la definizione di “*salute*” dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: è uno “*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non semplice assenza di malattia*”. Secondo il recente rapporto delle Nazioni Unite, presentato dalla direttrice del dipartimento salute mentale dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità, anche la salute mentale, non solo quella fisica, è a rischio a causa della pandemia di coronavirus: l'isolamento amplifica paure e incertezze, con pesanti conseguenze psicologiche.

La scuola è "salutare" anche per questo.

Infine, ma non ultimo per importanza, i danni sul piano didattico e formativo, che ci trasciniamo dalla perdita dello scorso anno scolastico, diventerebbero di portata inimmaginabile tanto che i giovani di questo paese non saranno in grado di tenere il passo dei loro coetanei europei.

Nelle ultime settimane la scuola è stata usata come comoda scorciatoia, capro espiatorio di carenze che riguardano altri settori: dalla sanità stessa ai trasporti pubblici. Sanità e trasporti pubblici devono essere al servizio di alunni, alunne, studenti e studentesse, non viceversa.

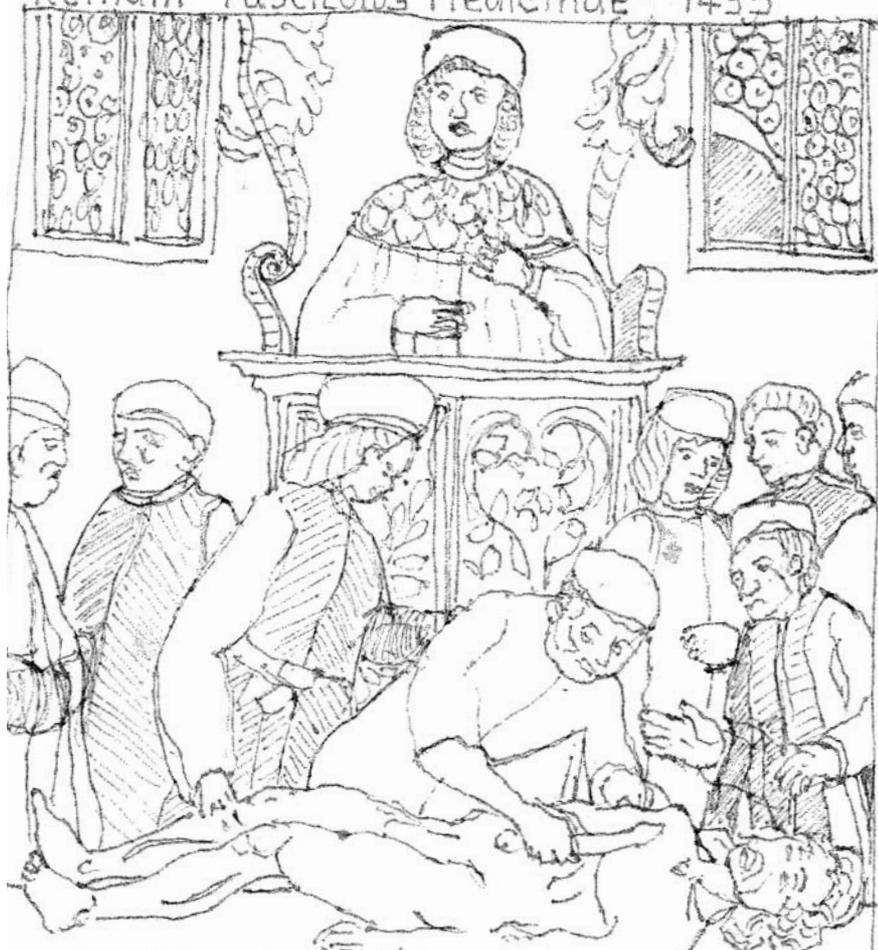
Chiediamo pertanto che le scelte di Governo e Regioni siano all'altezza di quelle dei principali partner europei: restiamo

in Europa, non solo in termini monetari e finanziari, ma in materia di diritti e di rapporti tra Stato e cittadini e cittadine. Chiediamo che siano tutelati i diritti di fasce della popolazione che hanno già pagato caro la crisi in corso, e a cui al momento garantiamo solo il ruolo di debitori perpetui. Le scuole siano mantenute aperte, in presenza, in continuità, in sicurezza.

Chiediamo che le risorse siano indirizzate a tal scopo: potenziando finalmente i servizi scolastici in ogni territorio del Paese, facendone un presidio di salute e di istruzione; potenziando il trasporto pubblico necessario per lo spostamento di studenti e studentesse delle scuole superiori; potenziando la sanità, a tutela della generale salute pubblica. La chiusura delle scuole sarebbe un fallimento di cui dovrete rendere conto di fronte a tutta l'Europa, a tutto il paese e soprattutto alle giovani generazioni.

Priorità alla scuola

da: Mondino de' Luzzi assiste dalla cattedra a una  
dissezione. Facoltà di Bologna, Johannes de  
Keiham "Fasciculus Medicinæ" 1493



# L'abbandono delle persone con disabilità durante la pandemia. Un diario

di Laura VALSECCHI\*

## L'ABBANDONO

*Conscio del momento di smarrimento collettivo; conscio delle difficoltà a intervenire a sostegno nel caso specifico in cui si trova mia figlia, persona autistica di 32 anni, e per la mia famiglia, sento il dovere di raccontare le fatiche di genitore nel cercare di rispondere al meglio ai bisogni di mia figlia in questo periodo maggiormente difficile, opprimente, di angoscioso isolamento.*

*Dall'11 al 16 febbraio 2020 mia figlia è stata ospite della cooperativa "Amicizia" di Codogno per un periodo di sollievo (progetto ex legge 162/98). Dal 17 al 21 dello stesso mese ha regolarmente partecipato alle attività del Centro Diurno per Disabili (CDD) che frequenta da 12 anni, poi nel fine settimana è scoppiato il caso "Codogno" con il primo caso di contagio da corona virus nella regione Lombardia. Provenendo dal comune di Codogno, da lunedì 24 febbraio mi è stato chiesto di tenere a casa mia figlia per il completamento del periodo di quarantena e anche il supporto dell'intervento educativo domiciliare è venuto meno.*

*Ciò vuole dire che dalle ore 16,00 di venerdì 21 febbraio 2020 alle 08,30 di lunedì 2 marzo 2020 (quasi 10 giorni interi), giorno in cui mia figlia dovrebbe poter riprendere a frequentare il CDD, sarà questo un periodo che trascorrerà quasi interamente nelle quattro mura di casa, abitazione unica questa, peraltro, che non dispone di ampi spazi. Delle 120 persone con differenti disabilità che frequentano i 4 CDD presenti nell'Ambito di Cinisello Balsamo, mia figlia è forse l'unica persona che si trova a vivere questa condizione.*

*Ho abbondantemente superato i sessantacinque anni d'età e la cura e il sostegno a*

*mia figlia, per la quale faccio sempre più fatica a rispondere ai suoi bisogni e a contenere i suoi comportamenti, è per me un impegno al limite delle mie forze e possibilità.*

*Nei prossimi giorni potrebbe succedere di tutto e non è detto che possa essergli negata la possibilità di frequentare il CDD per un tempo indefinito e qui si porrebbe un interrogativo emblematico. Come sostenere persone con disabilità complesse e le loro famiglie?*

*Oggi mi sento totalmente abbandonato e se questa condizione si protrasse per un tempo indeterminato, per mia figlia cosa si dovrebbe o potrebbe fare? E per la sua famiglia?*

*E' forse giunto il momento di guardare con serenità (come già profeticamente anticipato nel film di Richard FLEISCHER del 1973 "2022: i sopravvissuti"), al suicidio assistito? L'imperante assenza e ipocrisia delle istituzioni, dei servizi, di tanti, di troppi, di tutti? Forse è bene che lasci anche spazio a un atto normativo che dia la possibilità per chi lo ritiene di congedarsi senza sofferenza dalla vita oramai svuotata di energie, di valori, di senso.*

Roberto Maria Bacci, 27 Febbraio 2020

## QUALE PRESA IN CARICO DELLE PERSONE CON DISABILITA' DURANTE LA PANDEMIA (dal 21 febbraio 2020 al 12 giugno 2020) ?

La parola giusta è: ABBANDONO, come richiamato nella pagina precedente dal padre di A.B.

Dall'inizio della pandemia si è verificata una gravissima situazione nelle strutture territoriali che si occupano delle persone con

\*Medicina Democratica, Milano.

disabilità.

Nonostante che nei diversi DPCM sia stata sempre richiamata la necessità di riorganizzare le attività (non di chiuderle), personalizzando gli interventi a seconda delle situazioni e organizzandosi anche con interventi a domicilio, creando delle modalità di prevenzione con utilizzo di dispositivi di protezione individuali (DPI) adeguati, gel per igienizzazione, prodotti per sanificazione e distanziamento, si è visto concretamente la chiusura dei CDD e lo sviluppo di pochissimi interventi, centellinati nel tempo.

Le dotazioni di DPI hanno tardato ad arrivare, i controlli preventivi sugli operatori per capire la diffusione del contagio non è stata fatta e molti operatori sono stati lasciati a casa, in malattia o in attesa di essere chiamati.

Si tratta in genere di operatori dipendenti da Cooperative, con contratti diversificati e a tempo determinato, per cui facilmente spostati o lasciati a casa.

I Centri Diurni Disabili (CDD) sono strutture semiresidenziali socio-sanitarie accreditate dalla Regione Lombardia per un massimo di 30 posti. I CDD accolgono persone disabili gravi e l'età di accesso varia tra i 18 e i 65 anni, erogano prestazioni socio-sanitarie, riabilitative ed educative sulla base di progetti individuali elaborati dall'equipe del servizio.

Di fatto per garantire tutte le prestazioni la gestione è in capo alle Cooperative che assumono il personale e organizzano le attività all'interno delle strutture.

**Il risultato di tutto ciò è che per tutto il periodo della pandemia le attività effettuate nei CDD non ci sono state e vi sono stati interventi di 2 ore alla settimana individuali o per via telematica o andando presso il domicilio e proponendo delle uscite, nel rispetto delle regole che erano state previste per la mobilità all'esterno dai DPCM per il Covid-19.**

E' evidente che gli utenti con problematiche di disabilità psichica e motoria ne hanno risentito, peggiorando il loro umore e le tensioni in famiglia. I familiari, in genere non giovanissimi, hanno dovuto farsi carico dell'assistenza e della capacità di creare momenti ludici e di coinvolgimento per

mantenere quello che normalmente viene svolto dai CDD, con conseguente peggioramento delle condizioni di vita data la fatica fisica e mentale.

Di seguito si riporta la vicenda di una famiglia con figlia autistica di 32 anni, che frequenta un Centro Diurno per persone con Disabilità (CDD) in appalto a una cooperativa, che dal 27 febbraio 2020 ha chiesto ripetutamente un aiuto, un sostegno, come previsto da tutti i DPCM che si sono susseguiti dall'8 marzo 2020 al 26 aprile 2020; in quest'ultimo, all'articolo 8, si davano ancora una volta indicazioni di presa in carico personalizzata delle persone con disabilità che frequentano strutture semiresidenziali sociosanitarie.

**Dalle mail che sono state inviate dai genitori e dalle poche risposte avute si evince l'abbandono più totale e la necessità di ricorrere a una propria capacità di resistenza, di resilienza, sostenuta esclusivamente dal nucleo familiare.**

Viene veramente da chiedersi:

- Come può essere che si verifichi una così grave mancata applicazione delle norme?
- Come può essere che non vi sia una assunzione di responsabilità da parte dei referenti delle Istituzioni (Comune, ATS, ASST, Regione) e da parte dei Coordinatori delle Cooperative e dei CDD attraverso la definizione di progetti individuali, nonostante che si siano scritti fiumi di parole all'interno dei DPCM e delle Ordinanze Regionali sulle modalità di presa in carico delle persone con disabilità?
- Come può essere che non vi sia stata una presa di posizione da parte del Terzo Settore, soprattutto delle Associazioni che sono state anche coinvolte nella stesura dei piani di riorganizzazione delle attività assistenziali, educative, riabilitative?

Ciò si somma a tutto quello che è mancato all'interno dei servizi in termini di sicurezza: dai tamponi, alle mascherine ai DPI necessari per gli operatori, per gli utenti e per i loro familiari.

Gli atti normativi del governo, le deliberazioni regionali, gli atti dirigenziali si rivelano drammaticamente fragili e inefficaci quando devono essere messi in pratica dagli

enti gestori dei servizi.

E la conclusione di questa storia è ancora più terribile: la proposta di ripresa delle attività per questa persona autistica sarà quella di più uscite per un totale di 6 ore alla settimana da svolgersi all'aperto (parchi).

Tradotto: se i genitori non si fossero mossi come si sono mossi in tutto questo periodo di solenne abbandono, forse non ci sarebbero stati neanche questi minimi interventi.

## LA STORIA

*Esperienza del padre di A.B., riportata in numerose mail inviate a tutti i responsabili istituzionali nelle quali chiede spiegazioni, comprensione e aiuto.*

**CORONAVIRUS: PRIMO CASO A CODOGNO IL 21 FEBBRAIO 2020**

*27 febbraio 2020*

Prima mail interlocutoria all'assistente sociale che ha in carico A.B. e per conoscenza alle istituzioni regionali, locali, sanitarie e ai referenti dell'ente gestore del servizio semiresidenziale sociosanitario e della Cooperativa che ha l'appalto dei servizi.

*Nostra figlia, A. B, persona autistica di 32 anni, è tornata domenica 16 febbraio 2020 da un periodo di sollievo (progetto ex legge 162/98) trascorso in un Centro gestito da una Cooperativa nella zona di Codogno. Dal 17 al 21 febbraio 2020 ha regolarmente frequentato il CDD, ma da lunedì 24 febbraio è a casa provenendo da luogo focolaio del coronavirus. Anche l'Intervento Educativo Domiciliare pari a sei ore, della settimana 17/21 febbraio 2020 è stato sospeso.*

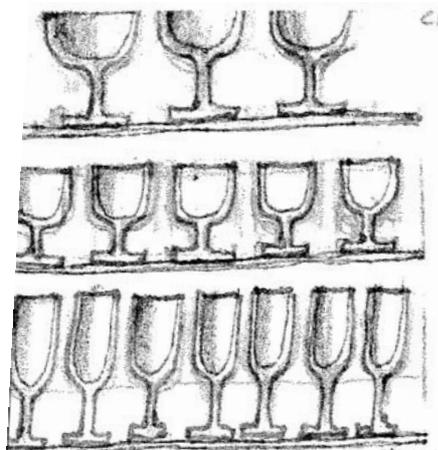
*Dalle ore 16.00 di venerdì 21 febbraio 2020 alle 08.30 di lunedì 2 marzo 2020 (quasi 10 giorni pieni), sempre che non verranno emanate nuove disposizioni che impongano la chiusura dei CDD a tempo indeterminato, per nostra figlia sarà venuto meno qualunque tipo di supporto assistenziale ed educativo: CDD e Intervento Educativo Domiciliare.*

*Sembrerebbe superfluo ricordare le difficoltà e le fatiche di noi genitori al sostegno a cura di nostra figlia per un periodo così lungo e nel rispetto della quarantena, avendo altresì a disposizione le sole quattro mura di casa.*

*Lunedì 2 marzo 2020 (trascorsi i 14 giorni di quarantena) accompagneremo nostra figlia al CDD: a oggi nessuno in famiglia sta male o ha sintomi strani e le temperature rilevate giornalmente sono nella norma.*

*Quali attenzioni nei confronti di nostra figlia e della nostra famiglia nel malaugurato caso di chiusura dei CDD?*

**8 MARZO 2020 PRIME INDICAZIONI DI RALLENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE PER LA PANDEMIA DA COVID 19**



*10 marzo 2020*

*Alle ore 8.30 di questa mattina, martedì 10 marzo 2020, ho accompagnato mia figlia nel CDD. La dottoressa responsabile mi informava che non poteva essere garantito il servizio perché TUTTI gli operatori, ribadendo proprio TUTTI, avevano comunicato la loro malattia. Venendo meno l'accoglienza di mia figlia, non mi è rimasto che tornare a casa con lei.*

*11 marzo 2020*

*La coordinatrice del CDD ci ha informati che il consiglio di amministrazione della Cooperativa ha deciso la chiusura dei CDD in oggetto da domani, giovedì 12 marzo, a venerdì 3 aprile 2020.*

*Per 25 giorni saremo solo noi genitori a provvedere alle cure e a quant'altro per nostra figlia. In questo momento, quando oltretutto sono praticamente azzerate le opportunità d'incontro, di frequentazione di luoghi sociali, ricreativi e altri e la sola*

*possibilità, con tutte le difficoltà di nostra figlia, sarà solo quella, solo se il tempo lo permetterà, di proporle una breve passeggiata nel parco vicino casa.*

*Prendiamo atto con disgusto che da nessuno, servizi e istituzioni, a cui sono state dirette le nostre comunicazioni ci è pervenuto riscontro. Questo ad avvalorare la nostra convinzione che a nessuno gliene frega nulla di nostra figlia, della sua famiglia, destinati, come sicuramente altre persone con disabilità e loro famiglie, al completo abbandono.*

*Mail inviata dai genitori al Dirigente U.O. rete territoriale - DIREZIONE GENERALE WELFARE- Regione Lombardia.*

*La informo che nella giornata di mercoledì 11 marzo 2020, la coordinatrice del CDD mi informava telefonicamente che da giovedì 12 marzo i CDD per decisione del consiglio di amministrazione della Cooperativa venivano chiusi fino a venerdì 3 aprile 2020.*

*Per quanto ne so io, gli operatori del CDD, ma anche altri degli altri CDD, da martedì 10 marzo 2020 si sono messi in malattia in quanto non gli venivano forniti dispositivi di sicurezza (esempio: mascherine) e per motivi che riguardavano la precaria pulizia e la non sanificazione e disinfezione degli ambienti.*

*Mi giunge notizia dall'assessore alle Politiche Sociali che se i CDD e i CSE non sono aperti, questi dovranno comunque garantire l'assistenza domiciliare. Di questo non ho comunicazione ufficiale. Lei sa darmi informazioni ufficiali in merito?*

*Risposta pervenuta mercoledì 11 Marzo 2020 dalla Direzione Generale del Welfare: Gentile Signor B.,*

*pur comprendendo i disagi da lei lamentati per l'impossibilità di far proseguire le attività a favore di sua figlia A. presso il CDD, preme rappresentare che, stante la contingente gravità emergenziale da Coronavirus, le decisioni assunte dai responsabili sanitari delle strutture sociosanitarie, incluse quelle semiresidenziali, non solo devono corrispondere alle indicazioni ministeriali e regionali in continuo aggiornamento, ma anche assicurare la massima tutela ai loro assistiti. Le specificità clinico-assistenziali*

*di quest'ultimi e del loro contesto familiare possono anche comportare, alla luce del contesto epidemiologico, la decisione da parte dagli Enti gestori di sospendere temporaneamente l'erogazione delle attività.*

*17 marzo 2020 - AVVIO DELLA CHIUSURA DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE FINO AL 3 APRILE 2020*

*DPCM 17 marzo 2020 – n. 18*

*Articolo 47 (Strutture per le persone con disabilità e misure compensative di sostegno anche domiciliare)*

*“Sull'intero territorio nazionale, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19 e tenuto conto della difficoltà di far rispettare le regole di distanziamento sociale, nei Centri semiresidenziali, comunque siano denominati dalle normative regionali, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità, l'attività dei medesimi è sospesa dalla data del presente decreto e fino alla data di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020.*

*L'Azienda sanitaria locale può, d'accordo con gli enti gestori dei centri diurni socio-sanitari e sanitari di cui al primo periodo, attivare interventi non differibili in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, ove la tipologia delle prestazioni e l'organizzazione delle strutture stesse consenta il rispetto delle previste misure di contenimento. In ogni caso, per la durata dello stato di emergenza di cui alla deliberazione del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, le assenze dalle attività dei centri di cui al comma precedente, indipendentemente dal loro numero, non sono causa di dismissione o di esclusione dalle medesime”.*

*2 aprile 2020*

*Mail a Medicina Democratica del Sig. B. per chiedere un eventuale sostegno:*

*Mia figlia è persona autistica di 32 anni e*

per l'emergenza coronavirus da martedì 10 marzo 2020 non frequenta il Centro Diurno per persone con Disabilità (CDD) e con oggi sono 23 giorni che è a casa e solo qualche volta siamo usciti per una breve passeggiata.

Dal servizio CDD e dai servizi sociali è offerto un sostegno psicologico a distanza, del quale non so proprio cosa farne, perché è altro di cui ha bisogno mia figlia e la sua famiglia.

Le attività del CDD sono ferme e chissà ancora per quanto; l'intervento educativo domiciliare per mia figlia, due ore per tre giorni alla settimana (il progetto è di 10 ore settimanali, ma è da un anno e mezzo che non va a regime perché la cooperativa che ha sottoscritto il progetto non trova un secondo educatore per completare le restanti 4 ore settimanali) è stato interrotto da lunedì 9 marzo 2020; il prossimo periodo di sollievo di 4 giorni (progetto ex legge 162/98) dal 14 al 18 aprile p.v. nella struttura della cooperativa di Codogno, già da tempo programmato, è stato annullato.

Quasi sicuramente anche la settimana di soggiorno climatico che ogni anno organizza il CDD nel periodo compreso tra la fine del mese maggio e gli inizi del mese di giugno, non sarà sicuramente organizzato, dato che ancora a oggi non sono pervenute alle famiglie informative in merito.

Di fatto, attualmente mia figlia può contare solo sulla sua famiglia e il solo ambiente in cui vive è la casa di meno di settanta metri quadrati, abitata da quattro persone e una stanza è interamente occupata dal fratello minore che ha 25 anni.

L'unico servizio che sembra si possa richiedere è il SAD (servizio di assistenza domiciliare) di competenza della ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale), pertanto sanitario, che per ora non serve.

Imperano isolamento e abbandono.

Medicina Democratica interviene inviando una lettera il 4 aprile 2020 all'Assessore alle Politiche Sociali, all'ANCI, ai Comuni interessati e alla Cooperativa che gestisce i CDD, il testo è il seguente.

Da quando è iniziata l'emergenza coronavirus e da quando i DPCM del 24 febbraio

2020 e dell'8 marzo 2020 hanno definito le misure contenitive per la prevenzione della diffusione del COVID 19, abbiamo ricevuto numerose segnalazioni da parte di familiari di persone con disabilità di diversa gravità che si sono sentite abbandonate dai servizi e dal territorio e si sono trovate a dover far fronte ad un carico assistenziale ed educativo molto pesante.

In particolare la chiusura dei CDD e dei CSE hanno determinato gravi carichi ai genitori con figli con disabilità psichica, ad es. quando si trovano in presenza di un figlio autistico, che necessita momenti relazionali specifici, che non resiste in casa. Ma non solo, vi è la necessità di poter dare la continuità a dei percorsi educativi e dei progetti di inserimento, oltre a supportare le esigenze assistenziali. Spesso i genitori non sono più giovani e le persone con disabilità hanno bisogni importanti anche dal punto di vista assistenziale.

La giusta richiesta che arriva dalle famiglie è quella di come garantire una continuità socio-assistenziale-educativa a domicilio, stante la gravità della situazione per l'emergenza coronavirus e in riferimento al DPCM dell'8 marzo 2020 con le misure di contenimento per la diffusione del virus, che dà indicazione di chiusura dei Centri semiresidenziali, verificando le peculiarità e la possibilità di intervenire al domicilio degli assistiti.

Nel DPCM dell'8 marzo 2020 all'art.9 comma 1 si riporta la necessità di garantire la continuità educativa agli alunni disabili "mediante erogazione di prestazioni domiciliari" e nel comma 2 si dice: "Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano hanno facoltà di istituire, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, unità speciali atte a garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a domicilio in favore di persone con disabilità che presentino condizione di fragilità o di comorbilità tali da renderle soggette a rischio nella frequentazione dei centri diurni per persone con disabilità".

Il 31 marzo 2020 il Comune di Milano (Area Domiciliarità e cultura della Salute) ha emesso una Determina con oggetto "Emergenza Coronavirus - Approvazione

della co-progettazione per la rimodulazione del sistema dei servizi sociali afferenti le attività diurne socioassistenziali e/o socio-sanitarie per persone con disabilità (Centri Diurni Disabili, Centri Socio Educativi, Servizi di Formazione all'Autonomia, Centri di Aggregazione Disabili), ai sensi dell'articolo 48 del decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020 ed autorizzazione alle conseguenti modifiche ai Patti/Convenzioni vigenti”.

La Determina considera che nell'attuale situazione di emergenza è fondamentale che il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi e mantenga la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza. È un ruolo che il Sistema dei Servizi Sociali deve svolgere nei confronti di ogni membro della collettività, con particolari attenzioni verso coloro che si trovano, o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità, anche in relazione alla necessità di garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000.

Viene richiamato che nei Centri semiresidenziali, comunque siano denominati dalle normative regionali, a carattere socioassistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità, l'attività dei medesimi è sospesa dalla data del presente decreto” fino ad una data al momento fissata al 3 aprile 2020.

Tuttavia, “l'Azienda sanitaria locale può, d'accordo con gli enti gestori dei centri diurni socio-sanitari e sanitari di cui al primo periodo, attivare interventi non differibili in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario, ove la tipologia delle prestazioni e l'organizzazione delle strutture stesse consenta il rispetto delle previste misure di contenimento”.

Alla luce delle necessità richiamate e delle disposizioni vigenti come Medicina Democratica riteniamo indispensabile che la Regione dia indicazione ai Comuni di supplire alle necessità dei famigliari delle persone con disabilità (“ le persone con disabilità specie intellettive e del neurosviluppo, non sempre sono in grado di assu-

mere comportamenti consapevoli ed idonei ad evitare o ridurre i rischi del contagio”); in altri termini si chiede che le famiglie vengano sostenute per iniziativa delle direzioni dei CDD, con i propri operatori e eventuali altri, assunti secondo le dovute forme sindacali.

Si chiede pertanto che la Regione Lombardia tramite gli assessorati competenti definisca in modo puntuale e urgente queste modalità, valutando anche la possibilità di interventi al domicilio con il personale del CDD, avvalendosi, se necessario di ulteriori assunzioni degli operatori e garantendo l'utilizzo degli adeguati dispositivi di protezione.

L. Valsecchi – Settore Disabilità di Medicina Democratica

Nel frattempo, il 7 aprile 20, il Sig. B. riceve da Regione Lombardia la seguente comunicazione:

Gentile Signor B.,  
ci scusiamo innanzitutto per il ritardo con cui le rispondiamo, purtroppo le molte richieste che ci sono pervenute in questi giorni non ci consentono di essere tempestivi nelle risposte.

Abbiamo trasmesso la sua segnalazione alla Direzione Generale Welfare per opportuna conoscenza e valutazione.

Come può comprendere, la situazione è in costante evoluzione e suggeriamo di tenere monitorato il sito [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it) dove saranno pubblicati tutti gli aggiornamenti e dove sono disponibili informazioni e approfondimenti sui comportamenti da adottare per contenere la diffusione del contagio a salvaguardia della salute di tutti.

Ci auguriamo che le dure misure restrittive di oggi ci aiutino a uscire presto da questa grave situazione e a porre le basi per il ritorno alla normalità e alla serenità.

Con i migliori saluti,  
Regione Lombardia - Presidenza - Comunicazione

26 aprile 2020

Dal 10 marzo 2020 a oggi, domenica 26 aprile 2020 nostra figlia è di fatto carcerata in casa da 48 giorni consecutivi e noi con lei.

Alla famiglia è stato proposto un supporto psicologico a distanza del quale non abbiamo sentito la necessità e il bisogno, perché è ovviamente chiaro che il supporto di cui ha bisogno nostra figlia, e la famiglia, è ben altro.

In questi giorni ci sono pervenuti brevi filmati dagli educatori con i quali A. ha un maggiore rapporto nel gruppo del CDD da lei frequentato, ma anche questi sono proprio poca cosa.

E' più che evidente che questa pandemia ha messo a nudo i limiti dei servizi che di fatto sembrano incapaci di poter offrire un servizio educativo/pedagogico-animativo/occupazionale/del tempo libero, benché minimo, e la risultante è l'isolamento e l'abbandono di nostra figlia e della sua famiglia.

Purtroppo i tamponi sembra cosa impossibile farli se non hai evidenti sintomi più che riconducibili al contagio da corona virus, ma appunto nelle condizioni di certificato non contagio sia da parte di nostra figlia, sia da parte degli operatori con i quali sarebbero pensabili attività, potrebbero essere messi in campo interventi diversificati, anche in luoghi altri dal contesto familiare.

Ovviamente, ci rendiamo conto che questa è pura fantascienza.

C'è qualche indicazione sulla possibile riapertura dei CDD?

E se i CDD dovessero rimanere ancora chiusi per un tempo indeterminato?

27 aprile 2020 risposta della coordinatrice del CDD al sig. B.

..come da articolo 8 del DPCM 26/4/2020 che inoltre, siamo in attesa di avere direttive da regione sul futuro. Sarà certamente mia premura comunicarvi quello che verrà definito.

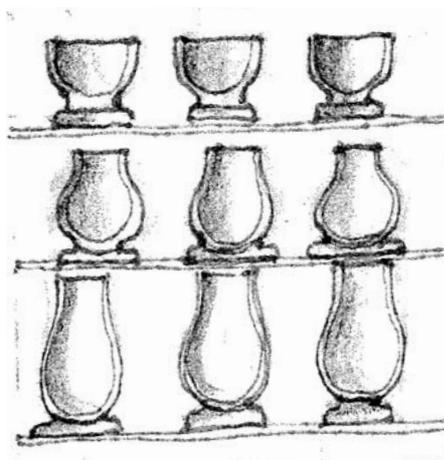
Il testo citato è il seguente: Art. 8 - Ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità

1. Le attività sociali e socio-sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, comprese quelle erogate all'interno o da parte di centri semiresidenziali per persone con disabilità qualunque sia la loro denominazione, a carattere socio-assistenziale,

socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario vengono riattivate secondo piani territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso eventuali specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori.

4 maggio 2020 Mail del Sig. B. all'Assessora ai Servizi Sociali del Comune

Leggo oggi l'articolo su Nordimilano24.it (link



sotto riportato) e rimango basito per la sua genericità.

“...tutti gli interventi, le prestazioni e i servizi socio-assistenziali rivolti ai nuclei familiari con minori, disabili e anziani sono stati adattati alle nuove misure di sicurezza sanitaria”.

“La ragione è presto detta: “Fin dalle prime settimane di emergenza i nostri servizi non sono mai stati interrotti perché ritenuti essenziali ed indispensabili – spiega l'Assessore ai Servizi Sociali – Insieme agli operatori, che ringrazio per la disponibilità e professionalità dimostrata, abbiamo fatto un grande lavoro per rimodulare di volta in volta l'accesso ai servizi così da garantire la sicurezza degli utenti”.

“In questo momento in cui la salute pubblica è particolarmente compromessa, siamo vicini ai nostri cittadini, soprattutto alle persone anziane o con fragilità cercando di garantire comunque un servizio con gli stru-

menti a nostra disposizione e individuando tutte le modalità più efficaci per andare incontro alle esigenze e non lasciare solo nessuno”.

Dai servizi sociali del comune non sono pervenute comunicazioni e alcuna telefonata per sapere come stava mia figlia e/o se la famiglia era ancora viva. Le uniche due telefonate rivolte all'assistente sociale che segue mia figlia sono state fatte dal sottoscritto (la seconda in data odierna).

Dal 9 marzo 2020 per mia figlia, persona autistica di 32 anni, è stato interrotto l'intervento educativo domiciliare di due ore al giorno per tre giorni alla settimana.

Dal 10 marzo 2020 a oggi, lunedì 4 maggio 2020, sono interrotte le attività al Centro Diurno per persone con Disabilità (CDD) da lei frequentato dalle ore 08,30 alle ore 16,00 per cinque giorni alla settimana (10 e 11 marzo 2020 impossibilità per nostra figlia di partecipare alle attività del CDD da lei frequentato, perché tutti gli operatori dello stesso CDD hanno prodotto certificato di malattia e dal 12 marzo 2020 è stata decisa la chiusura totale delle attività di tutti i CDD e nostra figlia è di fatto da 56 giorni carcerata in casa (appartamento di poco più di 60 mq. che condivide con i suoi genitori e un fratello). Quando lei, e/o il tempo, lo permette, io e il fratello la portiamo fuori di casa per “l'ora d'aria”.

Il consueto soggiorno climatico di otto giorni che il CDD organizza annualmente nel periodo compreso tra fine maggio e inizi giugno non potrà essere organizzato.

La cooperativa di Codogno ha cancellato tutti i periodi di sollievo (progetto legge 162/98: periodo giugno 2019/giugno 2020) già programmati per i mesi di aprile, maggio e giugno 2020.

Alla famiglia è stato proposto un supporto psicologico a distanza del quale non abbiamo sentito la necessità e il bisogno, perché è ovviamente chiaro che il supporto di cui ha bisogno nostra figlia, e la famiglia, è ben altro.

In questi giorni ci sono pervenuti brevi filmati dagli educatori con i quali A. ha un maggiore rapporto nel gruppo del CDD da lei frequentato, ma anche questi sono pro-

prio poca cosa.

E' più che evidente che questa pandemia ha messo drammaticamente a nudo i limiti delle istituzioni e dei servizi che di fatto stanno dimostrando la loro incapacità di offrire un servizio educativo/pedagogico-animativo/ludico-ricreativo/del tempo libero, benché minimo, e la risultante unica è l'isolamento e l'abbandono totale di nostra figlia e della sua famiglia.

Nessuna risposta dall'Assessora ai Servizi Sociali è mai arrivata.

6 maggio 2020

Lettera di Medicina Democratica all'Assessora ai Servizi Sociali

Gent.ma Assessora,  
come vedrà dalla lettera in allegato, inviata in data 4 aprile 2020, la nostra Associazione “Medicina Democratica” aveva cercato un contatto per sostenere la giusta richiesta del Sig. B., padre di una giovane autistica, seguita presso il CDD e rimasta, come sicuramente molti altri, confinata a domicilio a causa dell'emergenza COVID 19.

Come Associazione siamo a conoscenza delle difficoltà in cui i diversi servizi che si occupano di persone con disabilità si sono trovati sia per la carenza di personale che di dispositivi di sicurezza. Ciò non toglie che nell'arco di questi 2 mesi potevano essere individuati dei percorsi personalizzati atti a non lasciare alcune persone con maggiore difficoltà in carico esclusivamente alla famiglia.

Dal primo DPCM dell'8 marzo vi sono state indicazioni per realizzare adeguate risposte alle persone, anche se magari non esaustive rispetto a tutte le problematiche e tenendo conto della scarsità delle risorse umane, provvedendo, quando necessario, ad assumere del personale.

Nulla di questo è stato fatto nella stragrande maggioranza dei Comuni, determinando un gravissimo carico psicologico e fisico sulle famiglie e sulle persone con disabilità stesse.

Ora l'ultimo DPCM del 26 aprile scorso, all'art.8 dà nuovamente indicazione di individuare modalità di riapertura di tali servi-

zi, riorganizzando presenze, orari e personale, tenendo conto delle necessarie misure di sicurezza.

Auspichiamo che finalmente giovani con disabilità come A. possano essere ripresi in carico e ricominciare.

L. Valsecchi – Settore Disabilità di Medicina Democratica

Nessuna risposta dell'Assessora ai Servizi Sociali è mai arrivata.

13 maggio 2020

Con oggi sono 65 i giorni che mia figlia, persona autistica di 32 anni, è carcerata in casa e non ho minimamente notizia di quando potrà riprendere tutte le attività che con fatica avevamo messo in campo per lei e cercavamo di migliorare e ampliare.

Oggi le sue giornate sono fatte di poco o nulla ed è sostenuta solo dalla presenza, dalle cure e dall'affetto che può dargli la famiglia veramente stremata.

Noi "speriamo che ce la caviamo". O resisti, comunque e come puoi, o muori.

Non entro nei particolari della quotidianità di mia figlia e della famiglia e perdonatemi la franchezza e lo sfogo perché noi stiamo proprio vivendo una vita di merda!

Però avevamo un "Piano Pandemico Nazionale".

13 Maggio 2020

Risposta della Regione a Medicina Democratica alla lettera inviata il 4 aprile 20

Oggetto: chiusura dei CDD e dei CSE

Gentilissimi,

si riscontra Vostra nota prot. U1.2020.0005653 del 27/03/2020 per precisare che l'Assessorato ha inviato alle rappresentanze degli enti gestori, agli uffici di piano, alle conferenze dei Sindaci, alle Direzioni sociosanitarie delle ATS ai Tribunali per i minorenni e agli altri interlocutori interessati, documento contenente le indicazioni concernenti l'applicazione delle disposizioni legislative relative alle misure di prevenzione del contagio da Covid -19 con particolare riferimento alle strutture di accoglienza residenziale di carattere sociale nonché per le strutture semiresidenziali,

con puntuali indicazioni sul rafforzamento della presa in carico domiciliare.

La chiusura delle strutture semiresidenziali e dei centri diurni di carattere sociale e/o sociosanitario, ha reso più importante l'impegno assistenziale sulle famiglie.

Per questo motivo si è proceduto tramite la ATS, a favorire, ove possibile, una presa in carico domiciliare con forme diversificate, anche per i minorenni disabili sensoriali e non, garantendo loro aiuto diretto e/o a distanza.

Tali attività andranno sviluppate per sostenere l'innovazione particolarmente necessaria in una fase ancorata alla prevenzione della pandemia.

Tenuto conto della costante evoluzione della situazione di emergenza che incide fortemente sul sistema locale dei servizi sociali e sociosanitari, si è proceduto all'assegnazione ai Comuni del Fondo Nazionale Politiche Sociali 2019, prevedendo di destinare una quota pari a circa €18.000.000,00 per la realizzazione di interventi e servizi in risposta alle nuove esigenze quali ad esempio: supporto per la persona e la sua famiglia, in particolare per le estreme fragilità, riorganizzazione ed incremento delle modalità di erogazione dei servizi domiciliari attraverso modalità innovative anche tramite l'utilizzo di dispositivi video/telefonici e riorganizzazione delle attività a carattere diurno con modalità e spazi nuovi, negli stessi luoghi ove si svolgevano normalmente i servizi.

Anche l'Assessorato Welfare ha posto in essere analoghe indicazioni tenendo conto delle condizioni di vulnerabilità e stress, che l'attuale emergenza può determinare.

La necessità di contemperare continuità di supporto a pazienti e famiglie con il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, operatori e soprattutto familiari, è stato, come comprensibile, il principio guida.

Ciò ha riguardato in particolare i servizi semiresidenziali in ambito sanitario e socio-sanitario, in considerazione delle significative difficoltà del mantenimento della distanza di sicurezza tra gli utenti e gli operatori utilizzando i dispositivi di protezione disponibili.

Sono pertanto state date indicazioni per la

riorganizzazione delle attività con modalità di teleassistenza a distanza o, ove possibile e indispensabile, in forme domiciliari individuali.

Nello specifico per quanto attiene ai servizi semiresidenziali sociosanitari, con il Decreto n. 3350 del 14/03/2020 “Disposizioni integrative in attuazione della DGR n. XI/2906 dell’8/3/2020 per l’organizzazione della rete ospedaliera in ordine all’emergenza epidemiologica da Covid-19” sono state fornite dalla Direzione Generale Welfare – Assessorato Welfare- indicazioni per i servizi semiresidenziali rivolti a persone con disabilità, bambini adulti, in linea con quanto successivamente previsto dal DL n. 18 del 17/03/2020 e confermato nella successiva DGR 3016 del 30/03/2020 “Ulteriori determinazioni in ordine all’emergenza epidemiologica da Covid-19”. In particolare, in relazione alla sospensione/limitazione delle attività delle Udo semiresidenziali, è stato previsto la possibilità da parte dei soggetti accreditati di organizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a domicilio in favore di persone con disabilità.

In merito alla suddetta rimodulazione delle attività dei centri semiresidenziali, si è provveduto ad attivare da parte delle ATS (rif. nota prot G1.2020.0016571 del 10/4/2020 “Ulteriori indicazioni in riferimento all’Allegato 3 alla DGR XI/3016 del 30/03/2020) una ricognizione sul territorio per l’individuazione di eventuali strutture la cui organizzazione consentisse il rispetto delle previste misure di contenimento e distanziamento fisico per l'erogazione di attività da rendere, in ogni caso, nel rispetto della libera scelta degli utenti, ed in particolare:

- interventi non differibili da erogare in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario;
- interventi individuali domiciliari, o a distanza, o resi nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolgevano normalmente i servizi senza ricreare aggregazione.

Per quanto riguarda i servizi sanitari, si premette che è stata indicata fin da subito la

necessità di garantire la continuità delle attività dell’area salute mentale età evolutiva ed età adulta (DGR n. 2906 del 08/03/2020), riorganizzandole in base all’evolversi della pandemia e prevedendo differenti forme di erogazione (al domicilio, per via telematica, attraverso contatti telefonici ecc). A tal fine sono state fornite indicazioni per lo spostamento in remoto delle attività non urgenti (nota prot G1.2020.11994 del 18/03/2020 “Indicazioni temporanee per la registrazione delle prestazioni di NPIA erogate in emergenza covid19” e nota prot G1.2020.11995 del 18/03/2020 “Indicazioni temporanee per la registrazione delle prestazioni di Psichiatria erogate in emergenza covid19”).

Queste indicazioni sono state perfezionate in data 09/04/2020 con l’invio alle ATS e ASST di documenti di approfondimento (rif nota DG Welfare prot G1.2020.0016290 “Indicazione operative per i Servizi di Psichiatria e NPIA) che concernono i diversi setting di cura.

In sintesi, sono state fornite le indicazioni seguenti:

- garantire in modo prioritario la sicurezza di pazienti e famiglie rispetto alla diffusione del virus, per le drammatiche conseguenze che l’infezione COVID avrebbe potuto avere in situazioni di fragilità, contemperando la massima continuità e il sostegno a pazienti e famiglie;
- attuare una riorganizzazione delle attività tenendo conto del sovraccarico e il rischio delle conseguenze negative dovute all’emergenza coronavirus con le necessarie limitazioni anche per le persone con disturbi psichiatrici e neuropsichiatrici, garantendo intensità di cura adeguata anche da remoto o attraverso interventi al domicilio;
- rendere disponibili modalità che consentissero di mantenere la filiera della presa in carico tra attività ambulatoriale territoriale, attività ospedaliera, attività semiresidenziale e residenziale nonché il coordinamento e l’integrazione degli interventi con il paziente e la sua famiglia;
- attivare trasversalità tra i diversi servizi di psichiatria, NPIA, riabilitazione e residenzialità, per rendere coerenti le nuove modalità di intervento, per garantire supporto

reciproco nel caso di operatori non più in grado di garantire le attività e supporto a utenti e servizi di zone ad alta prevalenza di infezioni da COVID19.

Alla luce delle indicazioni contenute nel DPCM del 26/04/2020, con particolare riferimento all'art 8, ed in base all'evolvere della pandemia, le indicazioni fornite saranno oggetto di progressiva rimodulazione con l'obiettivo di garantire il passaggio dall'emergenza sanitaria ad una fase di ripresa graduale delle attività ordinarie attraverso, una fase intermedia di transizione (cosiddetta fase 2) che consenta di ri-attivare gradualmente l'accoglienza per tutti gli utenti, fino a riprendere l'ordinaria modalità di intervento alla fine dell'emergenza.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE UO rete territoriale  
-Direzione Generale Welfare

15 Maggio 2020 Risposta di Medicina Democratica Milano al Dirigente U.O. rete territoriale - DIREZIONE GENERALE WELFARE

OGGETTO: chiusura dei CDD e dei CSE

in riferimento alla Vostra risposta del 12 maggio 2020, richiamando le parole che avete usato in modo preciso:

“per precisare che l'Assessorato ha inviato alle rappresentanze degli enti gestori, agli uffici di piano, alle conferenze dei Sindaci, alle Direzioni sociosanitarie delle ATS ai Tribunali per i minorenni e agli altri interlocutori interessati, documento contenente le indicazioni concernenti l'applicazione delle disposizioni legislative relative alle misure di prevenzione del contagio da Covid -19 con particolare riferimento alle strutture di accoglienza residenziale di carattere sociale nonché per le strutture semiresidenziali, con puntuali indicazioni sul rafforzamento della presa in carico domiciliare.”

“La chiusura delle strutture semiresidenziali e dei centri diurni di carattere sociale e/o sociosanitario, ha reso più importante l'impegno assistenziale sulle famiglie.

Per questo motivo si è proceduto tramite la ATS, a favorire, ove possibile, una presa in carico domiciliare con forme diversificate,

anche per i minorenni disabili sensoriali e non, garantendo loro aiuto diretto e/o a distanza.”

...siamo molto sorpresi, in quanto da più familiari continuano ad arrivare segnalazioni di completo abbandono dal 10 marzo 2020!.

Di seguito le parole di un padre di una persona autistica:

“Dal 10 marzo 2020 sono cessate le attività al Centro Diurno per persone con Disabilità



3B (CDD) frequentato da nostra figlia (10 e 11 marzo 2020 impossibilità per nostra figlia di partecipare alle attività del CDD 3B perché tutti gli operatori dello stesso CDD 3B hanno prodotto certificato di malattia e dal 12 marzo 2020 è stata decisa la chiusura totale delle attività di tutti i CDD gestiti dall'Azienda Speciale Consortile “Insieme per il Sociale” dei comuni dell'Ambito di Cinisello Balsamo) e a oggi sono 66 giorni che nostra figlia è di fatto carcerata in casa (appartamento di poco più di 60 mq. che condivide con i suoi genitori e un fratello). Quando è possibile, io padre e il fratello la portiamo fuori di casa per “l'ora d'aria” che di fatto è l'unica attività esterna che riusciamo a proporle. Le continuate cure e attenzioni per nostra figlia stanno piegando la nostra resistenza e facciamo sempre più fatica a essere per lei propositivi.”

Questa è una segnalazione, ma ve ne sono diverse a testimonianza del fatto che, nono-

stante che in tutti i DPCM dall'8 marzo 2020 ad oggi abbiano sempre riportato di dare una continuità di intervento a domicilio, nulla è stato fatto.

Nel DPCM del 26 aprile 20, l'art. 8 riporta in modo chiarissimo che si deve provvedere ad attivare percorsi che permettano di riprendere in carico, seppur in modo differenziato e ridotto, le persone con disabilità da sempre seguite e che pagano mensilmente queste strutture per aver garantita assistenza ed animazione educativa.

Ancora all'interno dei CDD interessati non è stato avviato nulla e le famiglie continuano a garantire senza un minimo di aiuto l'assistenza e il difficile quotidiano ai propri figli con disabilità.

Riteniamo che dopo 60 gg e più, gli Assessorati ai servizi sociali dei Comuni, i responsabili delle ATS, delle ASST, dei Centri Gestori, rispondendo alle Direttive della Direzione Generale per il Welfare e per le Politiche Sociali, possano avere avuto il tempo per prevedere una riattivazione di questi importanti Centri per le Persone con Disabilità.

Infine Le chiediamo di dirci cosa realmente è stato attuato, perché sempre dalla Sua Nota si evince questa importante indicazione:

“In merito alla suddetta rimodulazione delle attività dei centri semiresidenziali, si è provveduto ad attivare da parte delle ATS (rif. nota prot G1.2020.0016571 del 10/4/2020 “Ulteriori indicazioni in riferimento all'Allegato 3 alla DGR XI/3016 del 30/03/2020) una ricognizione sul territorio per l'individuazione di eventuali strutture la cui organizzazione consentisse il rispetto delle previste misure di contenimento e distanziamento fisico per l'erogazione di attività da rendere, in ogni caso, nel rispetto della libera scelta degli utenti, ed in particolare:

- interventi non differibili da erogare in favore delle persone con disabilità ad alta necessità di sostegno sanitario;
- interventi individuali domiciliari, o a distanza, o resi nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolgeva-

no normalmente i servizi senza ricreare aggregazione.”

L. Valsecchi – Settore Disabilità di Medicina Democratica

Nessuna risposta a seguire.

3 giugno 2020

Gent.mo sig. B.,

le confermo quanto già comunicato nella nostra precedente risposta: i responsabili dell'ente gestore del CDD, la Cooperativa ci hanno ribadito che il progetto di ripresa delle attività educative per A. è già stato predisposto e potrà essere propostovi per la sua attuazione dopo un aggiornamento sulla situazione al suo rientro dalla comunità e secondo le indicazioni per la sicurezza sanitaria e la protezione dal contagio covid19 che sono in fase di definizione a seguito dell'approvazione del “Piano Territoriale Regione Lombardia art. 8 – DPCM 26 aprile, come modificato dall'art 9 del DPCM del 17 maggio 2020 - Avvio fase 2 servizi semiresidenziali per persone con disabilità” da parte di Regione Lombardia con la DGR n. 3183 del 26 maggio 2020 “ART. 8 DPCM 26 APRILE 2020 COME MODIFICATO DALL'ART. 9 DEL DPCM DEL 17 MAGGIO 2020: AVVIO FASE DUE SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ”

La scrivente ATS è in costante contatto con l'Azienda IPIS per assicurare una tempestiva e completa attuazione delle indicazioni per il progetto di riavvio del servizio CDD da parte dell'ente gestore.

Il Direttore Socio Sanitario

4 giugno 2020 - Definizione di riavvio parziale delle attività con proposta della Cooperativa

Oggetto: verifica rimodulazione intervento educativo emergenziale in regime di COVID-19 di A. B.

Valutato il livello di affaticamento del nucleo familiare della Sig.ra A.B., le risposte ridotte della signora A.B. alle proposte di attività in remoto, si è scelto di mettere in campo, come previsto da Art. 47 del DPCM

17.03.2020, un intervento domiciliare.

Frequenza: 2 interventi settimanali per i giorni 9/6/2020 e 11/6/2020 e per la settimana successiva da concordare con la famiglia.

Tempi: ore 9.00-12.00

Spazi: Parco del Grugno Torto

Operatori: n 2 educatori

OBIETTIVI:

- 1) recupero di una routine extra familiare;
- 2) riabituare alle richieste degli operatori;
- 3) proporre attività piacevoli che la possano coinvolgere;
- 4) lavorare sull'adattamento alle minime disposizioni di sicurezza (accettazione dei dispositivi di sicurezza sull'altro);
- 5) garantire alla famiglia il recupero di alcune ore di sollievo.

STRUMENTI:

- 1) utilizzo di supporti visivi (agenda quotidiana e agende delle attività);
- 2) alternanza di attività gradite e di piccole richieste per riabituare A. al lavoro.

METODOLOGIA:

I due educatori raggiungeranno A. al suo domicilio e a piedi raggiungeranno il parco prossimo all'abitazione.

Verranno proposte alcune piacevoli attività all'aperto scandite da un'agenda visiva (passeggiata, ascolto musica, lettura animata, merenda), questo strumento, già conosciuto, le permetterà di orientarsi nella proposta e di riprendere confidenza con le richieste degli operatori. Tutte le proposte saranno subordinate allo stato emotivo e psicofisico di A., tenendo presente il necessario tempo di riadattamento alla proposta degli operatori.

4 Giugno 2020 Mail del Sig. B.

*Per quanto proposto nella "verifica rimodulazione intervento educativo emergenziale in regime di COVID-19" da voi proposto nell'allegato per nostra figlia, A.B., vi chiediamo chiarimenti e precisazioni.*

*Nel corso della telefonata con la coordinatrice del CDD, escluso l'intervento da remoto, inefficace per A., venivano prese in considerazione le altre tre possibilità riportate al punto 3.2 dell'allegato della DGR 3183/2020, ma nella vostra proposta è*

*presa in considerazione solo l'uscita per "Attività presso spazi alternativi anche all'aperto, non esclusivi ma riservati, per favorire eventuali attività specifiche", per due mattine delle prossime due settimane, nel parco attiguo all'abitazione.*

*Premesso che la vostra proposta è veramente minimale, ci chiediamo: come si realizzerrebbe l'intervento se quelle mattine il tempo si presentasse inclemente, ovvero piovesse o tempestasse i giorni prima delle date prefissate o lo stesso giorno?*

*Ci aspettiamo che le altre possibilità da voi non contemplate, siano invece considerate e indicate nella vostra proposta.*

*Restiamo in attesa di vostro riscontro.*

12 giugno 2020 Mail del Sig. B al dottor Marco CASPANI, all'Ente Consortile, al Comune, all'ATS e alla Regione.

*Dalle ore 10,00 alle ore 12,00 di oggi, venerdì 12 giugno 2020, è stato messo in atto l'ultimo momento d'intervento individuale domiciliare, per un totale di 6 ore nel corso della settimana, come concordato. Per la prossima settimana, non abbiamo più notizie da parte vostra.*

Credo che non ci siano altre parole per concludere questa storia iniziata il 27 febbraio 2020 e giunta al 12 giugno 2020.

Certo, non è ancora finita. A tutt'oggi, 17 giugno 2020, i problemi delle modalità di ripresa dei CDD sono ancora da risolvere e le attività sono ripartite molto a rilento, come detto precedentemente.

Ho voluto presentare questa vicenda in modo cronologico perché rappresenta la maggior parte delle situazioni che hanno vissuto le Famiglie con persone con disabilità in questo periodo di pandemia.

E mostra in modo emblematico l'assenza dei servizi socio sanitari in grado di dare le risposte necessarie.

Spero che possa servire per ripensare al modello di questi Centri Semiresidenziali, gestiti dalle Cooperative, con intorno una miriade di istituzioni, di responsabili istituzionali (dai Comuni, dalle ATS, dalle ASST, dagli Enti Consortili, dalla Regione), che non sono stati in grado e non lo sono tutto-

ra di proporre e di organizzare un minimo di presenza significativa in tutto questo periodo.

Sono venuta a conoscenza di questa vicenda e di tutte le sue implicazioni perché c'è stato un genitore coraggioso e attivo che è sempre intervenuto in modo corretto e dialogante nei confronti di tutte le istituzioni. Grazie a lui è emersa questa grave situazione che vivono numerose famiglie con persone con disabilità, che probabilmente non hanno la forza e la voglia di continuare a battere per ottenere ciò che dovrebbe essere loro riconosciuto e garantito.

1 luglio 2020

*Da ieri A. ha ripreso le attività al CDD che per ora frequenterà il lunedì, il martedì, il giovedì e il venerdì dalle ore 09,00 alle ore 14,00.*

*Anche l'intervento educativo domiciliare ha ripreso e in questo periodo anche per qualche ora in più alla settimana oltre le sei ore (il progetto ne comprenderebbe 10 alla settimana, ma la cooperativa è da due anni che non trova un altro educatore per coprire le 4 ore mancanti).*

*E' comunque tutto faticoso, ma non ci resta che resistere al meglio sperando in una normalità che si possa raggiungere nel più breve tempo possibile.*

*C'è, poi, l'incognita del periodo estivo.*

*Spero che per A. non vengano meno opportunità di trascorrere la stagione calda senza che si debba isolare in casa ancora per lungo periodo.*

*E per noi sarebbe l'ennesimo incubo.*

*I genitori di A.*

#### UN'ALTRA TESTIMONIANZA

Lettera aperta al Presidente del Consiglio dei Ministri Avv. Giuseppe Conte

Oggetto: I desaparecidos

*Caro Giuseppe, chi ti scrive è uno delle centinaia di migliaia di papà di una bambina disabile gravissima.*

*Mi definisco spesso un caregiver, come mia moglie, anche se di solito le parole "inglesizzate" non mi piacciono, sono glamour,*

*fanno fico, ma spesso rendono poco l'idea, eppure il termine fa ormai parte dell'uso comune del lessico italiano, quando si parla di disabilità. Una contraddizione se ci pensi caro Giuseppe, perché se è vero che Tu sei da poco Capo del Governo, lo è altrettanto che, una legge sui caregivers familiari, cioè di chi si occupa a tempo pieno dei propri figli disabili, non è mai stata fatta, nonostante se ne discute da tempo e nonostante numerosi rappresentati della categoria, ne rivendicano l'assoluta necessità.*

*Caro Giuseppe, nella tua prima esperienza di Governo, ho davvero sperato in un cambio di rotta, per la prima volta veniva istituito il Ministero per la disabilità, ma le attese svanirono molto presto di fronte ad un Ministro sparito prima ancora di entrare in scena. Fu probabilmente solo una scelta infelice relativa alla persona, ma l'idea mi sembrò assolutamente innovativa, rispetto alla nostra cultura molto scarna sul tema. Proprio quella scelta, avrebbe potuto avere anche un impatto culturale positivamente devastante, ma lo perdemmo quel piccolo vantaggio acquisito caro Giuseppe, non per tue responsabilità, ma lo perdemmo.*

*In questa tua seconda esperienza di governo, hai deciso di non dare seguito a quella (parere del sottoscritto) brillante idea, decidendo legittimamente di tenere le deleghe relative alla disabilità, per la Presidenza del Consiglio, perché questa, mi pare, fossero le motivazioni, in questo modo avresti potuto dare la giusta importanza ai diversamente abili, sarebbe stato più facile controllare chi faceva cosa, ed anche questa, devo ammetterlo, caro Giuseppe, mi sembrava non fosse una scelta così strampalata.*

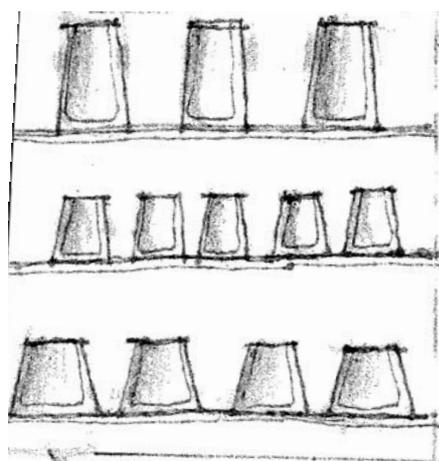
*Devo essere onesto, anche questa decisione, non ha portato immediatamente sviluppi che si potessero definire positivi, o almeno io ho fatto molta fatica a trovarne, molto probabilmente sarà un mio limite, ma d'altronde tutti ne abbiamo. Eppure io continuavo ad avere fiducia nel tuo Governo, e soprattutto a riporla in Te caro Giuseppe, lo avrai capito oramai, ero e sono ancora un Tuo tifoso, poi però è arrivato il subdolo Covid 19, una emergenza sanitaria, e non solo, che ci ha letteralmente colpito alle spalle, in maniera durissima, e che temo, ci*

accompagnerà per tanti mesi, costringendoci, e non per forza ciò sarà negativo, a riconsiderare le nostre abitudini, ma in particolar modo spero, le nostre priorità.

Pensa che per noi, questa emergenza, in tema di comportamenti da tenere e da rispettare, non ci ha mai creato difficoltà, noi siamo abituati a lavarci le mani spesso e correttamente, siamo abituati alle mascherine, sappiamo cosa significa finire in terapia intensiva, perché spesso i nostri cari si fanno qualche giretto in quei reparti, sappiamo cosa è un ventilatore polmonare, o una bombola di ossigeno, perché li abbiamo a casa. Certo abbiamo dovuto rinunciare, come tutti, alla scuola, per chi ha la fortuna di poterci andare, abbiamo dovuto sospendere le essenziali assistenze domiciliari, non abbiamo più potuto portare i nostri ragazzi nei centri per disabili, ma lo abbiamo accettato caro Giuseppe, perché le famiglie dei disabili sono anche responsabili, tanto da capire che in quei momenti, c'erano persone che avevano più bisogno di noi, la priorità era solo non recarsi in ospedale per nessun motivo, tutto il resto lo avremmo potuto gestire, siamo abituati all'inferno, quindi un nemico, pur infame e sconosciuto, come il coronavirus non ci spaventava. Abbiamo quindi atteso, come tutti, i DPCM, senza particolari aspettative per quanto ci riguardasse, ma con questi provvedimenti progressivamente, sarebbero cambiate le nostre vite, quindi era logico l'interesse. Il Cura Italia, è stato il primo decreto nel quale abbiamo percepito qualche timido, anzi timidissimo segnale, verso il variegato e stimolante mondo della disabilità: permessi aggiuntivi per la legge 104, congedi straordinari, qualche bonus, ma erano stati provvedimenti troppo minimali per quanto ci poteva riguardare. Però anche lì ho pensato, abbiamo pensato, che la fase emergenziale era ancora troppo viva e quella successiva, la famosissima oramai fase 2, ancora troppo lontana, perciò siamo rimasti buoni ed in attesa di quello che auspicabilmente avreste proposto nel decreto successivo, quello che avrebbe posto le basi per una lenta, graduale e progressiva ripresa. Ed ecco il motivo di questa missiva.

Caro Giuseppe, l'ho presa un pochino da

lontano, solo per farti comprendere che né io, né moltissimi nella mia condizione, hanno voluto polemizzare, criticare o peggio ancora strumentalizzare i provvedimenti e le scelte del Governo, che Tu sapientemente, e non è ironia, guidi. Però ieri mi hai deluso caro Giuseppe, e non tanto perché nel corso della conferenza stampa non hai mai sviscerato il tema della disabilità, ma perché tale tema è praticamente inesistente nel nuovo DPCM 26 aprile. Si legge qualcosa all'articolo 8, dove si dà ampia autonomia alle regioni sul tema, in particolar



modo sul tema delle riaperture dei centri destinati ai disabili. E te lo devo dire caro Giuseppe, a me questo punto fa venire i brividi se penso che, proprio alcune di quelle regioni a cui questo DPCM, lascia carta bianca, hanno contribuito a far sparire una intera generazione, grazie a scellerate scelte delle quali, spero, pagheranno tutte le responsabilità eventualmente accertate.

E allora perché non prevedere un preciso protocollo per i disabili? Perché non stabilire precise regole di ingaggio e di condotta per tutti gli operatori sociosanitari che assistono i nostri cari? Perché non stabilire anche un piano alternativo, nel caso, come probabile, i centri per i disabili, non potranno aprire? Perché non allocare specifiche risorse, per altro già finanziate, ma per ovvi motivi non usati, per dare sollievo a famiglie che non sono state fortunatamente sopraffatte dal virus, ma che sono fisicamente, psicologicamente e moralmente devastate? Sono domande semplici caro Giuseppe e

*stavolta, la pazienza e la fiducia, almeno quelle del sottoscritto, non sono più né quelle di inizio legislatura, né quelle di inizio emergenza sanitaria. Credo che adesso il Tuo Governo ci debba delle risposte che non possono più attendere. Siamo normalmente considerati come desaparecidos dalla nostra società, noi invece ci sentiamo infinita risorsa, molti ci considerano un problema, noi ci definiamo opportunità. Non negarcele proprio Tu caro Giuseppe, queste opportunità, non ce lo meritiamo, ma soprattutto, stavolta, non potremo perdonartelo.*

*Un sincero e caloroso saluto*

Un papà caregiver

Non solo in tempo di Covid-19, quale assistenza per i giovani disabili? Quale tipo di intervento deve fare il CDD? Quale aiuto per la famiglia?

Ho voluto riportare queste due esperienze perché significative della grave carenza dei servizi necessari per queste persone. Carenze che erano già presenti prima dell'arrivo del Covid 19, sia in termini di operatori che di interventi personalizzati e mirati.

Per far capire cosa è veramente successo ci sono anche molte ripetizioni, ma queste danno il senso dell'incubo che queste famiglie hanno vissuto senza risposte alle loro domande, alle loro richieste e nel più completo abbandono.

Una direzione per affrontare l'emergenza Covid 19 e non solo, la propone l'associazione FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap) nel suo documento su: EMERGENZA COVID – 19, FASE 2 MISURE E PROPOSTE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ E LE LORO FAMIGLIE, del quale si riportano alcuni passaggi e punti significativi:

*Il dilagare del virus "Covid-19" nel nostro Paese e a livello mondiale, (oltre che mettere a dura prova tutto il sistema Italia ed in particolare il nostro Sistema Sanitario Nazionale ed il nostro Sistema di Protezione Sociale), ha fatto precipitare moltissime Persone in uno stato di forte*

*preoccupazione resa ancor più grave dall'incertezza del prossimo futuro, di quelli che saranno i tempi necessari al superamento della crisi e delle conseguenze che questa avrà sulle nostre vite e sulle nostre relazioni sociali. Queste preoccupazioni con le difficoltà connesse sono ancora più forti tra le migliaia di Persone con disabilità del nostro Paese, le cui condizioni di vita sono già ampiamente determinate da livelli di protezione e inclusione sociale che sappiamo essere non propriamente e adeguatamente compiuti.*

*Quasi tutte le Regioni, tra fine febbraio e inizio marzo, hanno investito risorse enormi per riorganizzare e ristrutturare, in pochissimo tempo, gli ospedali per poter ricoverare gli ammalati da Covid-19 in reparti di terapia intensiva e subintensiva ma molto meno risorse sono state destinate alle cure domiciliari, alla sorveglianza attiva del territorio (prevenzione) e ancor di meno alla rete di supporto socio-sanitario e sociale che, in alcuni, ha potuto contare solo sul volontariato di prossimità e su alcuni enti gestori privati, lasciati da soli a gestire l'emergenza.*

*Che ricaduta hanno avuto sulla qualità della vita delle PcD e delle loro famiglie l'enorme produzione di nuove norme nazionali e regionali e gli investimenti per far fronte al momento emergenziale?*

*Quali regioni hanno attivato le "unità speciali atte a garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a domicilio in favore di persone con disabilità che presentino condizione di fragilità o di comorbilità ... (DL 14/20, art. 9 comma 2)?*

*Quali regioni hanno messo in sicurezza le strutture sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali che accolgono persone con disabilità, anziani, persone non autosufficienti? O forse alcune Regioni hanno, al contrario, favorito l'ingresso del virus in struttura consentendo ricoveri impropri di persone con COVID-19 in strutture inappropriate?*

*Gli inadempimenti e le eventuali omissioni da chi sono stati valutati?*

*Quante volte le unità speciali di continuità assistenziale (USCA - DL 14/20, art.8) sono intervenute presso una residenza sanitaria per anziani o per disabili?*

### **Azioni immediate:**

Enti e agenzie pubbliche devono definire una filiera trasparente e certa delle responsabilità e dei compiti relativa all'organizzazione e controllo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Indicare con chiarezza tempi e modi per l'accessibilità semplificando e velocizzando la burocrazia per fruire di servizi e prestazioni. Individuare le autorità competenti a cui demandare la responsabilità nel reperimento e nella allocazione delle risorse, prima fra tutti i DPI.

Gli enti locali devono:

- fornire le famiglie e gli enti gestori dei servizi territoriali di adeguati dispositivi di protezione;
- individuare e garantire i sostegni alle PcD con particolare attenzione a quelle che vivono sole o con l'assistente personale o con genitori anziani o in condizioni precarie di salute;
- costituire, di concerto con le organizzazioni maggiormente rappresentative, le "Unità speciale regionale", come previsto dall'art. 9 del D.L. n.14 del 9.3.2020;
- attivare e finanziare servizi alternativi ai centri diurni tenendo conto delle esigenze, dei desideri e delle preferenze della persona;
- sostenere la ripresa flessibile e modulabile delle attività di abilitazione/riabilitazione in tutte le forme possibili
- prevedere deroghe alle misure di contenimento che hanno un impatto potenziale eccessivo sulla salute mentale delle persone con disabilità particolarmente predisposte (disabilità intellettive e del neuro-sviluppo).

La ASL deve:

- prevedere l'accesso prioritario, alla pari degli operatori dei reparti COVID-19, delle PcD e dei loro caregiver (professionali e familiari) alla diagnosi preventiva (test rapidi - tamponi);
- sottoporre gli operatori in servizio o alla ripresa delle attività e poi periodicamente, al test per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2;
- sottoporre periodicamente le persone che fruiscono dei servizi al test per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2 anche se asintomatici;

matici;

- autorizzare il differimento, la variazione della frequenza e dei setting dei progetti riabilitativi/assistenziali o nuove modalità di sostegno, compresi gli interventi da remoto, da valorizzare con risorse non utilizzate o aggiuntive.

- potenziare l'assistenza sanitaria territoriale attivando tempestivamente le Unità speciali di continuità assistenziale ex art.8 DL 14/2020, e all'interno delle strutture.

La struttura nell'immediato deve:

- aggiornare il Documento per la Valutazione del Rischio (DVR) e il Documento per la Prevenzione e Gestione del Rischio clinico con focus specifico sulle misure da adottare per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2;
- adottare una procedura e istruzioni operative per le misure tecnico organizzative da implementare per contenere la diffusione e la gestione del contagio;
- assicurare le attività di controllo interno di sorveglianza sanitaria specifica Covid 19 da parte del medico competente;
- formare il personale diffondendo documenti e promuovendo la formazione a distanza;
- proporre, in accordo con la Pcd o con chi la rappresenta, la ripresa dei trattamenti in modalità ordinaria o alternativa.

*Politiche Sociali per la Vita Indipendente e l'Inclusione Sociale*

Richiamato quanto già espresso nel presente documento e ribadito che occorre sostituire l'approccio storico a tali unità di offerta rendendole conformi a quanto prescritto dall'articolo 19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità CRPD si richiama quanto espresso dal Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità delle Nazioni Unite ad agosto 2016 nelle sue conclusioni al primo rapporto dell'Italia, riguardo all'art. 19: "Il Comitato è seriamente preoccupato per la tendenza a re-istituzionalizzare le persone con disabilità e per la mancata riassegnazione di risorse economiche dagli istituti residenziali alla promozione e alla garanzia di accesso alla vita indipendente per tutte le persone con disabilità

nelle loro comunità di appartenenza. Il Comitato inoltre nota con preoccupazione le conseguenze generate dalle attuali politiche, ove le donne sono “costrette” a restare in famiglia per accudire i propri familiari con disabilità, invece che essere impiegate nel mercato del lavoro.

Il Comitato raccomanda: a) di porre in atto garanzie del mantenimento del diritto ad una vita autonoma indipendente in tutte le regioni; e, b) di reindirizzare le risorse dall'istituzionalizzazione a servizi radicati nella comunità e di aumentare il sostegno economico per consentire alle persone con disabilità di vivere in modo indipendente su tutto il territorio nazionale ed avere pari accesso a tutti i servizi, compresa l'assistenza personale.”

Sono stati riportati solo alcuni punti di questo complesso Documento che la FISH ha

elaborato e presentato al Governo e alle Regioni per fronteggiare l'emergenza Covid, con l'intento di garantire il mantenimento dei servizi indispensabili per le persone con disabilità, nel rispetto di una loro qualità di vita, della partecipazione alle principali attività necessarie nella vita quotidiana e dell'inclusione sociale.

Condizioni di vita già, normalmente, molto precarie perché non sostenute dalla presenza di adeguati servizi nel territorio e della mancanza di contributi indispensabili per finanziare progetti di vita indipendente e di inclusione sociale.

Sicuramente, superate tutte le fasi che si stanno affrontando per la pandemia, sarà indispensabile con le Associazioni, con gli Operatori del Territorio e dei CDD e con le Istituzioni rivedere le modalità di presa in carico e l'assetto dei servizi esistenti nel territorio per le persone con disabilità.



# Storia di Mirko che non voleva morire e voleva giustizia

di Leopoldo MAGELLI\*

Questo non è un articolo scientifico, né un testo politico. È una storia, perché credo che il meccanismo della narrazione sia il più adatto a rendere la dimensione umana della sofferenza di chi si ammala e muore per causa del lavoro (e, in realtà, la dimensione umana è anche profondamente politica). Non so bene perché un medico del lavoro di lunga data (da 45 anni!), che ne ha letteralmente viste di tutti i colori (solo per dirne una, ha fatto parte della commissione d'inchiesta della Regione Emilia-Romagna per la strage della MECNAVI nel porto di Ravenna, nel 1987), si sia così commosso e appassionato per la vicenda di Mirko: non è solo perché è veramente paradigmatica della realtà che rappresenta, ma anche perché mi ero veramente affezionato a Mirko, con la sua testarda bontà e la sua incredibile tenacia. Mi ha tanto colpito la sua storia che ho voluto riprenderla in mano ora, a quasi due anni dalla sua conclusione, forse perché le tante persone morte sul lavoro per il COVID 19 hanno rinfocolato antiche e mai sopite intolleranze contro l'ingiustizia che sta sotto ogni morte sul lavoro. E anche perché in questi giorni siamo bombardati di numeri, e i numeri sembrano essere diventati una rappresentazione della realtà, mentre ne sono solo una descrizione in termini quantitativi: dicendo "cento morti oggi per COVID" o "mille morti quest'anno sul lavoro" esprimiamo appunto una dimensione puramente quantitativa del fenomeno (peraltro utilissima, sia ben chiaro), ma cancelliamo involontariamente la dimensione umana e individuale. Cento morti sono cento persone che non ci sono più, ognuna col suo nome e la sua storia. Ed io ho voluto raccontare una di queste storie

....

La storia di Mirko, almeno per la parte di cui voglio raccontare, inizia nel 1996, la prima data importante, quando a 27 anni inizia a lavorare in una importante azienda metalmeccanica, dove si opera su manufatti di acciai speciali, contenenti, nella loro composizione, cromo e nichel. È un gran lavoratore (pensate che nei 15 anni tra il 1996 ed il 2011 effettua ben 5.000 ore di straordinario: è come se avesse lavorato tre anni e mezzo in più!), molto affidabile e capace nel suo lavoro. È molto orgoglioso di aver trovato un lavoro fisso in un'importante azienda, fonte di reddito sicuro per tante famiglie della zona e sul lavoro si spende senza risparmiarsi.

La seconda data importante è il 2011 (15 anni dopo), quando inizia ad accusare dei disturbi alle fosse nasali: dopo i primi accertamenti viene posta la diagnosi, che sarà più tardi confermata e precisata: si tratta di un TUNS (tumore naso-sinusale). Si tratta di una tipologia di tumore molto aggressivo, non comune nella popolazione italiana in generale, ma con una certa frequenza nei lavoratori esposti a polveri di cuoio, polveri di legno, fumi e polveri di nichel (anzi, più della metà di questi tumori colpisce proprio lavoratori professionalmente esposti).

Mirko è talmente legato all'azienda che non vuole creare problemi o seccature... si "accontenta" dell'indennizzo ricevuto dall'INAIL, che gli riconosce la malattia professionale. Ma quando pare che l'azienda intenda ricorrere contro il riconoscimento INAIL (e Mirko teme che gli possa essere tolto anche l'indennizzo ricevuto) scatta in lui una reazione molto forte. Sa che malattia ha, sa come andrà molto pro-

\*Medico del lavoro.

babilmente a finire, studia e legge, si informa, si rende conto che in azienda erano presenti sostanze cancerogene cui è stato esposto. Contestualmente si rende anche conto che se l'azienda avesse rispettato sistematicamente tutte le misure e procedure di sicurezza (oggetto tra l'altro di diversi verbali dell'ASL), se tutti i soggetti impegnati nella prevenzione aziendale avessero svolto i loro compiti col massimo del rigore, se l'informazione e formazione sui rischi professionali fossero state più incisive ed efficaci, se la sorveglianza sanitaria si fosse ispirata ai protocolli più aggiornati e validati, ... se ... se ... se ... forse lui non sarebbe in quelle condizioni! Qui inizia il calvario di Mirko, che si svolge su due binari tragicamente paralleli:

- da un lato la storia della sua malattia e la sua ineluttabile progressione verso un destino segnato, anche se Mirko vuole vivere, lotta, si aggrappa a tutte le speranze, affronta interventi chirurgici, radioterapia, chemioterapia, sperimenta nuove terapie, vede alternarsi momenti di apparente remissione a momenti in cui la malattia si riacutizza e recidiva, è fiaccato dalla comparsa di complicazioni sempre più pesanti e drammatiche da sopportare, come la perdita progressiva della vista, perché il tumore gli infiltra il pavimento dell'orbita ... sto usando un linguaggio crudo e che può urtare la sensibilità di chi legge, ma quando parliamo di malattie da lavoro, e in particolare dei tumori professionali, non parliamo solo di casi o di numeri, ma di persone reali che sono devastate nella loro integrità psicofisica (e con loro i loro familiari);

- dall'altro la storia della sua battaglia per avere giustizia (battaglia fondamentalmente solitaria perché, anche se Mirko coinvolge il sindacato e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, il dolore e la paura sono però tutti suoi!): anche se l'INAIL gli aveva riconosciuto la malattia professionale (decisione contro cui, come detto sopra, l'azienda intendeva fare ricorso), il procedimento penale nei confronti del suo datore di lavoro finisce con un'archiviazione per insufficienza di prove (la lettura degli atti relativi a questo provvedimento è un'altra fonte di sofferenza per

Mirko, che vede messe in discussione o addirittura negate molte delle sue esperienze vissute sul luogo di lavoro). Mirko vive quindi questa conclusione come uno schiaffo feroce, perché è come se si negasse che la sua sofferenza è legata alla situazione lavorativa in cui ha vissuto per anni. Ma è ancora in atto il procedimento giudiziario in sede civile, che Mirko vede come l'ultima possibilità di avere giustizia, che per lui è diventata una ragione di vita, un punto d'onore: non accetta di morire a cinquant'anni per un tumore che è convinto di aver contratto sul lavoro senza che gli venga riconosciuto ciò (sembra quasi un cavaliere medioevale che sa che soccomberà in un'impari sfida, ma vuole almeno l'onore delle armi!). È in questa fase che io lo conosco, come suo consulente medico di parte nella causa civile.

A questo punto le due storie si intrecciano: da un lato la vicenda concreta e carnale della malattia che avanza e piano piano sgretola Mirko, dall'altro la vicenda surreale, virtuale, di un processo in cui i periti e le parti si scontrano su milligrammi di polveri nell'aria, sull'efficacia delle cappe d'aspirazione, sulle caratteristiche istologiche del tumore, su dati statistici ed epidemiologici, su dotte citazioni di esperti del mondo scientifico. E intanto Mirko sta sempre peggio, ma tiene duro: passano i mesi, la situazione di Mirko si aggrava sempre più ma sembra quasi che Mirko non voglia andarsene prima di aver avuto giustizia.

E arriviamo all'inizio del 2019: il processo si chiude con una conciliazione, che si concretizza con il pagamento da parte dell'azienda di una somma di denaro. Mirko accetta per due motivi: intanto, anche se può sembrare poco, in termini astratti di giustizia, questa conclusione per Mirko è molto, perché comunque la vive come qualcosa che gli rende giustizia, gli riconosce l'onore delle armi, e poi la somma pattuita gli consente di garantire alla madre una piccola sicurezza economica per il futuro, visto che tra poco resterà sola. Vorrebbe anche (ma questo non lo ottiene) che l'azienda si impegnasse di più a garantire la sicurezza e igiene del lavoro ....

Sembra che Mirko aspettasse proprio que-

sta conclusione: infatti pochi giorni dopo se ne va ... Ha perso la sua battaglia per la vita, ha "vinto", se pure in modo un po' nebuloso, la sua battaglia per avere giustizia.

Ho scritto questa storia non solo perché mi ha coinvolto personalmente, come consulente medico di parte di Mirko nella sua vicenda giudiziaria, che si è inevitabilmente affezionato a lui, ma anche perché ci sono tanti Mirko ogni anno nel nostro paese. Tanti sono quelli che ogni anno si ammalano e muoiono per tumori professionali, e le statistiche INAIL lo dimostrano, anche se resta sempre il dubbio che i dati INAIL siano sottostimati (infatti la percentuale dei casi di tumore riconosciuti come professionali rispetto a quelli denunciati non supera mai il 50 %: negli ultimi anni, i casi denunciati oscillano tra i 2.600 e i 3.000 all'anno, quelli riconosciuti tra i 1.100 e i 1.300).

Ci saranno ancora altre storie come quella di Mirko? Credo che la risposta onesta sia: "purtroppo sì". Infatti, a prescindere dallo specifico della storia di Mirko, resta l'ama-

ra considerazione che, fino a che nelle politiche delle imprese (per fortuna non tutte!) l'aspetto economico sarà l'unica variabile indipendente e l'etica sarà ben che vada un'optional, fino a che l'illegalità (anche in questo campo) sarà prassi diffusa, fino a che i diritti (anche quello dei lavoratori a non ammalarsi e a non morire per il loro lavoro) saranno negati o limitati, i morti sul lavoro non caleranno: perché la prevenzione costa (anche se, in realtà, è anche un investimento), le leggi sulla sicurezza esistono, ma troppe volte non vengono rispettate (o lo sono solo in modo formale), i diritti di chi lavora sono troppo spesso negati o compressi. Tra l'altro, un paio di anni fa sono stati ridotti i premi assicurativi INAIL per le aziende ... Dietro le cifre delle statistiche, comunque, ci sono il dolore e la sofferenza reali: ci vorrebbe un poeta, un Edgar Lee Masters 4.0 che raccontasse in una nuova antologia di Spoon River, per nome e cognome, le storie di tutti i lavoratori uccisi dal lavoro che dormono, come direbbe Fabrizio De Andrè, sulla collina.



# Per il superamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali e la ripubblicizzazione della cura degli anziani, dei cronici non autosufficienti e delle persone con patologie ad alto rischio invalidante

a cura del Gruppo di Lavoro del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute\*

E' necessario organizzare una azione comune per ottenere il diritto alle cure sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale degli anziani malati cronici non autosufficienti e l'individuazione dei responsabili dei decessi avvenuti nelle RSA.

Il Gruppo di Lavoro sulle RSA del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32) promosso da Medicina Democratica ha elaborato una bozza per la definizione di una PROPOSTA DI LEGGE DI INIZIATIVA POPOLARE su il "*RIORDINO DEGLI INTERVENTI SANITARI A FAVORE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E DI TUTTE LE PERSONE AFFETTE DA PATOLOGIE AD ALTO RISCHIO INVALIDANTE*"

## PREMESSA

Il diritto alla salute è principio costituzionale assoluto non sottoposto ad alcuna limitazione nemmeno di ordine economico (Art. 32 Costituzione).

Per le persone anziane malate croniche, non autosufficienti il diritto alle cure sanitarie è inviolabile ed è doveroso garantire tutte le risposte attraverso una ben definita organizzazione di servizi socio-sanitari sia a livello territoriale che ospedaliero, con reparti dedicati e competenti dal punto di

vista professionale.

Tutti i massimi esperti del nostro Servizio Sanitario e del Ministero della Salute, intervenuti nell'Unità di crisi nazionale Covid-19 per l'aggiornamento quotidiano sui dati relativi ai pazienti affetti da Coronavirus, hanno riconosciuto – finalmente – che gli anziani ricoverati nelle Residenze sanitarie assistenziali – RSA – sono malati affetti da pluripatologie croniche da cui deriva la non autosufficienza e che le morti nelle RSA hanno dimostrato la grave carenza del Servizio sanitario nei percorsi post-ospedalieri. Gli stessi esperti hanno inoltre ammesso che è indispensabile sviluppare prestazioni di presa in carico domiciliare per i malati non autosufficienti.

Le cure domiciliari prestate dalle A-USL tramite il servizio di "*Assistenza Domiciliare Integrata*" (ADI) consistono in genere nella presa in carico della persona da parte del medico di base che visita più di frequente il malato, nelle prestazioni di un infermiere professionale e/o di Operatori Socio Sanitari e ASA. Sono previsti alcuni interventi fisioterapici domiciliari di mantenimento. L'ADI prevede anche l'intervento del comune (SAD) che fornisce (dove esiste questo servizio) prestazioni domestiche, di pasti, pulizia della

casa e simili.

La proposta di legge di iniziativa popolare che si vuol portare avanti si basa su una serie di punti che richiamano la necessità di cure territoriali e ospedaliere sanitarie gratuite e rappresentano gli obiettivi principali da sviluppare in riferimento ai dettami della Costituzione e in riferimento soprattutto alla Legge Nazionale di Riforma del Servizio Sanitario Nazionale: la n. 833 del 1978.

Consapevoli degli anni trascorsi da questa legge, si ritiene che i principi espressi sono validi ancora oggi e che vanno ripresi i contenuti principali e riscritti in modo adeguato.

Di seguito i punti principali:

### PREVENZIONE

Avviare un programma generale di prevenzione, ovvero una proposta-lavoro di educazione alla salute fin dai primi anni di vita, con indicazioni di sana alimentazione/movimento/sviluppo intellettuale/ vita di relazione; va inoltre considerata la necessità per gli ambienti di lavoro di avere un'organizzazione priva di elementi di nocività (es. eliminazione delle esposizioni a sostanze tossiche e cancerogene); è importante convincere i lavoratori a non fumare e comunque a non utilizzare sostanze che inducono dipendenza. Per quello che riguarda gli anziani occorre sempre indicare una buona alimentazione, praticare il movimento e sport (secondo le condizioni di età), mantenere una vita di relazione e interessi culturali e intellettuali.

Le strutture sanitarie e socio sanitarie territoriali devono essere i soggetti interessati a promuovere e organizzare la prevenzione con particolare riferimento alle *CASE DELLA SALUTE* (vedi Documento del Gruppo di Lavoro sulla Medicina del Territorio).

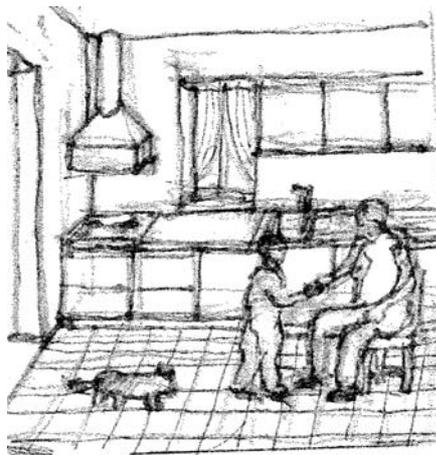
In ogni territorio, le ASL/ATS, in collaborazione con i Comuni definiscono un programma di prevenzione, capace di ridurre in modo consistente il numero delle persone malate non autosufficienti.

### CURE DOMICILIARI/OSPEDALIZZAZIONE A DOMICILIO

*“Le cure domiciliari devono essere al primo posto tra le priorità di programmazione ed attuazione: nella pubblica opinione, tra i decisori politici e gli amministratori, tra tutti i professionisti che operano nelle diverse aree di cura alla persona, sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale; nel mondo dell’assistenza formale-istituzionale ed informale:*

*1. Essere curati a casa, di più e meglio per qualità e quantità, rappresenta oggi un bisogno reale per moltissime persone.*

*2. Rimanere il più a lungo possibile a casa è la più grande aspirazione di queste*



*migliaia di cittadini con malattie di lunghissima durata.*

*3. Essere curati a casa è un diritto della persona e dei suoi familiari.*

*4. Curare a casa è dovere delle istituzioni pubbliche ed interesse della collettività.*

*5. Curare a casa, di più, conviene all'amministrazione pubblica e ai contribuenti, perché a parità di bisogno e di risultato può essere spesso più efficace e meno costoso che in ospedale o in residenza.*

*6. La casa delle buone cure a casa è il distretto. Il distretto deve essere per questo dotato di risorse e strumenti adeguati, con la responsabilità di organizzare percorsi di presa in carico unitaria coordinata e continuativa. Cure domiciliari integrate e distretto devono costituire per tutti un binomio inscindibile di pensiero ed azione (al pari di “pronto soccorso-ospedale”).*

*7. Più cure a casa devono essere offerte e ottenute in tre attuali emergenze, colpevolmente ancora scoperte: le fasi ultime della vita; la demenza senile; l'infanzia a rischio*

*di abbandono familiare.*

*8. Per curare di più a casa occorrono team multidisciplinari e servizi multiprofessionali integrati più forti, continuativi, attivi tutti i giorni, nelle 24 ore per la parte sanitaria e nelle 12 ore per quella socioassistenziale.*

*9. Curare a casa, di più e meglio, rappresenta un'eccellente alternativa ai ricoveri impropri in ospedale e contribuisce fortemente a renderlo più efficiente. Il buon funzionamento dell'ospedale sta a cuore a tutti, e per questo occorrono circuiti di cure domiciliari meglio strutturati e dotati.*

*10. Essere curati a casa fa sentire meno sole le persone e più vicine le istituzioni.”* (Tratto da Salute Internazionale 2020, Paolo Da Col. - Trieste )

All'interno del Distretto va istituita una Unità di Valutazione Multidimensionale, composta da personale medico (fisiatra, geriatra), infermieristico, riabilitativo e assistenziale, su segnalazione del medico di medicina generale o del reparto ospedaliero, procederà alla diagnosi funzionale del paziente e ne indicherà il percorso terapeutico clinico, assistenziale e riabilitativo. A tale riguardo l'istituto dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), previsto dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, sui LEA è uno strumento indispensabile, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, finalizzato a garantire la presa in carico globale delle persone, con particolare riguardo ai casi di fragilità, come quelli delle persone non autosufficienti con gravi patologie croniche invalidanti, ossia casi particolarmente complessi che richiedono una valutazione su più piani. Obiettivo dell'UVM è quello di migliorare, o comunque garantire il più possibile, lo stato di salute e la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari (in particolare dei congiunti che se ne fanno carico), attraverso la predisposizione di un progetto personalizzato, condiviso da tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare di professionisti socio sanitari di diversa provenienza nonché della famiglia e dei caregiver. Costoro, previa valutazione dei diversi aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici, definiscono i bisogni globali della persona e le risposte e gli interventi, anche

sotto il profilo dell'individuazione delle strutture più adeguate, nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

In funzione della valutazione multidimensionale l'equipe predisposta ad intervenire stabilisce i tempi e le modalità necessarie per l'erogazione delle cure domiciliari. A regime gli operatori devono essere dipendenti dal SSN e adeguatamente formati (ECM).

Le cure domiciliari e l'ospedale a domicilio si avvalgono della Medicina territoriale, ovvero di una équipe di professionisti in capo al Medico di Medicina Generale in grado di monitorare queste situazioni attraverso:

-Valutazione del MMG e degli specialisti (fisiatra, geriatra e altri su indicazione)

-Valutazione globale per definire la presa in carico necessaria (UVM, PAI, PDTA, ecc.) e presa in carico da parte di operatori sanitari.

-Valutazione dell'assistente sociale per verificare le condizioni familiari e altre necessità (ivi compresa la socializzazione). E' necessario che l'intervento sia tempestivo, qualunque sia la provenienza (dimissione ospedaliera o domicilio) sia per la presa in carico che per l'attuazione del Piano assistenziale personalizzato definiti dalla UVM. I familiari, cui non compete alcun compito e dovere di cura sanitaria, devono essere supportati dal punto di vista materiale, psicologico e economico.

### **RSA (RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI)**

Va premesso che le RSA sono istituzioni totalizzanti che sono diventate indispensabili in questi ultimi anni in mancanza di corrette alternative. Ciò ha anche portato allo sviluppo smisurato di strutture RSA private volte certamente al profitto. Tenendo conto della necessità di incrementare e riorganizzare le cure domiciliari, le lungodegenze riabilitative e gli hospice, deve essere ripensato un modello di RSA che si occupi in modo globale della cura delle persone anziane malate e non autosufficienti.

Innanzitutto le RSA devono essere strutture sanitarie pubbliche che si occupano della cura, dell'assistenza e della riabilita-

zione di persone anziane, malate croniche e non autosufficienti e le prestazioni devono rientrare nell'ambito delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della L.833/78, del D. lgs 502/92 e del DPCM n.15 del 12.1.2017 (Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria). Per ciò stesso va considerato che già ora, nella gran parte dei casi – si pensi alle demenze – i ricoverati (meglio evitare la parola “ospiti”) devono essere considerati “*ad alta integrazione sanitaria*” e per ciò stesso a totale carico del SSN.

Devono essere presi in considerazione i seguenti punti:

- le RSA devono essere strutture di ricovero non superiori ai 40-60 posti letto;
- strutturalmente le RSA devono rispondere ai criteri dell'accessibilità e prevedere degli spazi adeguati sia per le cure riabilitative che per i momenti ludici e di aggregazione: palestra di fisioterapia, soggiorno/sala da pranzo, sala ludica, per la musica, spazi per l'arte terapia e il giardinaggio, cucina didattica e spazi di terapia occupazionale, logoterapia e counselling psicologico per i pazienti e i familiari;
- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna RSA dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto;
- la presenza in tutte le RSA di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale sociosanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore con visita quotidiana e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni corporee;
- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti i pazienti che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010.

E' necessario assicurare l'assunzione di personale a tempo indeterminato, per ridurre i cambiamenti di personale che disorientano anziani e familiari.

La formazione permanente del personale

deve prevedere tirocini all'interno delle strutture di ricovero delle persone anziane ospedaliere e nelle RSA attraverso:

- preparazione del personale medico, infermieristico, operatore socio sanitario, tecnico, nonché degli psicologi, degli educatori e degli altri addetti, compresi quelli per le pulizie, in modo che anche questi pazienti siano curati da operatori preparati ovunque essi vadano a lavorare;
- valutazione sul campo delle esigenze specifiche di questi pazienti e dei loro congiunti anche al fine della predisposizione di adeguate cure palliative e terapie del dolore.

### **COMITATI DI PARTECIPAZIONE DEI FAMILIARI E DEL TERRITORIO**

All'interno delle RSA devono essere previsti i Comitati di partecipazione dei Familiari, redigendo una vera e propria Carta dei Diritti, rispettosa dei bisogni di informazione, comunicazione sullo stato di salute, sugli interventi terapeutici messi in atto all'interno della struttura e sull'andamento delle attività della struttura, ecc.

Questi comitati vengono istituiti in modo autonomo e democratico dagli stessi familiari e dotati di un proprio regolamento. Le direzioni delle RSA li devono riconoscere. Altresì possono costituirsi comitati di zona, composti da figure rappresentative, istituzionali e non, del quartiere, che si rapportino con i Comitati dei familiari. Si ritiene infatti che le RSA debbano essere strutture aperte sul territorio, dove l'accesso dei familiari e visitatori segua le semplici regole delle strutture sanitarie, l'esclusione cioè dell'orario di pulizie e di visita medica.

### **DIMISSIONI DALL'OSPEDALE**

Per impedire le dimissioni di persone malate, anziane e adulti non autosufficienti senza la presa in carico della Medicina del Territorio occorre agire affinché gli ospedali non dimettano senza aver predisposto la continuità di cure, di assistenza e di riabilitazione, attraverso una adeguata valutazione multidimensionale e con il coinvolgimento adeguato del servizio sociale.

Obiettivo urgente è richiedere al Ministro della salute la predisposizione di un opu-

scolo che dovrebbe contenere:

- il richiamo alle norme vigenti per affermare la piena ed esclusiva competenza della Sanità in merito alle diagnosi, alle terapie ed alla riabilitazione;

- fornire istruzioni, sia per gli operatori sanitari che per i cittadini, perché sia garantito il diritto alla continuità terapeutica, senza limiti di durata, fino alla presa in carico dell'Asl/Ats di residenza per le prestazioni sanitarie domiciliari o per il ricovero in una struttura sanitaria residenziale (RSA);

- apportare le indispensabili modifiche ai Lea, affinché anche alle persone malate non autosufficienti siano applicate le tutele e condizioni garantite dalla legge 833/1978 e 38/2010;

- interpretare correttamente il collegamento e il coordinamento con il settore dell'assistenza sociale, così come previsto dall'art. 1 della legge 833/1978, che stabilisce che «*Nel servizio sanitario 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 della collettività*».

### **SERVIZI TERRITORIALI (Centri Diurni, Co-housing)**

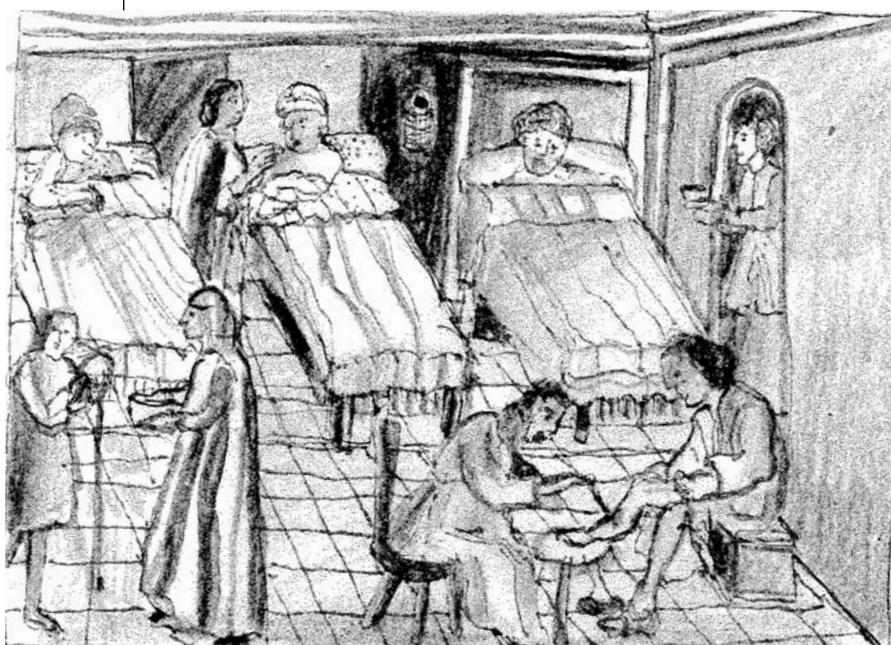
Devono essere inoltre attivate nel territo-

rio di residenza della persona anziana altri servizi che possono concorrere alla qualità di sostegno (per l'assistito e per i familiari) e alla qualità terapeutica necessaria:

- Centri Diurni Integrati dove siano previsti interventi assistenziali, riabilitativi, educativi e di socializzazione, utili al miglior contenimento dei principali sintomi legati alle patologie. Questi interventi permettono di affrontare terapeutamente le gravi patologie, riducendo le complicanze e il peggioramento stesso della malattia e garantiscono un alleggerimento assistenziale alla famiglia che generalmente non è in grado di supportare sia per l'età che per le numerose necessità terapeutiche indispensabili. Sono quindi da considerarsi all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

- Co-Housing

In alcuni Comuni questa esperienza è già stata attivata con discreto risultato. Si tratta di prevedere delle abitazioni dove le persone anziane sole, con condizioni di autosufficienza/non autosufficienza diversa vengono inserite in modo equilibrato. Si tratta di una vera e propria ospedalizzazione territoriale, inserita in un contesto domestico che si avvicina maggiormente alle comunità terapeutiche, ma si avvale anche delle risorse delle persone stesse e dei loro familiari.



Ospedale, Avicenna,  
"Canone",  
ms. Gaddiano 247,  
Firenze, Biblioteca  
Medicea  
Laurenziana

# “La salute innanzitutto”, vale anche per i luoghi di lavoro?

a cura del Gruppo di Lavoro sulla Sicurezza Lavoro, disoccupazione povertà del Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute (Campagna Dico 32)

Il testo che segue riprende e aggiorna, presentandolo in modo più discorsivo, la discussione avvenuta nel gruppo di lavoro del Coordinamento Nazionale quale work in progress da maggio 2020 ad oggi, e si connette alle precedenti attività di Medicina Democratica di affermazione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro con le evidenze ulteriori che “l’epoca Covid” ha fatto emergere o ha reso più evidenti.

## PREMESSA (DICEMBRE 2020)

“La salute innanzitutto” è stato il “mantra”, assieme a “andrà tutto bene”, che hanno segnato la prima fase dei provvedimenti emergenziali per il contrasto della pandemia, ma quell’affermazione non includeva la gran parte dei lavoratori e lavoratrici cosiddetti “essenziali” nell’immediato e poi tutti o quasi nella “seconda fase”.

Che la salute venga innanzitutto concordiamo pienamente, soprattutto deve venire prima del profitto e deve voler dire condizioni di lavoro sicure e salubri non solo in riferimento alla pandemia da Sars Cov2 ovvero ad un rischio biologico ma rispetto a tutti i fattori di rischio ben conosciuti e che mietono la vita di centinaia di lavoratori e lavoratrici ogni anno.

Anche in questo caso risulta evidente che va “imparata” la lezione Covid, cogliere l’evidenza dell’emergenza per cambiare la “normalità” che non rispettava questo principio.

Come è noto l’infortunio Covid è riconosciuto da INAIL “in automatico” (“presunzione di esposizione professionale”) (1) per le attività socio-sanitarie e quelle analoghe che espongono al contatto con il pubblico,

per altre categorie vale la procedura di verifica medico-legale “tradizionale”: il lavoratore deve dimostrare il nesso eziologico tra attività/esposizione e infortunio (2).

L’accertamento medico legale è, ora come allora, legato alla positività del lavoratore alla diagnosi da tampone molecolare, non hanno validità test di altro genere (anche se spesso impropriamente proposti dai medici competenti nelle aziende come se fossero integrazioni alla previgente sorveglianza sanitaria o un “benefit” aziendale rispetto alla incapacità di screening da parte del servizio pubblico). Con la stessa logica viene richiesto un tampone negativo per il rientro dal lavoro, sia esso da malattia che da infortunio. Va segnalato che, a fronte della indisponibilità in molte regioni di una capacità diagnostica sufficiente, in ottobre con una circolare del Ministero della Sanità è consentito lasciare l’isolamento/quarantena dopo 21 giorni dall’accertamento della positività anche senza tampone. Tale misura riguarda “solo” i cittadini, che potranno riprendere a uscire di casa, ma non vale per il rientro al lavoro per il quale rimane tassativo un riscontro formale di negatività. In questa situazione ci marcano i privati che offrono, con moneta sonante, tamponi veloci che il servizio pubblico non è in grado di fare (mancanza di reagenti, mancanza di laboratori ??). A ciò si aggiunga che INAIL ha “congelato” i premi in caso di infortunio covid (uno “scudo finanziario” per le aziende) e ha improvvidamente chiuso, nella “prima fase”, le strutture riabilitative gestite direttamente dall’Ente costringendo gli infortunati, non potendo attendere, a utilizzare strutture private, pagandole in proprio senza o con scarsissime possibilità di rim-

borso.

Ferme queste difficoltà e scelte gestionali l'ultimo rapporto INAIL disponibile sugli infortuni covid (dati al 31 ottobre 2020) registra 66.871 denunce di infortunio "da covid" (46.545 donne e 20.236 uomini, che confermano la maggioritaria presenza femminile nel settore socio-sanitario che costituisce il 70 % delle denunce totali).

I deceduti sono 332 (54 donne e 278 uomini, qui il rapporto si inverte per diversi fattori tra cui la maggiore età degli uomini). Tra questi non sono compresi tutti i medici di base contagiati e deceduti (328 al 20.02.2021) in quanto quelli "convenzionati" con il pubblico non sono "lavoratori subordinati" e quindi non sono soggetti alla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni gestita da INAIL.

Un'insieme di condizioni che motivano ancora di più la critica del modello "assicurativo" (dall'INAIL al welfare aziendale) come pure il ruolo di INAIL nel "sistema", ruolo che va oltre quello di ente assicurativo erogatore di prestazioni, per assumere – nonostante quanto previsto dalla riforma sanitaria 1978 che passava tali competenze alle USSL – anche quello del riconoscimento dello stato di malattia professionale del singolo lavoratore. Un evidente "conflitto di interesse" irrisolto come pure confligge quello dei finanziamenti (bandi INAIL) alle imprese – spesso a fondo perduto – per attuare quello che queste ultime devono fare per legge ovvero rendere sicuri i luoghi di lavoro, erogando ai datori di lavoro anche importi versati dai lavoratori per l'assicurazione.

La discussione del gruppo ha fatto emergere alcuni temi che si considerano principali, cerchiamo di sintetizzare il percorso, aggiornandolo con le ultime evidenze, e le relative conclusioni.

### IL POST COVID

L'obiettivo da evitare è che tutto ricominci come prima con la sola aggiunta di "mascherine", sanificazione degli ambienti e igienizzanti per le mani.

Medicina Democratica ha svolto dall'inizio una attività di informazione e orientamento delle vertenze che emergono sulla applicazione dei protocolli Covid, coglien-

do "l'occasione" per riprendere temi su cui ci si è sempre spesi (unitamente alle vertenze giudiziarie per dare voce e giustizia alle vittime come pure per migliorare la giurisprudenza e far emergere le lacune normative ambientali e sul lavoro).

Diversi interventi dei partecipanti al gruppo, nel riportare le esperienze di applicazione dei protocolli tra le parti sociali, hanno evidenziato interpretazioni datoriali tali da ridurre non solo l'impatto economico delle misure ma mettendone in discussione i contenuti sia aumentando le occasioni di contagio in ambito lavorativo che facendo pesare sui lavoratori alcune scelte (limitazione o soppressione di "accessori" lavorativi quali spogliatoi, docce, mense).

Il lavoro agile, nella sua estensione, ha mostrato il suo lato alienante, claustrofobico (oltre quello connesso alla quarantena) e di tendenziale autosfruttamento. Non è un caso che tale forma lavorativa "emergente" risulta al centro di tutte le iniziative di rilancio economico in definizione dedicando a questa attività solo qualche considerazione anche sui "nuovi" rischi connessi.

La situazione corrente richiederebbe un aggiornamento del DVR da parte delle aziende così da rendere permanente la "lezione" Covid e non limitandosi a un documento di tutela anticontagio temporaneo svincolato dal resto (si veda anche circolare Ministero della Salute del 29.04.2020 sul ruolo dei medici competenti).

I rischi negli ambienti scolastici – "rinviati" a settembre, malamente gestiti e "risolti" con una nuova chiusura dopo poche settimane – apparivano già ad un primo esame quelli con maggiore rischio: interessano 1 milione di lavoratori e 10 milioni di studenti che dovevano tornare in edifici che, nella maggior parte dei casi, non erano idonei prima della pandemia e non lo potevano essere alla ripresa. Che le scuole costituissero un rischio di ritorno pandemico amplificato soprattutto se permarrà lo scollamento con il SSN e con la medicina territoriale, in merito alla quale (la ex "medicina scolastica") non si vede nulla all'orizzonte, era evidente.

Le vicende sulla riapertura e quasi immediata nuova chiusura di gran parte degli istituti scolastici ha confermato questo punto dolente pur gestibile anche se, in realtà, le criticità principali non erano sulla organizzazione didattica e sui luoghi scolastici ma al di fuori, a partire dai trasporti. Ma la disparità di trattamento rispetto alle attività lavorative nella "seconda ondata" è evidente e inaccettabile.

La pandemia ha fatto emergere (confermare) il rapporto tra ambiente lavorativo e quello di vita, il lavoratore/cittadino condiziona la propria salute e la salute collettiva, portando sul luogo di lavoro e/o nel luogo di vita la malattia facendo da involontario vettore tra le due realtà. La risposta pertanto (v. esperienza dei comitati di Codogno) non può essere settoriale ma coordinata.

Qualcosa del genere era emerso anche nel caso del crimine ferroviario di Viareggio ove condizioni di lavoro (dei ferrovieri), sicurezza (dei lavoratori e del trasporto di sostanze pericolose) e tutela del territorio hanno interagito in un unico evento amplificandone gli effetti fino a determinare un disastro prevenibile agendo correttamente sui singoli fattori.

## RIFERIMENTO STORICO

La riforma sanitaria modificava il "paradigma" precedente, dalla competenza e dall'approccio "burocratico" dell'Ispettorato del Lavoro alla competenza del Ministero della salute (e delle regioni), con un approccio partecipato (v. anche l'art. 9 Statuto dei diritti dei lavoratori) tra lavoratori e tecnici dei servizi prima SMAL poi PSAL nelle USL/ASL.

La legge 833 parla di comunicazione dei dati accertati (sulla prevenzione in ambito ambientale e di lavoro) e diffusione della loro conoscenza, dello strumento delle Mappe di rischio e degli interventi tecnici partecipati di eliminazione dei fattori di rischio.

Nella evoluzione normativa successiva il testo unico (prima il Dlgs 626/94 poi il Dlgs 81/2008) contiene, dal punto di vista tecnico-prescrittivo, norme che non necessitano di modifica se non integrazioni su aspetti emergenti o di più difficile norma-

zione come quelli connessi alla sfera organizzativa e psicologica, ma la modalità di intervento del servizio pubblico non è risultata idonea né sufficiente a fronte di una cornice di perdita di azione e potere delle forze sociali.

La frammentazione di competenze (ASL, INAIL, INL, enti specifici settoriali) non ha favorito il mantenimento di un approccio partecipato; la figura del RLS (rappresentante dei lavoratori per la sicurezza), che avrebbe dovuto essere la leva di un nuovo intervento di autogestione dei lavoratori (e di confronto con gli organi di vigilanza)



VITA DI SAN  
GUBERTO dalla  
"Historia ecclesiastica  
gentis Anglorum"  
di Beda il Venerabile,  
ms. Yates Thompson 26,  
f. 2b, XII sec. Miniatura,  
Londra British Library

non è decollata (né poteva diventarlo per pura volontà legislativa a fronte di una deriva e peggioramento dei rapporti di lavoro, come precarietà e addomesticamento, se non abrogazione di fatto, dell'art. 18 dello Statuto : la forza lavoro non è più regolata da norme comuni ma divisorie anche tra chi lavora fianco a fianco).

L'aziendalizzazione ha favorito, dal lato delle ASL, l'affievolimento di tale approccio partecipato rimasto oramai solo nella sensibilità degli operatori anziani, per il resto è una pioggia di "cabine di regia" o comitati a diversi livelli in cui chi decide, in pratica, è l'assessore (il direttore generale) di turno della regione previa valutazione degli interessi delle aziende e dell'effettivo "contrappeso" dei sindacati (quando si degnano di svolgere almeno un tale ruolo). Il tutto produce obiettivi lontani dal rispondere alle esigenze sociali di tutela privilegiando la produzione di "numeri" (prestazioni) svincolati dalla qualità e dall'efficacia dell'intervento in termini di pre-

venzione. Qualcosa di simile alla esplosione del numero delle prestazioni sanitarie del tutto svincolate da obiettivi di salute collettiva verificabili, dove uno strumento (quantificabile) sostituisce uno scopo sociale (principalmente qualitativo).

Anche le modifiche dei procedimenti sanzionatori/penali (dlgs 758/94) nello spostare sui tecnici parte degli adempimenti che prima erano dei magistrati ha irrigidito l'approccio privilegiando il lato dell'intervento ispettivo/"repressivo" (ricerca della violazione di legge e dei "requisiti di sicurezza essenziali") rispetto alla ricostruzione autoorganizzata e partecipata dei cicli e l'utilizzo dei tecnici per l'individuazione degli interventi per migliori condizioni complessive nei luoghi di lavoro .

Occorre un ritorno (attualizzato) all'art. 20 della legge 833/78: un ruolo in cui l'intervento pubblico è direttamente finalizzato alla ricerca, elaborazione e attuazione di misure di tutela delle condizioni di lavoro (anche quando non previste da specifiche norme di legge) effettuati sulla base di esigenze verificate congiuntamente con le rappresentanze dei lavoratori. Approccio ben diverso dalla sempre più crescente prosopopea "alternativa" di rapporti "collaborativi" tra gli organi di vigilanza e le imprese.

Nella discussione è stata evidenziata anche la perdita culturale e tecnica dei tecnici (per abbandono di interesse da parte dei dipartimenti di prevenzione nelle USL/ASL) (3) in particolare degli aspetti di igiene del lavoro e, più in generale, ad uno sforzo sulla ricostruzione del ciclo produttivo, ci si affida alle "autocertificazioni" delle aziende e dei loro consulenti, che pesano nel rapporto con lavoratori e RLS indebolendo le loro istanze.

#### **UN TEMA CENTRALE E IMPELLENTE : ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E "RAPPORTO FIDUCIARIO"**

Un tema centrale emergente è l'organizzazione del lavoro quale "cornice" e sostanza di tutti i rischi. Un rischio da non relegare semplicemente a una frettolosa valutazione dello stress lavoro correlato (SLC) per lo più limitata agli "eventi sentinella" e a quelli di "contesto lavorativo" (cioè alla

prima fase della procedura di valutazione proposta nel modello INAIL che "quantifica" alcuni parametri che possono evidenziare gli effetti di presenza di SLC esteso su gruppi di lavoratori) sulla base di valutazioni presuntivamente oggettive ma definite dall'impresa o comunque dal valutatore anziché procedere sul contenuto ovvero soffermandosi sulle modalità di svolgimento del lavoro e dei rapporti tra lavoratori, gerarchie aziendali ovvero considerando gli aspetti soggettivi come vissuti/percepiti dai lavoratori. La vicenda covid ha mostrato che l'organizzazione del lavoro (la disorganizzazione da un lato e dall'altro la gerarchizzazione dei rapporti tra dirigenza e lavoratori) nelle strutture sanitarie è stata decisiva nell'incrementare o meno il disagio e un rischio aggiuntivo per i lavoratori (sul tema si rimanda al contributo di Gino Carpentiero e Enzo Cordaro in questo fascicolo).

Il ruolo reale degli RLS nell'ambito della "costruzione" della valutazione dei rischi e la reale presenza e attivazione degli RLST (RLS territoriali nel caso non vi siano RSL aziendali) per coprire le aziende minori (un recente studio dell'associazione sindacale europea condivide tale obiettivo in tutti i paesi dell'Unione) allo stato attuale rimane una leva per un miglioramento dell'azione dei lavoratori come "gruppo omogeneo di rischio" (che non sono scomparsi, nonostante la tendenza e l'estensione della individualizzazione della prestazione lavorativa in particolare nei settori emergenti).

La questione della democratizzazione dei rapporti nei luoghi di lavoro include il superamento dell'art. 2105 del codice civile (4) sul quale si basa (unitamente ai "codici" aziendali) il ricatto e l'arma aziendale del "rapporto fiduciario" ovvero dell'obbligo di "fedeltà" del lavoratore (in giurisprudenza definita anche "obbligo di buona fede del lavoratore", sic !). Una norma (del 1942) formalmente finalizzata a impedire che un lavoratore si ponga in concorrenza economica col datore di lavoro sfruttando le conoscenze acquisite ma che è stata ampliata ad ogni attività, anche extralavorativa, non gradita dal datore di lavoro come il caso di Riccardo Antonini

contro FS/Moretti (crimine ferroviario di Viareggio) e i casi più recenti di provvedimenti disciplinari a lavoratori della sanità che hanno osato criticare e pubblicizzare gli errori e le carenze del modo di affrontare la emergenza covid. Una norma in contrasto con i principi costituzionali sul libero pensiero (Art. 21 della Costituzione) come pure degli arti 1 e 9 dello Statuto dei diritti dei lavoratori (5)

### POSSIBILI DIREZIONI DI INTERVENTO

Tra i primi aspetti che possono essere oggetto di proposta anche in piena attuazione delle parti della 833/78 non realizzate :

-Passaggio alle ASL delle competenze (rimaste ad INAIL) sul riconoscimento delle malattie professionali (lasciando all'INAIL la pura attività assicurativa), revisione delle tabelle delle malattie professionali.

-Riforma dei Medici competenti : non più "consulenti" del datore ma convenzionati con le ASL (con rapporti e modalità di scelta analoghe a quelle dei medici di medicina generale);

-Ritorno a servizi di prevenzione delle ASL, attualizzando l'esperienza degli SMAL, in grado di essere un punto di incontro tra servizio pubblico e le esigenze soggettive dei lavoratori.

-Nel confermare l'impianto tecnico-normativo del dlgs 81/2008 approfondire il campo della organizzazione del lavoro quale quarto fattore di nocività ed in particolare gli aspetti psicologici (stress lavoro-correlati) che includono la affermazione della uguaglianza tra parti sociali in fabbrica (si segnala l'appello europeo pubblicato su Il Manifesto del 16.05.2020 "Un appello globale e tre proposte per il lavoro. Il lavoro non è una merce").

-Applicazione concreta ed estesa degli RLST anche utilizzando lavoratori pensionati volontari, con poteri di accesso in fabbrica; nel complesso un rafforzamento del ruolo, dei diritti e delle tutele dei rappresentati dei lavoratori (a partire da una loro formazione continua ed esaustiva).

-Intervenire sull'obbligo di "fedeltà" ("rapporto fiduciario") dei lavoratori nei confronti dei datori di lavoro (da ultimo si

vedano le iniziative contro i lavoratori RSA che hanno denunciato carenze, in "continuità" con situazioni analoghe del passato). Un possibile intervento in questa direzione potrebbe essere l'introduzione di un sistema analogo a quello di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. *whistleblower*) (6) esplicitando una salvaguardia (fatto salvo il reato vero e proprio di diffamazione) in caso di denuncia, anche pubblica, di criticità nella sicurezza della attività lavorativa, pubblica e privata (ovviamente tale tema si lega strettamente con quella salvaguardia del posto di lavoro, con il reintegro, prevista dall'art. 18 dello Statuto dei diritti dei lavoratori preso a picconate negli ultimi anni con un sadismo *bipartisan*).

- No all'esposizione a cancerogeni, mutageni e teratogeni (e disturbatori endocrini) in ambiente lavorativo per l'affermazione del MAC Zero, quindi revisione dei cicli produttivi quale base della loro bonifica e messa in sicurezza: altrimenti il mantra "*la salute innanzitutto ...*" rimane uno slogan vuoto.

-Valutare se sono da riproporre iniziative come la istituzione di una Procura nazionale per gli infortuni sul lavoro (Guariniello) e l'aggravante dell'omicidio sul lavoro nel caso degli infortuni mortali (l'iniziativa era anche correlata alla richiesta di revisione dei tempi della prescrizione nei processi, sul quale vi è stata, a nostro avviso, una positiva modifica normativa che va mantenuta).

### LE GAMBE PER UN PERCORSO DI RIPRESA DELL'INIZIATIVA

Non è sufficiente avere delle idee chiare su cosa serve per non ritornare alla "normalità" malata ante Covid.

Il lavoro e i lavoratori vanno messi al centro anche con un nuovo Statuto dei Diritti dei Lavoratori per attualizzare ed estendere i diritti alle nuove forme dei rapporti di lavoro. Ma questo non può cadere dall'alto. Per esempio tra le ultime iniziative governative, pur dichiaratamente finalizzate a un potenziamento della medicina territoriale, si propongono (v. per esempio infermiere di quartiere) forme contrattuali precarie, e questo non è un buon viatico

per la indispensabile inversione di tendenza anche nel campo dell'intervento sulla salute della collettività che non è una questione "temporanea".

Sicuramente non può essere sufficiente la buona volontà (ove esistente), la preparazione e/o il numero dei tecnici perché la direzione non può essere invertita solo con l'approccio a soggetti tecnici "delegati" alla attuazione delle norme.

Se è necessario uno spostamento di risorse e quindi un incremento di organici negli organi di vigilanza tale condizione non è sufficiente per modificare la situazione anche nel caso, comunque necessario, in cui si provveda a una revisione della "aziendalizzazione" (e dimensione) delle ASL/ATS per renderle più "vicine" alle esigenze e alle richieste del territorio.

Più recentemente le proposte (v. ordinanza regione Lazio e Calabria) di vincolare gli operatori sanitari all'obbligo vaccinale pena la "inidoneità lavorativa" appaiono l'ultima forzatura contro i lavoratori che rovescia l'ordine e la direzione della prevenzione nella stessa "logica" per la quale la messa a disposizione di "idonei DPI" esonerebbe il datore di lavoro dal ridurre o eliminare i rischi come pure da responsabilità.

Fortunatamente questi tentativi sono stati bloccati sul nascere da sentenze dei rispettivi TAR (7).

Il ruolo dei servizi di prevenzione ASL e quindi l'efficacia di un loro rafforzamento, come indicato nella legge 833, ma soprattutto come emerso dai conflitti sociali che hanno portato a quella riforma, deve avere al centro la ricostruzione partecipata (anzi governata) dai lavoratori per la ricostruzione dei cicli produttivi e quindi delle bonifiche necessarie. Anche il ruolo di raccolta delle informazioni (epidemiologia dei rischi lavorativi) va rimessa al centro dell'azione dei servizi pubblici sia per definire una programmazione efficace degli interventi (attualizzazione delle "mappe di rischio") sia per fornire informazione ai lavoratori e agli altri soggetti sociali.

Esattamente la direzione opposta a quella della richiesta di "scudo penale" da parte delle imprese come pure dell'incremento di personale dell'Ispettorato Nazionale del

Lavoro (l'agenzia ministeriale che ha spostato dipendenti da INPS; INAIL e Ministero del Lavoro) per mantenere in vita una poco efficace attività ispettiva centralizzata.

La mobilitazione va di pari passi con "competenza". Sintetizzando con uno slogan del passato occorre tornare ai "rossi ed esperti" dove la conoscenza scientifica e la capacità di individuare obiettivi di prevenzione e modalità di attuazione devono fondersi con una rinnovata mobilitazione del movimento operaio. Su questo occorre un "ritorno al passato" basato sulla non delega dell'azione di base. Strumenti come gli RLS (e la normativa stessa) non sono né buoni né cattivi, come tutti gli strumenti dipendono dal loro utilizzo. Non è sufficiente una lista di buoni propositi ed obiettivi se il soggetto sociale non si attiva superando le difficoltà odierne (precarietà in primis). Un ruolo utile delle associazioni deve essere quello di insistere con l'informazione per far crescere la coscienza; come si affermava anni fa: "l'informazione è (già) prevenzione". Occorre pertanto, oltre alla individuazione di proposte, insistere ed estendere forme di informazione come opuscoli e altre forme comunicative fino ad approfondimenti che riguardino la vita dei lavoratori e forniscano loro strumenti di analisi e coscienza.

Altro tema discusso è come portare le nostre proposte a chi (i lavoratori) le può utilizzare per costruire vertenza. Occorre riuscire a distinguere i livelli locali e nazionale. In particolare a livello locale occorre essere disponibili a sostenere (anche tecnicamente con "sottogruppi" locali) le realtà autoorganizzate dei lavoratori (inclusi i sindacati di base) ricordando che le esperienze più recenti di lotte per il miglioramento delle condizioni contrattuali contengono tutte anche richieste relative alla salute nei luoghi di lavoro. Sempre a livello locale è stata posta in evidenza l'esperienza di cittadini-lavoratori (Codogno) che hanno costruito vertenze, appunto locali, nei confronti degli enti locali (sindaci) affinché si facessero carico non solo della tutela dei cittadini ma della corretta applicazione dei protocolli nelle aziende. Le aziende incidono sul territorio e vice-

versa.

A livello nazionale vi possono essere obiettivi quali modifiche e progetti di legge ma occorre sostenere nello stesso tempo le realtà locali. Probabilmente questo aspetto ha più difficoltà ad emergere sia perché la maggior parte delle realtà associative che partecipano al coordinamento sono di livello nazionale e perché, per le tante storie e delle diverse realtà solo una parte, come Medicina Democratica, sono tradizionalmente impegnate in ambito lavorativo e hanno nei propri obiettivi quelli di promuovere e sostenere movimenti di lotta per la salute nei luoghi di lavoro.

In ogni caso anche associazioni non tradizionalmente impegnate su questi temi, in una logica di rete e di coordinamento, possono favorire il contatto con realtà lavorative locali e ampliare la capacità di azione di tutti : di agire su più "fronti" in quanto parte dalla considerazione della unitarietà tra rischi e quindi l'opportunità di vertenze popolari unitarie riguardanti le condizioni di lavoro, di vita – che includono i servizi sociosanitari - e quelle ambientali). Si segnala, tra le altre, la necessità di sostegno tecnico nelle vertenze che si stanno aprendo per riconoscere le responsabilità aziendali nei casi di effetti permanenti di infortuni (anche riconosciuti) da Covid, in queste vertenze oltre al supporto medico-legale occorre riuscire a sostenere la inadeguatezza dell'applicazione di quelle "condizioni di sicurezza minime" contenute nei protocolli anticovid tra le parti sociali. Si potrebbe schematizzare che nel nodo locale ci si deve concentrare in azioni (costruendo e adattando metodologie utili per gli interessati) principalmente finalizzate alla difesa della salute dei lavoratori mentre a livello nazionale si discute su temi più legati a una cornice legale che favorisca tale impegno locale. L'obiettivo ottimale sarebbe quello di piattaforme locali convergenti nel metodo e nei contenuti rispetto agli obiettivi nazionali che il coordinamento saprà darsi.

Da ultimo occorre porre la questione della riduzione dell'orario di lavoro a parità di salario anche quale forma per ridurre disoccupazione e povertà, su questi ultimi temi, tenuto conto dell'arrivo dei finanzia-

menti di sostegno europei per destinarli a obiettivi di salute e ambientali ad elevata produzione di occupazione. Una grande opera è sicuramente quella delle bonifiche ambientali dei siti contaminati (nella maggior parte dei casi abbandonati da attività industriali "fuggite" dopo aver spremuto i lavoratori e sparso nocività) come pure della contaminazione diffusa, esempio tipico quello dell'amianto.

#### POSTFAZIONE (Dicembre 2020)

Nel mezzo della pandemia da Sars Cov2 alcune iniziative governative hanno tocca-



San Goberto con due confratelli torna dalla terra dei Pitti. da "Vita di San Goberto" dalla "Historia ecclesiastica gentis Anglorum" di Beda il Venerabile, ms. Yates Thompson 20, f. 26, XII sec. Miniatura Londra, British Library

to, in modo più o meno approfondito, i temi qui trattati ma, a nostro avviso, senza significative proposte adatte alla necessaria inversione di tendenza.

Un primo documento (8.06.2020) è certamente costituito dalle "Schede di Lavoro – Iniziative per il rilancio Italia 2020-2022" o "Piano Colao" il cui incipit (scheda n. 1) è significativo del resto : la proposta di "scudo penale": "Escludere il "contagio Covid-19" dalla responsabilità penale del datore di lavoro per le imprese non sanitarie e neutralizzare fiscalmente, in modo temporaneo, il costo di interventi organizzativi (ad es. turnazione, straordinari) conseguenti all'adozione dei protocolli di sicurezza e al recupero della produzione perduta per il fermo, per non penalizzare la competitività dell'impresa e i redditi dei lavoratori".

Per il resto del "Piano" sul tema sicurezza, vi è solo qualche accenno relativo a miglioramenti (come alla estensione) dello smart working compensati però da ulteriori

provvedimenti di “*semplificazione*” e di ampliamento del regime di “*silenzio-assenso*” per l’apertura di nuove attività come pure per decisioni in campo ambientale. Sul lavoro, emersione del lavoro nero, favorire l’inserimento lavorativo per le disabilità, sostegno dell’occupazione femminile, conciliazione dei tempi di vita/lavoro sono i titoli che hanno una qualche correlazione ma nulla di specifico. Il 6.08.2020 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il “nuovo” (2020-2025) Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) che ha un capitolo dedicato agli “*infortuni e incidenti* (sic ! ndr) *sul lavoro, malattie professionali*”. Il documento prende le mosse dall’andamento infortunistico a tutto il 2019 rilevando un leggero decremento del numero di infortuni denunciati ma incrementi significativi (intorno al 6 %) di quelli mortali, andamento che “*può trovare giustificazione nella precarietà del lavoro, nella mancanza di adeguate formazione per i lavoratori socialmente più deboli (giovani, stranieri), nell’invecchiamento della popolazione esposta al rischio*”, una vera e propria ammissione di colpa : l’estensione della precarietà del lavoro e l’innalzamento dell’età pensionistica producono morte sul lavoro. L’incremento delle denunce di malattie professionali (+ 2,6 %) invece viene principalmente ascritto all’emersione dei casi grazie a campagne di sensibilizzazione e miglioramenti normativi. Non sono le malattie che aumentano ma la “*copertura*” delle stesse con le prescritte denunce (aspetto su cui molti medici dovrebbero fare un esame di coscienza). Il Piano pone particolare attenzione a una serie di rischi “*trasversali*” alle diverse attività : “*età, precarietà del lavoro, scarso benessere organizzativo*”, “*il sovraccarico biomeccanico*” (movimenti ripetuti/movimentazione manuale dei carichi), “*la scarsa applicazione dei principi ergonomici nella progettazione di layout delle postazioni di lavoro e delle attrezzature di lavoro*” nonostante, anzi, in molti casi determinata dalla “*innovazione tecnologica*”. Cui si assommano, spesso con effetti sinergici, i rischi “*tradizionali*” determinanti infortuni mortali quali macchine e attrezzature non conformi (già a livello di immissione

sul mercato), lavori in quota e scavi, atmosfere esplosive, ambienti confinati o a rischio di asfissia. L’esposizione ad agenti chimici, biologici, cancerogeni (in primis ancora l’amianto) dominano la scena delle malattie professionali, secondo il PNP.

Cosa propone il Piano Nazionale della Prevenzione ? Tra le proposte principali : “*la promozione di un approccio di tipo proattivo da parte degli organi di vigilanza, indirizzando l’azione delle ASL verso il supporto del mondo del lavoro*”, i Piani Mirati di Prevenzione (“*modello territoriale partecipativo di assistenza e supporto*”) si confermano come strumenti “*in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese, per garantire trasparenza, equità e uniformità dell’azione pubblica e una maggiore consapevolezza da parte dei datori di lavoro dei rischi e delle conseguenze dovute al mancato rispetto delle norme di sicurezza, anche e soprattutto attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, dai lavoratori, ai loro rappresentanti, alle associazioni, altri enti ecc per una crescita globale della cultura della sicurezza*”. Apparentemente un messaggio di “*trascendenza*” per una “*vita migliore per tutti*”, aziende e lavoratori uniti in un unico obiettivo .... Nella pratica si chiede agli organi di vigilanza di mettere da parte la “*repressione*” (leggasi la ricerca e la punizione delle violazioni in materia di sicurezza sul lavoro anche prima che possano determinare infortuni o malattie professionali) in favore della “*consulenza*” per i datori di lavoro, per meglio dire “*applicare alle attività di controllo i principi dell’assistenza, dell’empowerment e dell’informazione e, ove necessario, azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell’impresa ... supportare le attività di prevenzione e controllo dei rischi (..) da parte degli organi di vigilanza, promuovendo approcci di tipo proattivi orientati a modelli di assistenza e supporto delle microimprese e piccole imprese*”. Un approccio che avrebbe un senso, mettendo però in primo piano i lavoratori rispetto alle imprese, e comunque ove si sovrapponga a una condizione di sostanziale ed esteso rispetto della normativa, ma

questa non è la realtà e queste dichiarazioni finiscono per essere una dolce cantilena per chi è abituato a scansare le normative e impegnato a farla franca ....

In questo modo finisce che l'unico possibile garante (con tutti i limiti ben conosciuti da decenni di giurisprudenza) finisce per essere l'autorità giudiziaria (i Pubblici Ministeri e le Procure) ma, quasi sempre, "post" dopo che l'infortunio o la malattia professionale ha già generato danni irreversibili per le vittime.

Il 16.09.2020 hanno visto la luce le "Linee guida per la definizione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #Nextgenerationitalia" poi aggiornate il 6.12.2020 quale bozza programma con il quale accedere (anche) al "recovery fund" europeo. In queste linee guida si ricordano le priorità e le raccomandazioni del Consiglio Europeo che riguardano anche gli investimenti in campo sanitario per "rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture". Un obiettivo che non tocca direttamente iniziative in tema di sicurezza/salute sul lavoro anche perché in quasi tutti i paesi dell'unione il tema non è "legato" alla sanità (ministero/strutture locali della sanità) ma usualmente sotto la competenza dei ministeri del lavoro. Potremmo vedere il bicchiere almeno in parte contenente qualcosa in quanto alle sei "missioni" si possono associare agevolmente interventi specifici sul tema sicurezza/salute nei luoghi di lavoro in quanto trasversali ai temi legati al sistema produttivo, alla "transizione ecologica", alla ricerca, alla equità sociale e, infine, alla "salute".

#### NOTE

1) "L'articolo 42, comma 2, del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 stabilisce che nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente asten-

L'aspettativa in tal senso viene però delusa dalla lettura dei due documenti : solo qualche accenno all'oramai "fatidico" smart working e al sacrosanto obiettivo della "qualità dell'impiego, il reddito e la stabilità occupazionale" che comprende la proposta di un salario minimo legale per i lavoratori a basso tasso di sindacalizzazione che non convince del tutto i movimenti e i sindacati.

Il documento del 6.12.2020 arriva anche a quantificare gli investimenti dall'insieme degli strumenti disponibili (8) sulla missione "salute" (9 miliardi), "l'assistenza di prossimità e telemedicina" (4,8 miliardi), "l'innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria" (4,2 miliardi), iniziative che, indirettamente, possono certo contribuire a migliorare le condizioni dei lavoratori in quanto cittadini ma nulla di specifico a meno da attendersi ulteriori e specifiche risorse dai discussi prestiti del MES, dedicati, appunto, alla sanità ma con un programma ancora tutto da definire come pure da valutare il peso sul bilancio pubblico, rispetto alla sicuramente preferibile ricerca di fondi "nazionali" (9). Che dire ? Che certamente non verrà da questa parte una significativa spinta per una inversione di tendenza a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e neppure per favorire una ripresa di iniziativa da parte degli stessi. Le maniche dovremo, come sempre, rimboccarcele noi tutti.

Il testo e le relative note sono state assembleate da Marco Caldiroli – Presidente tempore di Medicina Democratica e Tecnico della Prevenzione

sione dal lavoro. (...) Nell'attuale situazione pandemica, l'ambito della tutela riguarda innanzitutto gli operatori sanitari esposti a un elevato rischio di contagio. A una condizione di elevato rischio di contagio possono essere ricondotte anche altre attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza. In via esemplificativa, ma non esaustiva, si indicano: lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc. Le

predette categorie non esauriscono, però, l'ambito di intervento in quanto residuano casi, anch'essi meritevoli di tutela. " INAIL ottobre 2020.

2) "Sono ammessi a tutela tutte le altre categorie di lavoratori che esercitano attività, mansioni e compiti diversi anche per le modalità stesse di espletamento. Per questo amplissimo raggruppamento di lavoratori, non potendosi far valere la presunzione di origine professionale, l'assunzione in tutela seguirà al positivo accertamento medico-legale. Quest'ultimo sarà ispirato all'ordinaria procedura medico-legale, privilegiando gli elementi: epidemiologico, clinico, anamnestico e circostanziale" INAIL Aprile 2020.

3) Cui si è aggiunto negli ultimi due anni la beffa dell'obbligo di iscrizione dei tecnici della prevenzione pubblici (a proprie spese non rimborsate dagli enti) al nuovo ordine delle professioni sanitarie (TSRM), obbligo immotivato per i dipendenti pubblici che non possono (giustamente) svolgere attività professionale di consulenza e quindi l'obbligo di iscrizione è solo un balzello aggiuntivo per .... continuare a lavorare negli enti pubblici.

4) Art. 2105 del codice civile : "Il prestatore di lavoro non deve trattare affari, per conto proprio o di terzi, in concorrenza con l'imprenditore, né divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa, o farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio." Dpr 62/2013 (Codice dei dipendenti pubblici) "Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'amministrazione" ... "La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, da luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni".

5) Art. 21 della Costituzione : "Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione (...)" da leggere – per i temi in trattazione – sempre assieme all'art. 41 : "L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i con-

trolli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali". Art. 1 dello Statuto dei Diritti dei Lavoratori "I lavoratori, senza distinzione di opinioni politiche, sindacali e di fede religiosa, hanno diritto, nei luoghi dove prestano la loro opera, di manifestare liberamente il proprio pensiero, nel rispetto dei principi della Costituzione e delle norme della presente legge", da leggere assieme all'art. 9 "I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica."

6) "L'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001, come novellato dall'art. 1 comma 51 della L. n 190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del c.d. whistleblower, ovvero del dipendente che segnala illeciti o comportamenti meritevoli di considerazione, all'interno dell'ATS, assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso. L'anonimato del dipendente che segnala illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve disposizioni di legge speciale in materia penale, tributaria o amministrativa. Il Codice di comportamento individua specificamente quale misura discriminatoria ogni forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili avviate nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni. Di conseguenza, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può quindi essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia." (il testo è ripreso da un piano anticorruzione di un ente pubblico)

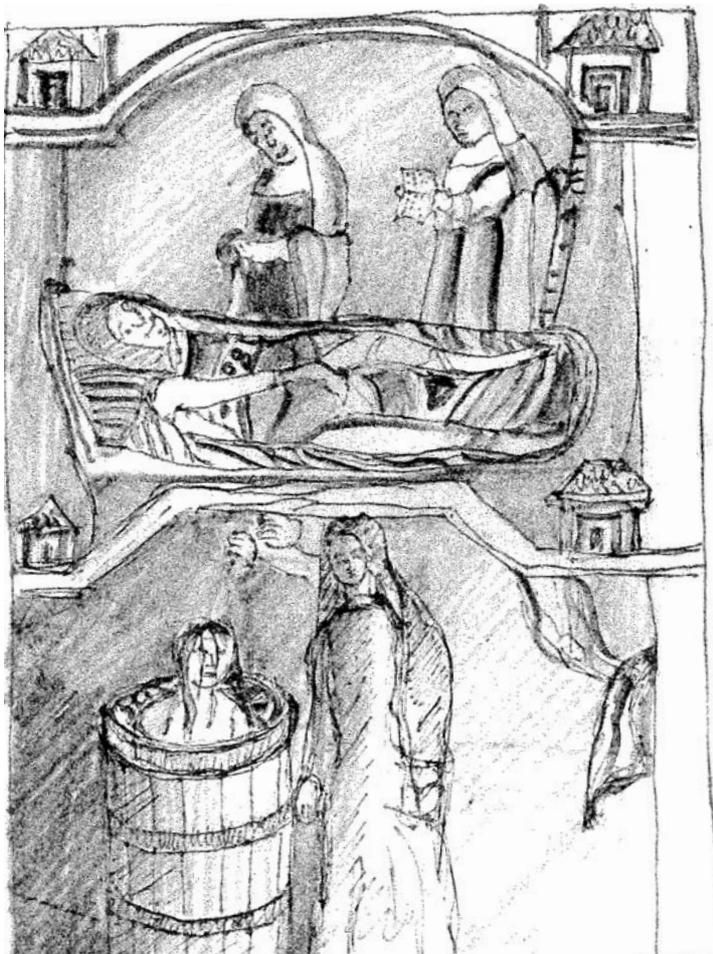
7) Sentenza TAR Calabria del 17.09.2020 "Il Tribunale intendere premettere, anticipando sin d'ora quanto si svilupperà meglio ai §§ che seguono, che risulta fondato il primo motivo di ricorso, in quanto i trattamenti sanitari obbligatori, quale l'obbligo di vaccinazione antinfluenzale, sono coperti da riserva di legge statale, alla stregua dell'art. 32, comma 2 Cost., letto in combinazione con l'art. 3 Cost. e l'art. 117, comma 3 Cost.. Ciò comporta l'accoglimento del ricorso, sebbene riconoscendo che il vizio riscontrato determina l'annullabilità e non la nullità dell'ordinanza impugnata. Ma ciò comporta altresì che questo giudice amministrativo, data la natu-

ra assorbente del vizio riscontrato, si asterrà dall'esaminare i successivi motivi di ricorso. In particolare, deve essere sottolineato come non verrà esaminato l'ultimo motivo di ricorso, con cui si contesta la logicità e la ragionevolezza dell'imposizione dell'obbligo vaccinale, e più in generale si contesta l'efficacia del vaccino antinfluenzale. All'accoglimento dell'odierno ricorso, dunque, non potrà essere ricondotto alcun significato diverso dall'affermazione che non spetta alle Regioni, ma eventualmente solo allo Stato, l'imposizione di un qualsivoglia obbligo vaccinale. - Invero, è noto che l'art. 32, comma 2 stabilisce che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge." Come si vede la sentenza non è entrata nel merito degli aspetti di contrasto con la normativa di sicurezza (né erano tra i motivi di ricorso dei ricorrenti, l'associazione

dei medici AMPAS) ma ha chiarito che la competenza per emettere ordinanze costrittive del genere sono in contrasto con il nostro ordinamento che attribuisce allo Stato il potere di tali decisioni. Un "colpetto" anche alle pretese dell'autonomia differenziata perchè ordinanze del genere costituiscono un argine all'arrogante pretesa delle singole regioni di fare di testa propria su temi che interessano tutti i cittadini.

8) Per l'Italia complessivamente 191,4 miliardi di euro dal "Recovery and Resilience Facility" 2021-2026 (63,8 miliardi di sovvenzioni e 127,6 miliardi di prestiti) cui si aggiungono altri 17,2 miliardi di altri fondi inclusi nel NGEU (Next Generation EU).

9) Sull'argomento basti rinviare alle proposte alternative di "Sbilanciamoci": <https://sbilanciamoci.info/la-controfinanziaria-2021-di-sbilanciamoci/>



Santa Redegonda  
cura una donna  
con i bagni e  
le bende.  
da "Vita di  
Santa Redegonda",  
ms. 250 XI sec.  
Miniatura,  
Poitiers.  
Biblioteque  
Municipale

# Come perseguire il benessere lavorativo curando le organizzazioni malate

di Gino CARPENTIERO\* ed Enzo CORDARO\*\*

## PREMESSA

Questo articolo che si compone di 2 parti curate rispettivamente da Gino Carpentiero ed Enzo Cordaro sono il frutto, oltre che di esperienze individuali, politiche e professionali degli autori, anche della riflessione, che è in corso da circa 10 anni, da parte di un gruppo di operatori di strutture pubbliche (medici del lavoro, psicologi del lavoro, psicoterapeuti, psichiatri, tecnici della prevenzione) iniziata prima nel Gruppo coordinato dalla Dott.ssa Emanuela Fattorini del Laboratorio di Psicologia del Lavoro dell'ISPESL e successivamente nell'Associazione Italiana Benessere e Lavoro (AIBeL) nata nel 2011 dopo lo scioglimento del gruppo ad opera dell' INAIL che nel frattempo aveva assunto le competenze dell'ISPESL (1).

## PANDEMIA DA COVID 19 E STRESS LAVORATIVO

La pandemia di COVID 19 che ha colpito in maniera durissima l'Italia nella prima fase (febbraio-maggio) ha messo a nudo tutta una serie di problematiche a livello lavorativo già esistenti e che sono letteralmente esplose a causa della pandemia. Cercherò qui di seguito di esplicitare tali problematiche:

1. L'organizzazione dei Servizi Sanitari è andata in grande sofferenza un po' ovunque, anche se in Lombardia più che altrove. Non starò qui a riparlare dello Stress che ha colpito i medici e gli infermieri sia ospedalieri che di Medicina Generale a causa della mancanza di presidi di prevenzione (mascherine in particolare). Inoltre la carenza di personale dovuto ad anni di tagli insensati a livello nazionale e nelle Regioni dopo la Controriforma del 1992 con relativa

aziendalizzazione ha messo in crisi l'intera organizzazione del lavoro. Nei PP.SS. e nelle Terapie Intensive e Sub Intensive degli Ospedali (già in sofferenza precedentemente al COVID) si è verificata una situazione di grave sofferenza per gli operatori per la paura di ammalarsi (e sono tanti i medici e gli infermieri che sono caduti sul lavoro) e per gli orari di lavoro estremamente protratti a causa dell'impossibilità di essere sostituiti. Solo in pochi casi i lavoratori hanno ricevuto un sostegno psicologico come compensazione alla situazione di stress e di rischio burn out data la grave carenza di personale nei Centri Clinici pubblici sul disagio e il disadattamento lavorativo delle AUSL, esistenti peraltro in poche regioni.

2. L'organizzazione del lavoro nei settori produttivi più essenziali ha subito anch'essa pesanti contraccolpi, nell'agroalimentare, sia tra i lavoratori delle aziende ove era improvvisamente aumentata la richiesta di beni di prima necessità (si pensi alla pasta e al riso) sia nella Grande Distribuzione i cui punti vendita sono stati letteralmente presi d'assalto nella prima fase dell'epidemia. Anche in questi casi si è creata una situazione di sovraccarico di compiti lavorativi con orari di lavoro protratti. Nelle campagne le forme di caporalato e di neoschiavismo nei confronti dei lavoratori, in gran parte stranieri, sia comunitari che extra, addetti alla raccolta di frutta e verdura si sono accentuate ulteriormente rispetto alla fase precedente con uno sfruttamento assolutamente inaccettabile.

Ci sono state anche forme di lotta come quella del lavoratore sindacalista USB Aboubakar Soumahoro che si è incatenato davanti a Villa Pamphili ove erano in corso

\* *Direttivo Nazionale di Medicina Democratica e AIBeL*

\*\* *Presidente Nazionale AIBeL - Associazione Italiana Benessere e Lavoro*

i cosiddetti Stati Generali.

Nella macellazione carni c'è stato più di un focolaio probabilmente legato a ritmi e orari di lavoro estremi e alla mancata applicazione delle misure di prevenzione: nel mantovano e nel veronese (all'AIA grande azienda di macellazione pollame).

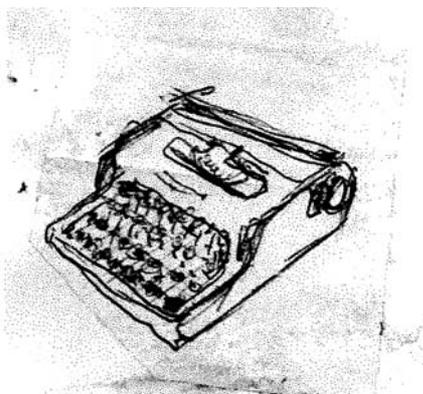
3. Anche il settore del trasporto e immagazzinaggio merci è stato duramente colpito: l'aumento della domanda di spesa a domicilio nel periodo di confinamento ha creato nei lavoratori stress da sovraccarico oltre che focolai di COVID 19 come alla Bartolini di Bologna e nel Mercato all'ingrosso di prodotti Ortofrutticoli di Fondi (LT).

4. Per il ceto impiegatizio il cosiddetto smart working, termine con cui è stato impropriamente definito il lavoro a casa forzato dovuto all'impossibilità di raggiungere il luogo di lavoro o comunque di rispettare sul lavoro il distanziamento fisico soprattutto negli "open space", ha creato non pochi problemi ai lavoratori a causa della difficile convivenza forzata con i familiari soprattutto per chi non disponeva di un'abitazione con spazi grandi; anche in questo caso si è creata una situazione di stress soprattutto in quelle aziende in cui il datore di lavoro e/o i dirigenti hanno anche esercitato, usando messaggi email e whatsapp forme di controllo eccessivo ed asfissiante sfociate a volte in veri e propri attacchi alla condizione lavorativa.

5. Non si può infine tacere quanto accaduto nelle aziende della bergamasca nella primissima fase dell'espandersi dell'epidemia COVID quando i datori di lavoro, con il consenso dal Presidente di Confindustria Carlo Bonomi, hanno deciso di proseguire l'attività lavorativa operando gravi pressioni sui decisori politici della zona (i Sindaci) e generali (Regione Lombardia e Governo) perché dilazionassero nel tempo i provvedimenti di chiusura di tutte le attività produttive non essenziali con individuazione delle zone rosse.

Ci sono state anche forme di lotta con sospensione della produzione nelle situazioni in cui i lavoratori operavano senza mascherine e senza la possibilità di un distanziamento fisico di almeno un metro tra i colleghi.

Siamo partiti dalle problematiche create dalla pandemia di COVID 19 per evidenziare il fatto che nella grande maggioranza dei luoghi di lavoro sono venute a galla disfunzionalità organizzative già probabilmente preesistenti e che la pandemia ha aggravato. L'organizzazione del lavoro disfunzionale è da considerarsi infatti rischio trasversale quando va a intersecarsi agli altri fattori di rischio classici (fattori di contesto), ed in tal caso può riguardare anche solo alcuni gruppi di lavoratori, mentre è da considerarsi fattore di rischio "tout court" quando sono i fattori di contenuto del lavoro ad essere defi-



citari. La vicenda COVID ha mostrato come il contenuto del lavoro nelle strutture sanitarie in particolare è stato decisivo nell'incrementare o meno il disagio e un rischio aggiuntivo per i lavoratori.

#### **UN NUOVO MOVIMENTO OPERAIO PER RIPORTARE LA DEMOCRAZIA NEI LUOGHI DI LAVORO E PER UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

Se si pensa che la Pandemia COVID, che ha rappresentato una vera e propria tragedia nazionale, possa rappresentare l'occasione storica per cambiare il lavoro, restituendo ai lavoratori dignità rispettando la Costituzione Repubblicana, è necessario che le aziende abbiano consapevolezza che è necessario il risanamento dei luoghi di lavoro a partire dal rischio COVID, ma perseguendo il raggiungimento del valore zero non solo per i fattori di rischio tradizionali ma anche per il rischio organizzativo. Il risanamento e la cura delle organizzazioni

del lavoro disfunzionali o francamente patologiche deve essere un obbiettivo imprescindibile per le aziende.

L'Organizzazione del Lavoro dovrà creare benessere, e non provocare disagio e patologie ai lavoratori. Per molte aziende si tratterà di effettuare una vera e propria rivoluzione copernicana che conduca a cambiare completamente il lavoro che così com'è oggi "*fa male alla Salute*" (cfr testo del Dr Giorgio Bert *Lavorare fa male alla salute* 1982- Collana Medicina e Potere).

Per ottenere il risultato sperato condizione necessaria sarà una ripresa delle lotte dei lavoratori per la difesa della Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con un recupero del loro protagonismo disperso ormai da molti anni. Ma i lavoratori, da quasi 40 anni disabituati alla lotta, dovranno essere supportati con modifiche legislative e/o contrattuali generali e diremmo strutturali, e con opportune modifiche della normativa di Salute e Sicurezza sul Lavoro a partire soprattutto dal Testo Unico (Dlgs 81/08 e s.m.i.)

#### **PROPOSTE DI MODIFICA CONTRATTUALE E LEGISLATIVA**

**1.** Lavorare meno per lavorare tutti e lavorare meglio. Un vecchio ma sempre attuale slogan potrebbe e a mio avviso dovrebbe trovare finalmente attuazione. Alcune aziende del gruppo Volkswagen lo hanno già attuato lungo la via Emilia e precisamente alla Ducati e alla Lamborghini con orario di 30 ore settimanali a parità di salario, flessibile, in cui la flessibilità non la impone l'azienda ma la sceglie il lavoratore, per es entrata al lavoro due ore dopo e recupero serale lo stesso giorno, il tutto con una pianificazione della produzione concordata tra azienda, sindacato e lavoratori: il risultato è che i lavoratori stanno molto meglio, hanno più tempo libero e incredibilmente, ma non troppo, la produttività è aumentata. E' il socialismo? Ovviamente no, perché alcune decisioni di fondo rimangono appannaggio dei vertici aziendali Volkswagen per cui ad esempio nello scandalo *Dieseldgate* i lavoratori, perlomeno quelli di basso-medio livello non c'entrano niente. E' necessario pertanto generalizzare le esperienze sopracitate portando l'orario di lavoro a 30 ore a parità

di salario sia nel settore privato che in quello pubblico attraverso la contrattazione nazionale e/o con una modifica legislativa.

**2.** La questione della democratizzazione dei rapporti nei luoghi di lavoro (cfr appello denominato *Democratizing work* di circa 3000 intellettuali di varie Università di tutto il mondo pubblicato sul Manifesto 20 maggio 2020, unico giornale Italiano scelto dai promotori), completamente sbilanciati a favore dei datori di lavoro dopo 40 anni di "*guerra di classe scatenata contro i lavoratori*" (cfr *La lotta di classe dopo la lotta di classe* del sociologo torinese Luciano Gallino - 2012).

Oltre alla democratizzazione, gli altri 2 pilastri dell'appello sono la De-mercificazione e il Risanamento Ambientale. Tale processo di democratizzazione include il superamento dell'art. 2105 del codice civile sul quale si basa, unitamente ai cosiddetti "*codici*" di condotta aziendali, il ricatto e l'arma aziendale del "*rapporto fiduciario*" ovvero di "*fedeltà*" del lavoratore all'azienda che non è criticabile neppure quando palesemente viola o ha violato la normativa di salute e sicurezza sul lavoro o altre ancora. Tale articolo del CC del 1942 è formalmente finalizzato a impedire che un lavoratore si ponga in concorrenza economica col datore di lavoro sfruttando le conoscenze acquisite ma che è stato ampliato ad ogni attività, anche extralavorativa, non gradita dal datore di lavoro; emblematico è il caso Antonini contro FFSS e l'AD Moretti conclusosi con il licenziamento del lavoratore che aveva aiutato le famiglie dei lavoratori e dei cittadini durante le indagini sulla strage di Viareggio e i casi più recenti di provvedimenti disciplinari a lavoratori della sanità che hanno osato criticare pubblicamente le palesi violazioni alla normativa di Igiene e Sicurezza sul lavoro da parte dei vertici di alcune AUSL nell'affrontare l'Emergenza COVID.

**3.** Attuazione dell' art. 46 della Costituzione attraverso la promulgazione di apposita normativa al riguardo, dopo aver aperto un'ampia discussione nel paese con i lavoratori e le loro organizzazioni, prevedendo la partecipazione dei lavoratori alla gestione delle aziende(cfr il già citato appello *Democratizing Work* e

l'articolo di Aldo Bonomi su il Manifesto del 28 maggio 2020) orientativamente dai 20 dipendenti in su non solo sugli aspetti organizzativi della produzione ma anche sulle strategie aziendali e sulla redistribuzione/ reinvestimento di una parte dei profitti aziendali. Una legge siffatta supererebbe i limiti della cosiddetta cogestione alla tedesca in cui i lavoratori sono rappresentati dalle OOSS pur sempre subalterne alle scelte di fondo imprenditoriali. I lavoratori devono avere pertanto *potere decisionale su tutte le scelte strategiche aziendali e nello stesso tempo sull'organizzazione del lavoro*. Le proposte contenute nei 3 punti precedenti, cui se ne dovranno aggiungere altre tese al recupero della dignità dei lavoratori come il superamento del precariato e il ripristino dell'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori sono strettamente connesse e direi propedeutiche ad ulteriori proposte di modifiche normative più strettamente inerenti il DLgs 81/08:

a) Modifiche al DLgs 81 introducendo *un'area specifica per il rischio organizzativo* che tenga conto di stress, violenze e molestie sul lavoro (cfr Proposta dell'Associazione Italiana Benessere e Lavoro presentata in 4 convegni svoltisi tra il 2014 e il 2016 a Roma, Firenze, Napoli e Milano).

b) Il medico competente deve partecipare attivamente a tutte le fasi di valutazione dei rischi ivi compresa quella *del rischio organizzativo*; per non essere ricattabile nell'espletamento del suo ruolo deve diventare medico convenzionato USL.

L'assegnazione del medico ad un'azienda deve essere fatta d'ufficio secondo un *elenco con Curriculum Vitae pubblico*; l'azienda dovrà motivare l'eventuale richiesta di cambio del medico e tale richiesta dovrà essere vagliata da un'apposita Commissione.

c) In una moderna organizzazione del lavoro che tenda a promuovere il benessere lavorativo sarà necessario introdurre la figura dello psicologo competente che sarà di supporto a RSPP, RLS e Medico Competente non solo nella fase di Analisi dell'Organizzazione del Lavoro e della valutazione del Rischio Stress Lavoro correlato ma soprattutto nel monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione da attuare secondo tempi prestabiliti.

d) Nella linea di riequilibrare i poteri all'interno delle aziende la figura del Rappresentante dei Lavoratori alla Sicurezza (RLS) deve rappresentare l'intero Gruppo omogeneo di lavoratori: ciò comporta un congruo aumento del numero di RLS in particolare nelle grandi aziende e la loro partecipazione attiva a tutte le fasi della Valutazione dei Rischi ed anche alla stesura del relativo documento (DVR).

e) Per rafforzare l'azione dei Servizi di Prevenzione sui luoghi di lavoro delle UU.SS.LL attualmente molto carente nell'effettuazione dei controlli ispettivi sulle problematiche dell'organizzazione del lavoro e dello stress lavoro correlato sarà necessario prevedere l'introduzione nel team della figura dello psicologo del lavoro con funzioni di Ufficiale di polizia giudiziaria

f) Considerando che proprio in questi giorni il parlamento italiano ha recepito la Convenzione 190/2019 dell'ILO (ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE LAVORO) sulle violenze e molestie sessuali e psicologiche sui luoghi di lavoro ivi compresi il mobbing e lo stalking appare sempre più necessaria l'approvazione di una Legge per l'introduzione del reato di mobbing nell'ordinamento penale con l'introduzione dell'art 610 ter nel Codice penale; nello stesso tempo la legge dovrà dettare le linee per cui ogni regione si doti di almeno un Centro Clinico per il disagio e il disadattamento lavorativo, nonchè per lo studio e la cura delle patologie organizzative aziendali.

#### **PER UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO**

Ma perché si riesca ad ottenere un nuovo modello in grado di garantire una vera democrazia delle organizzazioni del lavoro, si ha bisogno di reimpostare la visione culturale che è alla base della teoria economico-organicistica dell'attuale sistema, un sistema che è ancora ancorato ad una visione che porta il lavoratore ad essere considerato come *forza lavoro* o al massimo come *capitale umano*. Oggi più che mai si ha l'esigenza seria di sostanziare una più adeguata valutazione dei processi sociali interni ai posti di lavoro, considerando l'individuo come tale e riuscendo a *ripensare l'organizzazione come un sistema vivente, dove le*

persone “abitano” il proprio posto di lavoro e dove i processi sociali si animano di dimensioni emozionali che possono fare la differenza e creare, se adeguatamente considerati e indirizzate, un valore aggiunto. Non ci si riferisce ad una visione fantasiosa o tardo romantica, ma a una visione che ha in Italia delle tradizioni solide, che si sono espresse in passato con Adriano Olivetti e non solo, evitando di prendere in prestito modelli che provengono da oltre oceano e che si sono rivelati pericolosi e a cui potrebbero essere addebitate molte delle crisi del sistema economico di questi ultimi anni. Un esempio su tutti: non è un caso che in una realtà di lavoro dominata da un atteggiamento arrogante, dove la protervia e la violenza psicologica caratterizzano il comportamento delle persone, si vive male e si produce altrettanto male. La parola democrazia si associa inevitabilmente, se si vuole considerare una vera democrazia, alla parola rispetto per gli altri per le loro potenziali capacità di pensiero e di azione; per cui ripensare alla cultura dell'organizzazione vuol dire riuscire a considerare il sistema azienda come una comunità di persone e di gruppi di persone, e per questo crediamo fondamentale riflettere insieme per una nuova etica del lavoro.

#### PER UN'ECOLOGIA DEL LAVORO

Il lavoro: la sua peculiarità e la sua trasformazione sociale ed economica.

Nella dimensione lavorativa si è espresso in quest'ultimo ventennio il massimo del conflitto, il lavoro è uno spazio che in alcuni casi è stato delegato a rappresentare in maniera elettiva l'unico valore in grado di fornire alle persone gli strumenti per costruirsi l'immagine sociale, un luogo dove ci si può sentire come rapiti da un'ipnosi collettiva che spinge l'individuo alla ricerca di un tesoro spesso inesistente e fantastico, a cui si sacrificano buona parte degli altri valori umani, ma che, come tutte le illusioni, dura un tempo limitato per poi lasciare il posto alla delusione di una realtà fatta di vuoto emotivo, disagio e malessere. Il posto di lavoro rischia di assumere in questi anni sempre di più le sembianze di un “*persecutore ruvido*” che sa solo dispensare precarietà e inconsistenza.

Le regole che governano il lavoro stanno cambiando nella direzione della flessibilità del posto, ma il cambiamento, se pur ritenuto importante ai fini dello sviluppo economico, non riesce a essere in linea con le esigenze esistenziali che da sempre hanno garantito nel nostro paese stabilità e senso di appartenenza al gruppo. L'apertura di questo vulnus è uno dei problemi con cui fare i conti. La precarietà sta inesorabilmente confondendo molti livelli sociali creando instabilità emotiva e fuga difensiva verso uno “*spazio di parcheggio adolescenziale*” pericoloso in termini sociali ed economici. D'altronde la flessibilità non è gestita da una rete socio-economica e culturale-formativa in grado di garantire comunque la continuità ed è utilizzata e percepita solo come precarizzazione del lavoro. Anche le garanzie del posto di lavoro sono state profondamente scosse dall'eliminazione dell'articolo 18 dello Statuto dei lavoratori, il nuovo impianto legislativo del Jobs-act non si pone minimamente l'obiettivo di creare comunque uno scudo protettivo riferito alla sicurezza dei posti di lavoro, mentre sulla carta promette stabilità, nella realtà produce ancora più precarietà.

Questo è lo scenario che è apparso a chi si è dovuto occupare di disagio lavorativo nei centri per la rilevazione del danno biologico da patologie mobbing e burn-out compatibili, uno scenario dove si sono accolte molte soggettività duramente provate e patologiche, ma da dove era chiaro che lo spunto slatentizzante originario derivava dalla condizione sociale in cui le persone erano inserite. L'implementare una cultura e una capacità d'intervento nei confronti delle aggregazioni sociali e lavorative, può rappresentare una garanzia per il rispetto della coerenza interna dei soggetti, dei fenomeni che definiscono le dinamiche sociali e relazionali che si esprimono nei sistemi complessi delle organizzazioni di lavoro.

Siamo convinti che il disagio da lavoro rappresenti un grave problema che di giorno in giorno si aggrava. La causa si deve ricercare nella disgregazione sociale forzata dalla crisi economica ma anche da scelte politiche che risultano frammentate e di tipo economicistico, che non riescono a proiettarsi nel futuro con un'idea forte di società che faccia

diventare le differenze sociali, culturali, generazionali ed etniche un valore aggiunto. Si ha l'esigenza di riscrivere nuovi e adeguati parametri di convivenza e di solidarietà come valori aggiunti in modo di potersi opporre alla cultura dell'individualismo, dell'arroganza e della sopraffazione morale e fisica. Se oggi non si riesce a riattivare tra i datori di lavoro (imprenditori o manager) e i lavoratori (sindacati) una volontà di collaborare per il raggiungimento di obiettivi comuni, c'è il rischio che la degenerazione sociale possa aggravarsi e ridurre le possibilità di un superamento del periodo di crisi. Credo molto importante che nello spazio lavoro si debba recuperare la visione culturale ed etica che Adriano Olivetti ha espresso in un suo intervento del 1955 ai lavoratori di Pozzuoli, il quale afferma: "... *La fabbrica fu quindi concepita alla misura dell'uomo perché questi trovasse nel suo ordinato posto di lavoro uno strumento di riscatto e non un congegno di sofferenza*". Una frase che esprime soprattutto una convinzione nella quale non si può pensare agli aspetti economici di un'impresa senza pensare alle persone che "*abitano*" il contesto dell'azienda, la dimensione umana resta un elemento con cui è doveroso fare i conti se si vuole riuscire a costruire qualcosa di importante e di utile. Certo per fare questo dobbiamo soprattutto credere che "... *a fianco del bene economico si pone il bene dell'uomo, il primo è nullo se privo del secondo*" (Brunello Cucinelli).

*"Si possono fare profitti mantenendo il giusto rapporto con le persone e con il Creato. E si possono remunerare i dipendenti un po' meglio rinunciando ad una piccola parte dei profitti. Vorrei un'Italia dove i lavoratori che stanno ai livelli più bassi avessero uno stipendio più alto del 15-20%; una via di mezzo fra le nostre retribuzioni attuali e quelle dei tedeschi"... "Ma proprio per aiutare la creatività e l'artigianalità italiana bisogna fare certe piccole cose che aiutano chi lavora, come remunerare meglio le persone, riposare all'ora di pranzo, staccare dal lavoro a un'ora civile. Sono cose importanti perché ci legano al nostro modo di essere e al nostro territorio e alla fine costano poco"... "Oggi abbiamo 1.800 persone e mille lavoratori qui a Solomeo: chi fa un*

*lavoro in cui si usano le mani riceve il 20% in più proprio perché bisogna premiare l'artigianalità... in questo modo si dà valore e dignità a quello che fanno"... "Quando ci siamo quotati, nel 2012, il settore dell'abbigliamento cresceva del 22% annuo. Le banche volevano che noi facessimo progetti con una crescita del 25% l'anno. Ma per me non c'era nessuna possibilità volevo e voglio che la mia impresa restasse per cento anni. Dissi che mi quotavo se si accettava un programma di crescita del 10% l'anno, quella che definimmo allora la "crescita garbata"... "Sono per una crescita garbata che rispetti*



*il Creato e i limiti fuori e dentro l'azienda. Un manager può guadagnare forse al massimo dieci volte quello che guadagna l'ultimo dipendente dell'azienda..."...siamo industriali e non finanziari"*.

Questa lunga parentesi ripresa da un'intervista rilasciata da Brunello Cucinelli al giornale La Repubblica del 30 marzo di quest'anno, mi è sembrato il modo migliore e "vivo" per rappresentare il "*DNA culturale*" necessario a intraprendere un'azione che abbia la capacità e non la presunzione di ridurre il disagio all'interno del mondo del lavoro e creare una condizione di vita che sappia rispettare la dimensione ecologica della mente umana. Questo vuol dire considerare l'uomo nei suoi processi di vita, nella sua capacità di relazionare e di comunicare, nella modalità con cui costruisce il suo mondo affettivo e con cui condivide i suoi spazi affettivi e sociali. Fuori da questo schema di riferimento si producono solo dei pastrocchi ideologici e autoreferenziali che sono nulli nella capacità di interpretare la dimensione che vogliamo comprendere.

Più precisamente il disagio si caratterizza non solo se il lavoro comprime le potenzialità psico-fisiche del soggetto, ma ancora di più se la persona viene costretta a non rappresentarsi nei suoi più elementari parametri esistenziali che garantiscono la sua vita sociale e lavorativa. Ed è su questo principio che, per garantire una condizione di benessere lavorativo e prevenire il disagio, si deve operare seguendo una visione che sappia rispettare l'ecologia della mente degli individui e degli aggregati umani che ne derivano. Solo se si trasferisce il pensiero di Gregori Bateson sull'individuo nella sfera del lavoro si può riuscire ad analizzare e a interpretare lo spazio lavoro come uno spazio dove si rappresenta "un'ecologia del lavoro"; e solo se si sa interpretare l'ETOS che si caratterizza si possono comprendere i processi dinamici e le espressioni evolutive che si manifestano in quel contesto, incrementando l'esigenza di avere maggiore cura e attenzione alle dinamiche psicosociali che si "compongono" all'interno delle realtà aggreganti, ovvero dei luoghi dove si condividono spazi fisici e si mettono in gioco reazioni emozionali (Etos).

Quanto sopra definisce un nuovo modo di operare nell'ambito della sicurezza dei luoghi di lavoro e del disagio lavorativo.

#### NOTE

1. Collaboratori del Direttivo Nazionale AIBeL: Giovanni Nolfè ASL 1 Napoli vice Presidente AIBeL; Giorgio Marraccini - AUSL Cagliari; Cettina Fenga Università di Messina; Fernando Cecchini Sportello mobbing CISL Roma; Maria Giuseppina

L'attività di analisi e valutazione non si esaurisce nella sola somministrazione di questionari e/o di check list che, se anche statisticamente validati, misurano una realtà con il solo parametro quantitativo che non è sufficiente a entrare dentro il contesto sociale dei gruppi di lavoro e tanto meno comprendere gli aspetti che motivano alla vita lavorativa. Non si vuole esorcizzare l'uso di strumenti di lettura statistica, ma si vuole sottolineare che un sistema vivente ha l'esigenza di essere rappresentato da una valutazione qualitativa che solo l'ausilio di una professionalità umana può garantire. Per comprendere un sistema vivente si deve garantire un ascolto che sappia raccogliere "l'animus" espressivo e di garantire spazi di pensiero e di riflessione di chi vi abita. Quest'attività non può essere esercitata in modo estemporaneo legato solo all'esigenza di compilare il Documento dei Rischi, ma da un'azione costante che possa riuscire a essere riconosciuta valida e accogliente.

In ultimo è importante ricordare ancora una volta Adriano Olivetti che aveva inserito nella propria azienda addirittura Cesare Musatti il padre della psicoanalisi italiana, con il compito di fare formazione e accoglienza dei nuovi e dei vecchi lavoratori dell'Azienda Olivetti.

Bosco ASL Roma 2; Alessandro Rombolà avvocato Foro di Firenze; Roberta Nardella ASL Roma 2; Bia De Santis avvocato Foro di Roma; Liliana Leali Gruppo auto-aiuto Sportello disagio lavorativo Firenze; Giulia De Vuono - Università di Siena



# La pedagogia al tempo del covid 19

di Paola COSOLO MARANGON\*

*“Se tutto questo dolore non allarga i nostri orizzonti e non ci rende più umani, liberandoci dalle piccolezze e dalle cose superflue di questa vita, è stato inutile.”*  
Etty Hillesum (Diario 1941-1943 Adelphi, Milano - pag.-185)

Il tema dei temi è la riapertura della scuola. Accolgo quotidianamente lo sconvolgimento delle famiglie rispetto a quanto si sta vedendo dentro le scuole. Da mesi stiamo dicendo agli insegnanti di non prendere le indicazioni sanitarie come delle gabbie entro cui chiudersi, di utilizzare la creatività per promuovere una scuola diversa che, pur rispettando tutte le indicazioni di distanziamento fisico (non mi piace certo chiamarlo sociale) necessarie, possa diventare un luogo dove i bambini hanno voglia di ritornare.

Perché questa è la questione: i bambini hanno voglia di tornare a scuola. Come non tener conto di questo elemento? I bambini, i ragazzi hanno voglia di rivedere i compagni, hanno voglia di tornare sui banchi, vogliono riprendere una quotidianità scandita da orari, lezioni, amici.

Cogliere questo desiderio e alimentarlo, è questo il compito fondamentale.

Le restrizioni ci sono e sono tante, ma perché non pensare di creare comunque modalità possibili per fare in maniera degna e dignitosa il proprio lavoro?

I cartelli di divieto (sembra a fare tutto) campeggiano fuori dai cancelli. Possibile che non venga in mente un altro modo per dirlo? Se in un posto non si può passare, è proprio necessario transennare come fosse

una zona *off limits* con i nastri giallo neri o bianco rossi? Possibile che non si possa fare un qualcosa di creativo e meno impattante? I bambini ci devono entrare in quelle scuole.

Chi riprende la scuola va aiutato a rispettare nuove regole, ma non può essere catapultato dentro una situazione paradossale al punto da far sentire le persone senza scampo.

Gli insegnanti non possono riprendere il loro lavoro con l'idea di fare i vigili, i poliziotti.

Creare una accoglienza ed un ambiente fatti di buon senso, di naturalezza, di gioco per far sentire comunque accogliente la classe, anche se vincolata.

Credo che ci voglia coraggio ad interpretare un poco le norme, senza necessariamente trasgredire o non far rispettare i limiti, ma coinvolgendo i bambini nella co-costruzione di un nuovo modo di stare a scuola. Usare meno il verbo DOVERE, soprattutto se declinato al negativo. Non si deve, non si può, non è consentito.

Proviamo a tradurre con *“Si può facendo attenzione a ...”*, proviamo a convertire le cose, prima di tutto dentro la nostra testa. Il rischio più grosso è quello di spaventare e disamorare i bambini già alle prime settimane di scuola.

E' tutto in mano agli insegnanti e ai dirigenti. Accettare il problema, come dice Daniele Novara - noto pedagogista e direttore del Centro Psicopedagogico per l'educazione e la gestione dei conflitti di Piacenza (CPP) - e lavorare di conseguenza. Credo che si possa fare, sarà una prova di

\*[www.paolacosolomarangon.it](http://www.paolacosolomarangon.it)  
[cosolo.marangon@cppp.it](mailto:cosolo.marangon@cppp.it)  
Formatrice e consulente educativa.  
Fa parte dello staff del Centro Psicopedagogico per l'educazione e la gestione dei conflitti di Piacenza (CPP).  
Vicedirettore della rivista *Conflitti*.  
Rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogica. Scrittrice di una rubrica per insegnanti su *Focus Scuola*

resistenza e di professionalità. I bambini hanno bisogno di stare tra di loro, hanno bisogno di riprendere una quotidianità che consenta di crescere con i giusti ritmi.

Il lockdown a cui sono stati sottoposti ha causato danni – e non pochi – soprattutto nella fascia 0-6 anni.

Chi ha pensato alla ripresa della scuola si è industriato a far fare banchi su misura, distanziamenti segnalati con lo scotch, cartelli ammonitori.

Ci siamo chiesti: hanno per caso visto i bambini? Pensati? Presi in considerazione come soggetti?

### **I BAMBINI NON ESISTEVANO**

Con molta amarezza ci siamo resi conto che nei primi mesi dell'emergenza si è pensato ai più piccoli esclusivamente in termini di protezione sanitaria. Sono stati rinchiusi senza se e senza ma.

Nessuno (e mi riferisco ovviamente a chi ha avuto il compito, arduo e difficile, di decidere come affrontare la questione) ha pensato ai bambini come a soggetti in evoluzione assolutamente bisognosi di aria, movimento, interazione.

Rinchiudere totalmente i bambini in casa ha significato limitarli nelle loro funzioni di apprendimento più importanti, quella motoria e quella relazionale.

In un primissimo momento i bimbi si sono sentiti in vacanza, hanno goduto della compagnia dei genitori, hanno vissuto senza dubbio l'ansia e la preoccupazione di quello che gli adulti hanno provato. Hanno sperimentato un nuovo modo di essere famiglia con tutti i pro e i contro, tanta convivenza a volte risulta troppo stretta soprattutto se hai più di 10-11 anni. I genitori si sono prodigati al meglio per far loro seguire le lezioni, per farsi aiutare in cucina, per inventare giochi nuovi e mille attività anche a livello fisico.

Ci era sembrato addirittura bello, un nuovo modo di stare assieme.

Poteva esserlo sicuramente se non fosse durato così a lungo. Quindici venti giorni al massimo potevano dare quei benefici che tutti quanti stavamo cercando: maggio-

re tempo, pulizia della casa, coccole.

Dopo un po' però, è subentrata l'esasperazione.

I più piccoli si sono ovviamente adattati e hanno riannodato il legame soprattutto con la mamma.

I genitori si sono trovati a dir poco spiazzati: hanno dovuto riorganizzare tutto dal lavoro (chi lavorava da remoto sa quanto sia stato difficile conciliare attività professionale, compiti dei figli, spazi, condivisione degli strumenti digitali, pasti, riposo) all'improvvisarsi maestri e professori, al cercare di far impiegare il tempo per non uscire di testa tutti quanti.

### **ANGOSCIA MASCHERINA**

I bambini non esistevano e nell'ipotesi di farli uscire, cosa accaduta dopo due mesi di chiusura, si è presentato il grande problema delle mascherine.

I genitori si sono ritrovati con l'assillo di dover mettere il bavaglio ai figli, si è generato un caos.

Il rispetto delle regole deve venire prima di tutto, ma molti pediatri, pedagogisti, psicologi dell'età evolutiva hanno chiesto a governanti e forze dell'ordine di guardare al mondo dell'infanzia per scegliere misure adeguate per l'uscita di bambini e bambine.

A questo proposito sottolineo alcune indicazioni che arrivavano dall'Ospedale Bambin Gesù di Roma e dai pediatri dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) riguardo all'importanza di far uscire i piccoli. Prima fra tutte la necessità di aria e sole, luce naturale per avere una giusta dose di vitamina D (quella che aiuta a fissare il calcio nelle ossa), movimento per garantire la salute psicomotoria.

Uscire con le dovute cautele, nel rispetto delle regole ma soprattutto senza fissazioni e ossessioni:

*“L'uso della mascherina non è indicato nei bambini al di sotto di due anni di età.*

*Inoltre è da evitare l'uso della mascherina per chiunque abbia difficoltà a respirare (per esempio durante una crisi di asma) o non risponda attivamente agli stimoli*

*(incosciente), o che non sia in grado di rimuovere la mascherina da solo, come nel caso di alcuni bambini o ragazzi disabili.*

*In questi bambini più piccoli e nelle altre situazioni descritte è pertanto molto importante osservare le regole generali per la prevenzione.” (1)*

*“...Se un bambino è all’aria aperta a giocare e riesce a mantenere una distanza di almeno 2 metri dagli altri, evitando di toccare superfici toccate dagli altri: in questo caso il bimbo può evitare di indossare la mascherina. La mascherina va indossata invece in luoghi in cui i bambini potrebbero avere difficoltà a rispettare una distanza di sicurezza, come in farmacia, nei negozi o dal dottore.*

*Le mascherine non vanno indossate nei bambini con meno di 2 anni, se un bambino ha difficoltà respiratorie, se è incapace di rimuovere da solo la mascherina. (2)”*

Era il mese di aprile e a forza di insistenze, finalmente, i bimbi hanno iniziato ad uscire e in alcune regioni, il Friuli Venezia Giulia in primis, i governatori hanno decretato che la mascherina andava utilizzata dai quattro anni in su.

Fortunatamente oggi la questione mascherina per la fascia zero-sei è risolta, i genitori si sono convinti che i bambini devono respirare liberamente e che eventualmente sono gli adulti a dover porre attenzione ai più piccoli.

#### **DA INESISTENTI A UNTORI: METTIAMOCI D’ACCORDO**

I genitori hanno iniziato a protestare per quell’assurda pretesa di tenere sigillati in casa i bambini, i possessori di cani gongolavano e in effetti le passeggiate per portare fuori Fido erano l’unico modo per sgranchirsi le gambe. Gli adulti potevano andare in farmacia, a fare la spesa, alcuni andavano al lavoro ma per i bimbi nulla. Le motivazioni erano tutte legate alla protezione, ma non solo...era uscita la voce che i più piccoli avrebbero potuto trasmettere il virus agli adulti. Ha fatto scalpore l’uscita sui media di una pediatra palermitana, le sue parole sono state riportate da giorn-

li e siti:

*“In Sicilia solo due casi accertati di nuovo coronavirus fra i bambini. Rischiano meno degli adulti, ma fanno da untori».* Milena Lo Giudice, pediatra di libera scelta a Palermo e coordinatrice nazionale dell’area etico-sociale della Federazione italiana pediatri, spiega perché è importante che soprattutto i più piccoli stiano a casa in isolamento. (3)

Isolamento per non portare il virus, isolamento per non farli ammalare.

Durante le mie consulenze ho accolto



parecchie domande e preoccupazioni, mamme che non ce la facevano più a tenere in casa i piccoli, che non sapevano più che cosa far fare loro soprattutto dal punto di vista motorio; papà che si ritrovavano a fare i gendarmi per regolamentare l’utilizzo dei social per i figli un po’ più grandi, genitori che comprendevano la necessità di far incontrare i bambini con i loro compagni ma temevano il contagio (nel momento in cui il lockdown sarebbe finito).

A fronte di un piccolo sondaggio fatto con i genitori in alcuni nidi, alla domanda: se riapre il nido tu manderesti tuo figlio?

Molti genitori avevano risposto di no, perché temevano che i bambini si ammalassero. A poco valevano le comunicazioni che si tentava di dare rispetto alla bassissima percentuale di casi Covid19 nei bambini.

Le ricerche fatte fino a maggio erano quasi tutte cinesi, il luogo dove il fenomeno si era sviluppato prima e in maniera mag-

giormente impattante. Quello che emergeva dai dati di Wuhan e dintorni era ed è sovrapponibile ai dati italiani.

Riprendo un documento della Clinica Pediatrica ASST di Mantova Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Verona (4). In quel documento si specificava:

*“...al 9 marzo in Italia sono risultati positivi al COVID-19 43 bambini con età compresa tra 0 e 9 anni (0,5%) e 85 ragazzi con età 10-19 anni (1%) ... tali dati sono in linea con la casistica rilevata nella popolazione cinese, dove la prevalenza ammonta a 0,9% e 1,2% rispettivamente nel primo e nel secondo gruppo di soggetti . Sembra quindi evidente una minore suscettibilità da parte della popolazione pediatrica al COVID-19” . E' naturale chiedersi come mai i bambini si ammalino di meno, sempre da questo studio emerge che ci sono fattori esterni e fattori interni. Per i fattori esterni, riporto: “la popolazione pediatrica, se confrontata alla popolazione adulta, è impegnata in un minor numero di viaggi e conseguentemente frequenta un minor numero di potenziali luoghi di assembramento che possono facilitare la diffusione del virus, quali treni, aerei, stazioni, aeroporti ”, i bambini viaggiano molto meno, hanno contatti con meno adulti in genere. Ci sono però dei fattori interni che sono interessanti e che riporto dal medesimo articolo: “ In primo luogo, una maggiore espressione della risposta immunitaria innata, maggiormente efficace nei confronti di tale virus, rispetto alla popolazione adulta. In secondo luogo, una minore espressione di recettori virali, aventi la funzione di punto di attracco a livello polmonare del COVID-19”. Come dire che i piccoli sono più attrezzati dal punto di vista immunitario rispetto agli adulti. I bambini si ammalavano di meno, l'impatto della reclusione però stava creando una serie di problematiche che sono state oggetto di analisi da parte di pediatri, pedagogisti, psicologi. Non c'era solo la preoccupazione legata all'infezione, rimanere lontani dai propri compagni, dall'aria aperta, dal*

movimento, ha causato non poche difficoltà ai più piccoli, questo è stato registrato ad ogni occasione di pandemia.

Dunque, i bambini si possono ammalare ma la sintomatologia è più lieve rispetto agli adulti, così come riportato da pediatri e virologi. Cito a riguardo : *“i bambini si ammalano poco, molto poco e, quando lo fanno, le manifestazioni cliniche sono lievi. Le eccezioni sono poche, per lo più limitate a manifestazioni infiammatorie scatenate dal virus (...) Viceversa, si stanno accumulando le evidenze sui danni collaterali provocati in bambini dalle conseguenze del lockdown e soprattutto della chiusura prolungata, molto prolungata, di servizi educativi e scuole. Per tutti, tranne quei pochi che possono vantare una buona dotazione tecnologica in casa e genitori in grado di accompagnarli nelle lezioni e nei compiti, si sta accumulando un ritardo educativo.”*(5)

Non sono untori ed è necessario togliere questo pregiudizio, sono vittime, su questo non ci piove.

#### **BAMBINI VITTIME DI UN FENOMENO PIU' GRANDE DI LORO (E PURE DI NOI)**

*“Sono talmente piccoli che possono stare lì, davanti a una televisione, appiccicati alla mamma, chiusi in casa per mesi e mesi come se fosse la cosa più normale di questo mondo. La fascia 0-6 anni è invece l'età più importante: si creano tutti gli automatismi neuromotori, psicoevolutivi, emotivi e comportamentali con cui, per il resto della vita, dovremo convivere. I bisogni fondamentali di un bambino, specialmente tra i 2-6 anni, sono stati disattesi: pensiamo al bisogno motorio, che crea le strutture del linguaggio, della lettura e della scrittura ed è alla base di tutti gli apprendimenti; al bisogno sociale, in quanto l'interazione con i compagni crea quell'autoregolazione che permette di passare dalla frustrazione- connessa al fatto che il compagno ti segna un limite - alla capacità di collaborare. Quest'ultima è legata all'interiorizzazione della frustrazione che riduce l'onnipotenza e permette al*

*bambino di acquisire capacità relazionali adeguate. Infine, al bisogno di autonomia, di fare da solo, ossia la possibilità di allontanarsi dal controllo degli adulti e di mettersi alla prova in modo che le capacità personali vengano sviluppate. Questi tre bisogni profondi appaiono alterati da una situazione in cui i piccoli sono stati costretti in casa e specialmente non hanno potuto stare con i compagni. Nei casi peggiori i bambini hanno subito una dose eccessiva e invadente di videoschermi, di tv e di monitor che sedano la voglia di crescere o la interrompono letteralmente”.*(6)

Prendo a prestito queste parole di Daniele Novara grazie alle quali vengono sottolineati i danni che la chiusura ha creato nei più piccoli. Sembra, come dicevo all’inizio, che nessuno ci abbia pensato, fatta eccezione per alcuni pedagogisti e psicologi che hanno analizzato da subito la situazione. Come *Centro Psicopedagogico per l’educazione e la gestione dei conflitti di Piacenza* abbiamo utilizzato tutti i mezzi possibili per aiutare le famiglie a sostenere il grosso gap ma siamo molto consapevoli che ci vorrà molto tempo per recuperare. E si sono registrate non poche regressioni.

### **LA REGRESSIONE DA COVID 19: NON C’E’ SOLO QUELLA ECONOMICA.**

I bambini hanno vissuto una serie di regressioni: dalla vita sociale alla vita casalinga, dal rapporto con amici e nuove figure di riferimento alla esclusiva relazione con i genitori, in particolare con la mamma.

Laura Pigozzi nel suo ultimo interessante libro sulla famiglia e sulla presenza materna, sottolinea il danno che hanno subito i bimbi, soprattutto nella fascia 0-6: *“Con nidi e materne chiusi, i bambini hanno saltato la fase più importante del loro sviluppo, quella in cui si instaurano le prime immaginazioni e rappresentazioni simboliche, le prime autonomie, i primi confronti con gli altri coetanei e con gli adulti che non fanno parte della famiglia (...) Al nido e all’asilo il bambino sviluppa le prime idee sull’altro come pari, con cui regolare i*

*primissimi conflitti e avviare quelle negoziazioni che inaugurano la loro piccola società”*(7).

Una recentissima ricerca (8) a cura della psicologa Marta Riva, con la supervisione della professoressa Emilia Ferruzza - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova ha posto l’accento proprio sulla condizione dei piccoli durante e dopo il lockdown. Il questionario, proposto mediante la piattaforma Google Form è stato diffuso in tutta Italia, tra il 19 giugno e il 30 luglio. Hanno risposto 640 persone, le risposte valide sono state 591.

Dai risultati della ricerca è stato evidenziato, tra gli altri, un aumento delle difficoltà legate all’addormentamento e al sonno durante le diverse fasi della pandemia, come ad esempio la comparsa di incubi notturni (nel 14,6%). Il 41,6% ha dimostrato un’intensificazione della ricerca di vicinanza dell’adulto di riferimento durante la notte. A tal proposito un dato interessante riguarda coloro che sono andati a dormire nel lettone dei genitori (23,3%): la maggior parte ha dai 3 ai 6 anni.

Diverse sono state le regressioni comparse in corrispondenza dei mesi passati, come quella della ripresa a farsi imboccare (18,5%), che anche in questo caso interessa una buona parte di soggetti dai 3 ai 6 anni (13,5% del totale del campione), in un periodo di sviluppo in cui, salvo casi particolari, l’alimentazione autonoma è una tappa ormai raggiunta.

La vicinanza all’adulto sembra esser richiesta con più frequenza non solo la notte ma anche il giorno, il 63,9 % degli intervistati lo ha segnalato. Anche per quanto concerne la regolazione dell’umore si registra un deciso aumento, in particolar modo manifestazioni di irritabilità, tristezza e ansia, lo dichiara il 55,2 % degli intervistati.

A proposito di sonno, una recentissima indagine condotta dal Laboratorio per la Salute Materno Infantile del Dipartimento di Salute Pubblica dell’Istituto Mario Negri di Milano, condotta tra maggio e giugno 2020 grazie ad un progetto chiamato

“Ragazzi in quarantena” (9) lo conferma abbondantemente. Dallo studio si evince quanto il sonno sia cambiato per bambini e ragazzi. I primi tempi la sveglia mattutina era lasciata al caso, con la ripresa delle lezioni *on line* invece, per chi si connetteva la mattina, vi è stato un maggior disciplinamento degli orari. I più piccoli, abituati ad andare al nido o alla scuola dell’infanzia hanno visto un netto ritardo nel tempo dell’addormentamento e poche se non nulle regole per il risveglio. Questo fatto ha causato una distonia nelle abitudini acquisite anche perché il fatto di non rientrare per tanti mesi alla vita “reale” ha causato una sorta di piccola anarchia negli orari. All’inizio sono stati soprattutto i genitori ad accondiscendere all’approdo nel lettone. L’ansia vinceva su tutto e, come mi ha detto una giovane mamma, “averlo tra di noi era rassicurante per lui e per noi. Ci sembrava di poterlo proteggere di più”. Una protezione andata un po’ fuori margine, se pensiamo che è dal mese di marzo che questi piccoli dormono in un letto non loro.

E’ importante riprendere in mano la questione, riabituare i bambini al loro spazio è per il loro bene: staccarsi dagli adulti è un vantaggio per tutti, per i genitori che final-

mente possono riposare senza paura di schiacciare qualcuno e per i bambini che reimparano ad affrontare le piccole frustrazioni, come la paura del buio, il distacco dalla figura primaria, la gestione della noia nel preaddormentamento.

## CONCLUSIONI

Questi danni ci sono, assieme a molti altri che non siamo ancora in grado di registrare. I bambini sono pieni di risorse e sapranno certamente far fronte a tutto quello che viene proposto, sono adattivi, seguono i sentieri che noi adulti predisponiamo per loro. Auspichiamo che gli adulti sappiano vederli, tenere in considerazione la totalità della questione, attrezzarsi per garantire soprattutto ai più piccoli quel minimo grado di serenità che serve loro per apprendere, entrare in relazione in maniera equilibrata.

Avere solo l’occhiale sanitario rischia di creare psicosi nei più piccoli, creare una paura dell’ignoto, fare passi indietro nella socializzazione, creare paure che si aggiungono a quelle che già ci sono.

Possiamo farcela, lo abbiamo scritto sulle lenzuola esposte sui balconi. Vediamo di farcela a partire dalla piena considerazione della totalità del bambino.

## Note

1) <http://www.ospedalebambinogesu.it/come-indossare-la-mascherina-per-prevenire-la-diffusione-del-nuovo-coronavirus#.XqLwI0BuKUn>

2) <https://www.acp.it/2020/04/covid-19-pediatri-acp-ecco-come-usare-le-mascherine-nei-bambini.html>

3) [https://rep.repubblica.it/pwa/locali/2020/03/18/news/milena\\_lo\\_giudice\\_pediatra\\_attenti\\_i\\_bimbi\\_non\\_rischiano\\_ma\\_contagiano\\_tutti\\_a\\_casa\\_-251589851/](https://rep.repubblica.it/pwa/locali/2020/03/18/news/milena_lo_giudice_pediatra_attenti_i_bimbi_non_rischiano_ma_contagiano_tutti_a_casa_-251589851/)

4) Pecoraro L. *I bambini ai tempi del COVID-19*. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica 2020;34:2-3

5) Tamburlini M, Marchetti F, Bertino E, et al.; 27 pediatri, neuropsichiatri, ricercatori, firmatari. *Bambini e coronavirus: la doverosa ricerca di un equilibrio tra i presunti rischi e di documentati effetti collaterali*. Medico e Bambino 2020;39(6):355-6.

6) Daniele Novara, *I danni del lockdown sui bambini*, Conflitti. Rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogica, anno 19 n.3, luglio 2020 pag 46

7) Laura Pigozzi, *Troppa famiglia fa male. Come la dipendenza materna crea adulti bambini (e pessimi cittadini)*, Rizzoli, Milano, 2020, Pag. 25

8) Marta Riva, *Bambini e bambine “vittime” di lockdown e post lockdown*, Conflitti. Rivista italiana di ricerca e formazione psicopedagogica, anno 19 n.4, ottobre 2020

9) <https://www.marionegri.it/magazine/quarantena-e-ragazzi>

## PER SAPERNE DI PIÙ:

1. Biasotti V., Bonanni M., Dagri A, Di Siena A, Ferrari M.E., Liguoro I., Losasso A., Molaro M., Pandullo M., Pividori S., Ria T., Tonin G., (I medici in formazione specialistica della

Clinica Pediatrica di Udine) COVID-19: REVIEW DELLA LETTERATURA E FOCUS SULL'ETA' PEDIATRICA, Scuola di Specializzazione di area sanitaria in Pediatria – Clinica Pediatrica ASUFC Udine

2. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, Chen YH et al. DIAGNOSIS AND TREATMENT RECOMMENDATIONS FOR PEDIATRIC RESPIRATORY INFECTION CAUSED BY THE 2019 NOVEL CORONAVIRUS. *World J Pediatr.* 2020 Feb 5

3. Huanqin Han, Qingfeng Luo, Fan Mo et al. SARS-COV-2 RNA MORE READILY DETECTED IN INDUCED SPUTUM THAN IN THROAT SWABS OF CONVALESCENT COVID-19 PATIENTS, *Lancet Infect Dis*, March 12, 2020

4. Kunling Shen, Yonghong Yang et al. DIAGNOSIS, TREATMENT, AND PREVENTION OF 2019 NOVEL CORONAVIRUS INFECTION IN CHILDREN: EXPERTS' CONSENSUS STATEMENT, *World journal of Pediatrics* (2020), <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>

5. Lan Lan, MD, Dan Xu, MD, Guangming Ye, MD et al. POSITIVE RT-PCR TEST RESULTS IN PATIENTS RECOVERED FROM COVID-19, *JAMA*, February 27, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2783

6. Novara Daniele, NON E' COLPA DEI BAMBINI, Rizzoli, Milano, 2019

7. Novara Daniele, I BAMBINI SONO SEMPRE GLI ULTIMI, Rizzoli, Milano, 2020

8. Pigozzi Laura, TROPPI BAMBINI FA MALE, Rizzoli, Milano, 2020

9. Wang Y, Wang Y et al. UNIQUE EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES OF THE EMERGING 2019 NOVEL CORONAVIRUS PNEUMONIA (COVID-19) IMPLICATE SPECIAL CONTROL MEASURES. *J Med Virol* [Internet]. 2020;0-1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32134116>

10. Zhi-Min Chen, Jun-Fen Fu, Qiang Shu et al. DIAGNOSIS AND TREATMENT RECOMMENDATIONS FOR PEDIATRIC RESPIRATORY INFECTION CAUSED BY THE 2019 NOVEL CORONAVIRUS, *World Journal of Pediatrics* (2020), <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>

11. Zimmermann Petra, MD, PhD and Curtis Nigel, CORONAVIRUS INFECTIONS IN CHILDREN INCLUDING COVID-19 AN OVERVIEW OF THE EPIDEMIOLOGY, CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION OPTIONS IN CHILDREN, *The Pediatric Infectious Disease Journal*, March 12, 2020



# Uscire dall'economia del profitto, costruire la società della cura

a cura di "La Società della Cura"\*

*\*NESSUNO SI SALVA DA SOLO. Mille adesioni al Manifesto "Per la società della cura". COSA E' E' un percorso nato durante il lockdown, coinvolgendo gruppi, associazioni, reti sociali. QUALE OBIETTIVO? Non sprecare le lezioni della pandemia, affrontare il collasso climatico e l'ingiustizia sociale ripudiando la gerarchia di valori e poteri che governa il mondo, per costruire la società della cura di sé, degli altri, del pianeta. COME? Rendendo visibile un progetto di società alternativa e evitando che come al solito i diversi diritti e bisogni vengano messi uno contro l'altro. QUALI STRUMENTI? Un Manifesto valoriale, la raccolta delle priorità concrete per un nostro "Recovery plan", un processo permanente, una prima giornata di mobilitazione nazionale - nel pieno rispetto delle norme anti-contagio - il 21 novembre.*

Medicina Democratica unitamente al Coordinamento Nazionale per il Diritto alla Salute – Campagna Dico 32 ha partecipato fin dall'inizio alla iniziativa promossa da Attac Italia per riunire le vertenze e gli obiettivi che molte associazioni hanno elaborato sia per rilanciare gli obiettivi comuni della loro storia sia in reazione della pandemia, delle origini della stessa e delle inadeguate iniziative di contrasto.

Il Manifesto "La società della Cura" è il risultato di questa convergenza: la visione comune prodotta dalla condivisione e dalla discussione aperta e franca tra centinaia di realtà sociali ha riempito di contenuti il manifesto che riproponiamo come pure le iniziative svolte a partire da quella nazionale del 21 novembre 2020.

Sul sito <https://societadellacura.blogspot.com> sono disponibili i numerosi "contributi di convergenza" sui temi oggetto del Manifesto.

La sola evidenza di essere riusciti a fare in modo che ogni voce si riunisse in un coro è il miglior "effetto" reattivo alla pandemia ma soprattutto ai diversi aspetti che sono alla sua origine, affinché "niente sia più come prima".

La Redazione

## Premessa

Un virus ha messo in crisi il mondo intero: il Covid 19 si è diffuso in brevissimo tempo in tutto il pianeta, ha indotto all'auto-reclusione metà della popolazione mondiale, ha interrotto attività produttive, commerciali, sociali e culturali, e continua a mietere vittime.

Dentro l'emergenza sanitaria e sociale tutti abbiamo sperimentato la precarietà dell'esi-

stenza, la fragilità e l'interdipendenza della vita umana e sociale. Abbiamo avuto prova di quali siano le attività e i lavori essenziali alla vita e alla comunità. Abbiamo avuto dimostrazione di quanto sia delicata la relazione con la natura e i differenti sistemi ecologici: non siamo i padroni del pianeta e della vita che contiene, siamo parte della vita sulla Terra e da lei dipendiamo.

Decenni di politiche di tagli, privatizzazione e aziendalizzazione della sanità, di globalizzazione guidata dal profitto, hanno trasformato un serio problema epidemiologico in una tragedia di massa, dimostrando quanto essenziale ed ampia sia invece la dimensione sociale del diritto alla salute.

La pandemia ha messo in evidenza come un sistema basato sul pensiero unico del mercato e sul profitto, su un antropocentrismo predatorio, sulla riduzione di tutto il vivente a merce non sia in grado di garantire protezione ad alcuno.

La pandemia è una prova della crisi sistemica in atto, le cui principali evidenze sono determinate dalla drammatica crisi climatica, provocata dal riscaldamento globale, e dalla gigantesca disuguaglianza sociale, che ha raggiunto livelli senza precedenti.

L'emergenza climatica è vicina al punto di rottura irreversibile degli equilibri geologici, chimici, fisici e biologici che fanno della Terra un luogo abitabile; la disuguaglianza sociale si è resa ancor più evidente durante la pandemia, mostrando la propensione del sistema economico, sanitario e culturale vigente a selezionare tra vite degne e vite di scarto.

Giustizia climatica e giustizia sociale sono due facce della stessa medaglia e richiedono in tempi estremamente brevi una radicale inversione di rotta rispetto all'attuale

modello economico e ai suoi impatti sociali, ecologici e climatici.

Niente può essere più come prima, per il semplice motivo che è stato proprio il prima a causare il disastro.

Oggi più che mai, ad un sistema che tutto subordina all'economia del profitto, dobbiamo contrapporre la costruzione di una società della cura, che sia cura di sé, dell'altro, dell'ambiente, del vivente, della casa comune e delle generazioni che verranno.

## 1. CONVERSIONE ECOLOGICA DELLA SOCIETÀ

L'emergenza climatica è drammaticamente vicina al punto di non ritorno. Il tempo a nostra disposizione si sta esaurendo: il riscaldamento climatico si aggrava, aumentano gli incendi, accelera la scomparsa dei ghiacciai, la morte delle barriere coralline, la sparizione di interi ecosistemi e di specie animali e vegetali, aumentano le inondazioni e i fenomeni meteorologici estremi.

Anche la nostra crescente vulnerabilità alle pandemie ha la sua causa profonda nella distruzione degli ecosistemi naturali, nella progressiva industrializzazione della produzione, in primo luogo di quella agroalimentare, e nella velocità degli spostamenti di capitali, merci e persone. Un modello produttivo basato sulla chimica tossica e sugli allevamenti intensivi ha provocato un verticale aumento della deforestazione e una drastica diminuzione della biodiversità. Tutto questo, sommato a una crescente urbanizzazione, all'estensione delle megalopoli e all'intensificazione dell'inquinamento, ha portato a un cambiamento repentino degli habitat di molte specie animali e vegetali, sovvertendo ecosistemi consolidati, modificandone il funzionamento e permettendo una maggiore contiguità tra le specie selvatiche e domestiche.

Una radicale inversione di rotta in tempi estremamente rapidi è assolutamente necessaria e inderogabile.

Occorre promuovere la riappropriazione sociale delle riserve ecologiche e della filiera del cibo, sottraendola all'agro-business e alla grande distribuzione, per garantire la sovranità alimentare, ovvero il diritto di tutti

ad alimenti nutritivi e culturalmente adeguati, accessibili, prodotti in forma sostenibile ed ecologica.

Occorre avviare una profonda conversione ecologica del sistema tecnologico e industriale, a partire dalla decisione collettiva su "*che cosa, come, dove, quanto e per chi*" produrre e da un approccio eco-sistemico e circolare ai cicli di lavorazione e alle filiere, dall'estrazione dei materiali alla produzione, dalla valorizzazione ai mercati, al consumo finale.

Occorre invertire la rotta nel sistema del commercio internazionale e degli investimenti finanziari, sostituendo l'invulnerabilità dei diritti umani, ambientali, economici e sociali all'attuale intoccabilità dei profitti, e rendendo vincolanti tutte le norme di tutela sociale e ambientale per tutte le imprese, a partire da quelle multinazionali, anziché concedere loro di agirle solo volontariamente o come forme di filantropia.

Un nuovo paradigma energetico, con l'immediato abbandono dei combustibili fossili, deve fondarsi su energia "*pulita, territoriale e democratica*" invece che "*termica, centralizzata e militarizzata*". Un approccio sano al territorio e alla mobilità deve porre fine al consumo di suolo e alle Grandi e meno grandi Opere inutili e dannose, per permetterci di vivere in comunità, città e sistemi insediativi che siano luoghi di vita degna, socialità e cultura, collegati tra essi in modo sostenibile.

Va profondamente ripensata la relazione di potere fra esseri umani e tutte le altre forme di vita sul pianeta: non possiamo assistere allo sterminio di molte specie animali e al brutale sfruttamento di diverse altre, pensando di restare indenni alle conseguenze epidemiologiche, climatiche, ecologiche ed etiche.

Occorre una conversione ecologica, una rivoluzione culturale, che ispiri e promuova un cambiamento economico e degli stili di vita.

## 2. LAVORO, REDDITO E WELFARE NELLA SOCIETÀ DELLA CURA

La pandemia ha reso più evidente che nessuna produzione economica è possibile senza garantire la riproduzione biologica e

sociale, come il pensiero eco-femminista e la visione cosmogonica dei popoli nativi sostengono da sempre.

La riproduzione sociale - intesa come tutte le attività e le istituzioni necessarie per garantire la vita, nella sua piena dignità - significa cura di sé, dell'altro e dell'ambiente: ed è attorno a questi nodi che va ripensato l'intero modello economico-sociale.

La pandemia ha fatto ancor di più sprofondare nella disperazione le fasce deboli della popolazione, dai migranti ai senza casa, dai disoccupati ai disabili, dalle persone fragili ai non autosufficienti, e ha allargato la condizione di precarietà, con altri milioni di persone che si sono trovate senza alcun reddito.

Non può esserci società della cura senza il superamento di tutte le condizioni di precarietà e una ridefinizione dei concetti di benessere sociale, lavoro, reddito e welfare. La conversione ecologica è una lotta per abbandonare al più presto tutte le attività che fanno male alla convivenza degli umani, tra di loro e con la Terra, per promuovere altre attività che prevedono la cura di sé, dell'altro e di tutto il vivente: la riproduzione della vita nelle condizioni migliori che si possono conseguire.

L'attività lavorativa deve basarsi su un'ampia socializzazione del lavoro necessario, accompagnata da una netta riduzione del tempo individuale a questo dedicato, affinché l'accesso al lavoro sia l'esito di una redistribuzione solidale e non di una feroce competizione fra le persone e i Paesi, dentro un orizzonte che subordini il valore di scambio al valore d'uso e organizzi la produzione in funzione dei bisogni sociali, ambientali e di genere.

Se la cura di sé, dell'altro e dell'ambiente sono gli obiettivi del nuovo patto sociale, il reddito è il dividendo sociale della cooperazione tra le attività di ciascuno, e il diritto al reddito è il riconoscimento della centralità dell'attività di ogni individuo nella costruzione di una società che si occupa di tutti e non esclude nessuno, eliminando la precarietà, l'esclusione e l'emarginazione dalla vita delle persone.

Va pienamente riconosciuto il diritto alla conoscenza, all'istruzione, alla cultura, all'informazione corretta, al sapere, come

fattore potente di riduzione della disegualianza, di cui la povertà culturale è una causa chiave.

Va realizzato un nuovo sistema di welfare universale, decentrato e depatriarcalizzato, basato sul riconoscimento della comunità degli affetti e del mutualismo solidale, sull'autogoverno collettivo dei servizi e sulla cura della casa comune.

### **3. RIAPPROPRIAZIONE SOCIALE DEI BENI COMUNI E DEI SERVIZI PUBBLICI**

Nessuna protezione è possibile se non sono garantiti i diritti fondamentali alla vita e alla qualità della stessa. Riconoscere i beni comuni naturali -a partire dall'acqua, bene essenziale alla vita sul pianeta- e i beni comuni sociali, emergenti e ad uso civico come elementi fondanti della vita e della dignità della stessa, della coesione territoriale e di una società ecologicamente e socialmente orientata, richiede la sostituzione del paradigma del pareggio di bilancio finanziario con il pareggio di bilancio sociale, ecologico e di genere.

La tutela dei beni comuni, e dei servizi pubblici che ne garantiscono l'accesso e la fruibilità, deve prevedere un'immediata sottrazione degli stessi al mercato, una loro gestione decentrata, comunitaria e partecipativa, nonché risorse adeguate e incompressibili.

Occorre socializzare la produzione dei beni fondamentali, strategici ai fini dell'interesse generale: dai beni e servizi primari (i prodotti alimentari, l'acqua, l'energia, l'istruzione e la ricerca, la sanità, i servizi sociali, l'edilizia abitativa); a quelli senza l'uso dei quali una parte considerevole delle altre attività economiche non sarebbe possibile (i trasporti, l'energia, le telecomunicazioni, la fibra ottica); alle scelte d'investimento di lungo periodo di carattere scientifico, tecnologico e culturale, in grado di modificare, nel tempo e in maniera significativa, la vita materiale e spirituale della popolazione.

### **4. CENTRALITÀ DEI TERRITORI E DELLA DEMOCRAZIA DI PROSSIMITÀ**

La crescita interamente basata sulla quantità e velocità dei flussi di merci, persone e capitali, sulla centralità dei mercati globali e delle produzioni intensive e sulla conse-

guente iperconnessione sregolata dei sistemi finanziari, produttivi e sociali, è stata il principale vettore che ha permesso al virus di diffondersi in tutto il pianeta a velocità mai viste prima, viaggiando nei corpi di manager e tecnici specializzati, così come in quelli di lavoratori dei trasporti e della logistica, e di turisti.

Ripensare l'organizzazione della società comporta la ri-localizzazione di molte attività produttive a partire dalle comunità territoriali e dalla loro cooperazione associata, che dovranno diventare il fulcro di una nuova economia trasformativa, ecologicamente, socialmente ed eticamente fondata.

Le comunità sono i luoghi dove convivono umani, altri animali, territorio e paesaggio, ciascuna con la propria storia, cultura e identità insopprimibile.

La piolla della globalizzazione ha provato a omologare differenze e peculiarità, producendo resistenze che sono state troppo spesso governate verso una versione chiusa ed escludente del comunitarismo. La sfida, anche culturale, è progettare il futuro come un sistema di comunità aperte, cooperanti, includenti e interdipendenti.

Questo comporta anche la ri-territorializzazione delle scelte politiche, con un ruolo essenziale affidato ai Comuni, alle città e alle comunità territoriali, quali luoghi di reale democrazia di prossimità i cui abitanti partecipano fattivamente alle decisioni collettive.

Attraverso forme di riappropriazione popolare delle istituzioni di livello nazionale ed internazionale si potrà garantire, tutelare ed affermare l'uguaglianza nei diritti e nelle relazioni fra le diverse aree dei sistemi paese, dei sistemi regionali e continentali e del sistema mondo.

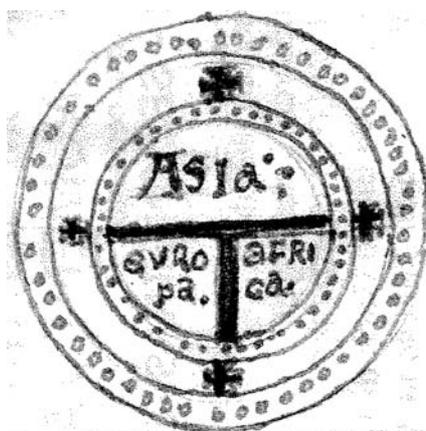
## 5. PACE, COOPERAZIONE, ACCOGLIENZA E SOLIDARIETÀ

La pandemia non ha rispettato nessuna delle molteplici separazioni geografiche e sociali e nessuna delle gerarchie costruite dagli esseri umani: dalle frontiere alle classi sociali, passando dal falso concetto di razza. Ha dimostrato che la vera sicurezza non si costruisce contro, e a scapito degli altri: per sentirsi al sicuro bisogna che tutti lo siano. Perché questo succeda, occorre che ad ogni

popolazione venga riconosciuto il diritto ad un ambiente salubre, all'uguaglianza sociale, all'accesso preservativo alle risorse naturali.

Occorre porre termine ad ogni politica di dominio nelle relazioni fra i popoli, facendo cessare ogni politica coloniale, che si eserciti attraverso il dominio militare e la guerra, i trattati commerciali o di investimento, lo sfruttamento delle persone, del vivente e della casa comune.

Non possiamo più accettare che i nostri livelli di consumi si reggano sullo sfruttamento delle risorse di altri Paesi e su rapporti di scambio scandalosamente ineguali,



dis: mappa diagrammatica del mondo, tratta da Leidoro da Siviglia ms. Royal F. IV. F.135v. 1175 ca. Londra. British Library

né l'esistenza di alleanze militari che hanno l'obiettivo del controllo e sfruttamento di aree strategiche e delle loro risorse.

La società della cura rifiuta l'estrattivismo perché aggredisce i popoli originari, espropria le risorse naturali comuni e moltiplica la devastazione ambientale. Per questo sostiene l'autodeterminazione dei popoli e delle comunità, un commercio equo e solidale, la cooperazione orizzontale e la custodia condivisa e corresponsabile dei beni comuni globali.

La guerra contro i migranti è ormai uno degli elementi fondanti del sistema globale attuale. Intere aree del pianeta – mari, deserti, aree di confine – sono diventati giganteschi cimiteri a cielo aperto, luoghi dove si compiono violenze e vessazioni atroci, e dove a milioni di esseri umani viene negato ogni diritto e ogni dignità.

La società della cura smantella fossati e muri e non costruisce fortezze. Rifiuta il dominio e riconosce la cooperazione fra i popoli. Affronta e supera il razzismo istitu-

zionale e il colonialismo economico e culturale, attraverso i quali ancora oggi i poteri dominanti si relazionano alle persone fisiche, ai saperi culturali e alle risorse del pianeta. La società della cura rifiuta ogni forma di fascismo, razzismo, sessismo, discriminazione e costruisce ponti fra le persone e le culture praticando accoglienza, diritti e solidarietà.

## **6. SCIENZA E TECNOLOGIA AL SERVIZIO DELLA VITA E NON DELLA GUERRA**

La ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica sono fondamentali per la costruzione di una società della cura che permetta una vita degna a tutte le persone, ma possono divenire elementi di distruzione se non sono messe al servizio della vita ma del dominio e della guerra. Indirizzi e risultati vanno ricondotti all'emancipazione delle persone e non al controllo sociale autoritario, in direzione della redistribuzione della ricchezza e non dell'accumulazione, verso la pace e la solidarietà e non in direzione della distruzione di vite, società e natura.

E' di particolare gravità che continui la corsa al riarmo atomico e al perfezionamento dei sistemi di puntamento delle armi nucleari, mentre si allentano gli impegni internazionali per il bando al ricorso all'arma più micidiale. I saperi e le risorse di una società non possono essere indirizzati alla costruzione di armi, al mantenimento di eserciti, all'appartenenza ad alleanze basate sul dominio militare, alla partecipazione a missioni militari e a guerre, al respingimento dei migranti, alla costruzione di una realtà manipolabile e falsificabile digitalmente.

Il controllo sui Big Data, l'Intelligenza Artificiale e le infrastrutture digitali determineranno la natura delle istituzioni del futuro e le persone devono essere in grado di esercitare una sovranità digitale su tutti gli aspetti sensibili della propria esistenza. Occorre immaginare un futuro digitale democratico in cui i dati siano un'infrastruttura pubblica e un bene comune controllato dalle persone.

## **7. FINANZA AL SERVIZIO DELLA VITA E DEI DIRITTI**

La pandemia ha dimostrato che per curare le persone l'Unione europea ha dovuto sospendere patto di stabilità, fiscal compact e para-

metri di Maastricht. Significa che questi vincoli non solo non sono necessari, ma sono contro la vita, la dignità e la cura delle persone.

La finanziarizzazione dell'economia e la mercificazione della società e della natura sono le cause della profonda disegualianza sociale e della drammatica devastazione ambientale.

Mettere la finanza al servizio della vita e dei diritti significa riappropriarsi della ricchezza sociale prodotta, cancellando il debito illegittimo e odioso e applicando una fiscalità fortemente progressiva, che vada a prendere le risorse laddove si trovano, nei ceti ricchi della società, nei grandi patrimoni, nei profitti delle grandi imprese.

Nessuna trasformazione ecologica e sociale sarà possibile senza fermare l'unica globalizzazione che il modello capitalistico è riuscito a realizzare compiutamente: quella dei movimenti incontrollati di merci e capitali. Un capitale privo di confini che può indirizzarsi senza vincoli dove gli conviene, determinando le scelte di politica economica e sociale degli Stati, costretti a competere tra loro, offrendo agli investitori nazionali ed esteri benefici sempre più lesivi dei diritti dei propri cittadini e dell'ambiente.

Per questo bisogna socializzare il sistema bancario, trasformandolo in un servizio pubblico per risparmi, credito e investimenti, gestito territorialmente con il coinvolgimento diretto degli utenti organizzati, dei lavoratori delle banche, degli enti locali e dei settori produttivi territoriali.

Senza una nuova finanza pubblica e partecipativa, nessuna trasformazione ecologica e sociale del modello economico e produttivo sarà possibile, e le decisioni di lungo termine sulla società rimarranno appannaggio delle lobby finanziarie e delle grandi multinazionali.

*Vogliamo una società che metta al centro la vita e la sua dignità, che sappia di essere interdipendente con la natura, che costruisca sul valore d'uso le sue produzioni, sul mutualismo i suoi scambi, sull'uguaglianza le sue relazioni, sulla partecipazione le sue decisioni.*

*Lotteremo tutte e tutti assieme per renderla realtà.*

# Altronevecento

Riprendiamo l'editoriale della redazione di Altronevecento, rivista ospitata presso la fondazione Luigi Micheletti di Brescia, che ha dedicato l'ultimo numero ai cinquanta anni di storia dell'ambientalismo militante in Italia la cui nascita è storicamente associata agli eventi del 1970. Fra gli articoli, segnaliamo la recensione del libro "Arcipelago verde" di Michele Boato che, fra le altre, ricorda e riprende anche la lunga avventura politico-ecologista di Medicina Democratica ricordando le figure di Giulio Maccacaro e Luigi Mara (rispettivamente, p. 149, 151, 208 e p. 85, 178 del libro di Boato).

Enzo Ferrara

## Editoriale di Redazione

In questo numero di "altronevecento" ricostruiamo un importante passaggio storico e proviamo a metterlo in prospettiva. Tale passaggio, del quale ricorre quest'anno il cinquantenario, è quello costituito dagli eventi dell'anno 1970.

Fu in quell'anno infatti che precipitarono contemporaneamente un gran numero di tensioni e di aspettative sulla questione ambientale maturate negli anni precedenti e l'ecologia intesa nel suo significato politico guadagnò improvvisamente la scena planetaria. A gran parte dell'opinione pubblica, ma anche a molti osservatori più attenti, parve che si stesse verificando una svolta, che si aprisse una nuova epoca, che stessero nascendo una coscienza e un movimento nuovi.

Non era propriamente così - molti sapevano bene che le preoccupazioni e le battaglie per l'ambiente avevano una storia ormai secolare - ma il salto percettivo fu tale che per molto tempo il 1970 è rimasto sinonimo di una nascita, o di una

rinascita. Giorgio Nebbia scrisse più volte del 1970 e degli anni immediatamente successivi come di una "primavera dell'ecologia", una breve e promettente stagione chiusasi almeno in parte con lo shock petrolifero del 1973.

Del 1970 abbiamo cercato anzitutto di ricostruire i tratti fondamentali sia a livello globale che nazionale ricorrendo ad analisi e ricerche in parte già edite e in parte realizzate appositamente. A queste analisi e ricerche è dedicata gran parte della sezione "Saggi"; tutta la sezione "Documenti" è inoltre dedicata a un'antologia di testi pubblicati nel corso del 1970 che a noi sono sembrati particolarmente adatti a restituire il significato e lo spirito di quell'anno.

Grazie a una crescente spinta dal basso, ma anche sulla base di preoccupazioni autentiche e di calcoli politici strumentali il 1970 vide in effetti un'ampia e inedita presa in carico della questione ambientale da parte delle istituzioni, della stampa, del mondo della ricerca, dell'opinione pubblica e delle organizzazioni di massa in molti paesi del mondo. Vennero organizzate manifestazioni e convegni di ampia visibilità, si coordinarono iniziative internazionali, i giornali si popolarono per la prima volta di notizie e di analisi sull'ecologia nel suo nuovo significato, furono create le prime istituzioni *ad hoc*, le associazioni conobbero una fioritura straordinaria, le analisi e le proposte assunsero un respiro globale ma anche più politicizzato che in passato. Gran parte delle vicende dell'ambientalismo, delle politiche ambientali e della coscienza ecologica dei decenni successivi e fino ad oggi devono molto alla formidabile fioritura verificatasi in quell'anno ed è questo il motivo per cui abbiamo ritenuto fosse importante ripercorrerne

gli eventi, le dinamiche e il clima. D'altro canto il mezzo secolo trascorso permette di fare un bilancio, tanto più che la crisi ambientale da allora non ha fatto che aggravarsi a ritmi in qualche caso esponenziali. E anche questo abbiamo cercato di fare, un po' con le nostre forze un po' appoggiandoci a una bella analisi uscita sul New York Times il giorno della ricorrenza del primo Earth Day e al commento del documentario *Planet of Humans*, prodotto da Michael Moore, dedicato a questo cinquantenario.

Per una triste coincidenza, proprio mentre stavamo preparando questo numero ci è giunta la notizia della scomparsa di uno dei grandi protagonisti italiani di quell'anno: Virginio Bettini. A lui abbiamo quindi voluto dedicare tutta la sezione "*Persone*" e abbiamo ripubblicato un suo saggio del 1970 nella sezione "*Documenti*". Ma a lui e alla sua opera di studioso e di militante ambientalista dedicheremo nei prossimi mesi un intero "*quaderno di altronovecento*" comprendente suoi scritti, testimonianze e analisi.



da: Capitello con scena del diluvio universale proveniente dalla Cattedrale di Pamplona, 1127-1145. Pamplona Museo de Navarra

# Costruire le vertenze territoriali per una Sanità pubblica all'altezza delle esigenze di salute collettiva

a cura del Comitato per la Difesa della Sanità Pubblica Milano Città Metropolitana del Sud Ovest\*

Riportiamo due documenti che esemplificano l'azione nell'ultimo anno da parte del Comitato per la difesa della Sanità Pubblica di Milano Sud Ovest.

*“Coerentemente con la propria strategia aziendale, sempre più vicina a quella che domina il settore della sanità privata, l'ASST Santi Paolo e Carlo in questi ultimi anni ha promosso e sviluppato ambiti di intervento e accesso a cure in regime libero-professionale, assumendo personale medico con contratto libero-professionale, come ad esempio è accaduto con la Clinica odontostomatologica dove i relativi servizi sono erogati da personale medico che, pur operando in un contesto organizzativo pubblico, è titolare di un mero contratto privato libero-professionale, con commistione dell'attività sanitaria istituzionale in regime di SSN con quella libero-professionale.*

*In ordine alla rilevanza delle problematiche oggetto del presente Esposto, è sufficiente evidenziare come l'ASST Santi Paolo e Carlo abbia iscritto a bilancio, ad esempio nel 2017, ben 17 milioni di euro a titolo di ricavi ottenuti dalla libera professione (Ospedale San Paolo) e 1 milione di euro (Ospedale San Carlo), quando, nel medesimo periodo e con un numero di letti 5 volte superiore, la più grande struttura sanitaria della Lombardia, e cioè l'Ospedale Niguarda, ha registrato 20 milioni di euro di ricavi dalla libera professione “ (...)*

*“... presso l'Ospedale San Paolo è invalsa la prassi di sovrapporre nel medesimo orario e contesto organizzativo pazienti provenienti ordinariamente dalle liste di attesa con pazienti che hanno fatto accesso all'Area a*

*pagamento e ciò con riferimento alle medesime prestazioni sanitarie, in violazione patente dei principi di predefinitone e distinzione degli ambiti di operatività nei quali si eseguono le prestazioni sanitarie.*

*Sul punto va segnalato che l'Ospedale San Paolo, dal 2000 in avanti, ed oggi la ASST Santi Paolo e Carlo ha deliberato l'“Adozione del Regolamento per la gestione della libera professione intramoenia e di altre prestazioni in solvenza”, disciplinando la materia in modo quantomeno contraddittorio, soprattutto con riferimento a tutte le attività correlate all'abbattimento delle liste di attesa previste all'art. 14 (Ampliamento attività per abbattimento liste d'attesa o altro).*

*E' qui il caso di ribadire che il ricorso a prestazioni erogate in regime di Area a pagamento deve avvenire nel rispetto di standard regionali prestabiliti e, pertanto, deve essere adottato in via eccezionale e temporanea.*

*Conseguentemente tempi e modi di erogazione in regime di Area a pagamento debbono essere espressamente concordati allo scopo di: a) ridurre le liste ed i tempi di attesa; b) incrementare la produzione incentivando il personale; c) ampliare e facilitare la possibilità di accesso alle prestazioni da parte dell'utenza; d) ottimizzare l'uso delle risorse strumentali e strutturali e fronteggiare eventuali carenze di organico.*

*Nel caso che qui ci occupa l'Ospedale San Paolo prima e la ASST Santi Paolo e Carlo poi, quantomeno fino a tutto il 2019, ha erogato illegittimamente prestazioni in regime di Area a pagamento ad utenti presenti*

\*tutelasanitaria  
pubblicalombar  
dia@gmail.com

nelle liste di attesa senza che gli stessi fossero consapevoli di poterne beneficiare senza nessun costo aggiuntivo rispetto al ticket e, quindi, senza assicurare all'utenza interessata un'informativa adeguata nel rispetto del diritto alla salute e del libero accesso alle prestazioni erogate dal SSN.

A ciò si aggiunga che altri utenti, regolarmente presenti nelle liste di attesa, si sono visti superare, nell'erogazione delle medesime prestazioni di cui dovevano beneficiare, da altri pazienti provenienti dall' Area a pagamento che ricevevano le cure in orario istituzionale e non al termine dell'ordinario orario di servizio, in violazione del diritto alla salute sotto il profilo dell'uguaglianza di tutte le persone bisognose delle medesime prestazioni sanitarie, indipendentemente dalle capacità economiche di ciascun beneficiario.

(...)

Ad un esame ancorchè superficiale della documentazione sopra richiamata, emerge con tutta chiarezza come le attività in regime di Area a pagamento siano state effettuate presso l'Ospedale San Paolo anche all'interno dell'ordinario orario di servizio e non, come prevede la normativa in materia, in giornate e/o in fasce orarie espressamente individuate e concordate con le Unità operative interessate che lamentano tempi di erogazione delle prestazioni più lunghi di quelli standardizzati dalla Regione Lombardia.

A ciò si aggiunga che le prestazioni rese in regime di Area a pagamento, se erogate in presenza di liste d'attesa, non prevedono che l'utente beneficiario partecipi alla spesa sanitaria con costi aggiuntivi rispetto al ticket, ciò che invece si è verificato in un numero eccezionale di casi, come da documentazione sopra indicata.

Sul punto è il caso di riportare qui di seguito le forme di accesso dell'utenza alle prestazioni sanitarie:

1) Accesso ordinario alle prestazioni che vengono erogate nel rispetto dei criteri che regolano le liste di attesa previo pagamento del ticket previsto dalla Regione Lombardia, salvo esenzioni particolari.

2) Accesso alla libera professione con scelta nominativa del medico e pagamento pieno della prestazione.

3) Accesso alla libera professione cosiddetta "di équipe" (e cioè senza scelta nominativa del medico) che prevede il pagamento del ticket oltre ad un costo aggiuntivo.

4) Accesso alla libera professione ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa previo pagamento del solo ticket con prestazione effettuata fuori dall'orario ordinario (8.30 – 16.00).

5) Possibilità di fruire della prestazione soggetta a lunghe liste di attesa addirittura anche in altra struttura pubblica o privata con diritto al rimborso della relativa spesa.

In questo quadro va censurata la prassi che per anni è invalsa presso la ASST Santi Paolo e Carlo, favorita e comunque mai ostacolata dall'Amministrazione, di mettere di fronte il paziente, in presenza di lunghe liste di attesa, all'opzione di prenotare a breve in Area a pagamento le medesime prestazioni fruibili in regime ordinario con tempi, però, molto più lunghi.

La ragion d'essere del presente Esposto risiede, pertanto, nella richiesta di verifica della legittimità dell'offerta all'utenza di fruire dei medesimi servizi in regime ordinario, ma con tempi più lunghi di attesa, ed in regime di Area a pagamento con azzeramento dei tempi di attesa, beneficiando di prestazioni che vengono erogate non al termine dell'orario istituzionale, ma addirittura negli orari canonici 8.30 – 16.00.

Più specificatamente, si chiede alle Autorità alle quali si rivolge il presente Esposto come sia possibile conseguire il risultato dell'abbattimento delle liste di attesa mediante l'erogazione di prestazioni in regime di Area a pagamento, inserendo negli orari istituzionali un numero maggiore di pazienti che si aggiungono a quelli in regime ordinario od addirittura riservando l'orario pomeridiano all'erogazione di prestazioni in Area a pagamento, con conseguente distrazione del personale dipendente dal servizio istituzionale.

(... ) Anomalo appare altresì l'accesso negli orari istituzionali di utenti provenienti dall'Area a pagamento in libera professione d'équipe che richiedono ai Servizi di diabetologia e cardiologia le certificazioni di idoneità alla guida per pazienti cardiologici e diabetici.

In questo caso l'utente, pur pagando la visita con il solo ticket, paga all'Ospedale

anche la relativa certificazione di idoneità, occupando i relativi Servizi di competenza in orario istituzionale e così distraendo dalle ordinarie occupazioni il personale presente.

A ciò si aggiunga che, fino a tutto il 2018, l'Ospedale San Paolo ha favorito pro domo sua l'opzione dell'utenza di beneficiare del medesimo servizio erogato in orario istituzionale ed ancora adesso è prassi segnalare all'utente la possibilità di chiedere esami in regime di libera professione fuori dall'orario e dal contesto organizzativo ambulatoriale, recandosi direttamente in reparto, con l'effetto di distrarre il personale, soprattutto medico, dall'attività ordinaria.

In questo contesto di progressiva invasione dell'area istituzionale da parte dell'Area a pagamento, il personale sanitario coinvolto (medici, infermieri, ausiliari, ecc.), proprio perché costretto a prestare in modo promiscuo la propria attività anche in favore di utenza proveniente dall'Area a pagamento, ha lamentato in questi anni di non avere mai percepito un'integrazione salariale, se non nei progetti cosiddetti predefiniti, come ad esempio in radiologia (esami di mammografia), pur in presenza di un incameramento da parte della struttura sanitaria di un quid pluris rispetto al mero pagamento del ticket per prestazioni ordinarie.

(...)

A dimostrazione di un'organizzazione contraddittoria e talvolta poco trasparente dell'Area a pagamento, va segnalato che i proventi relativi sono stati distribuiti in questi anni all'interno della ASST Santi Paolo e Carlo in modo quantomeno opaco, andando a finanziare tra l'altro i contratti libero professionali del personale medico nelle strutture carcerarie afferenti all'Ospedale San Paolo e financo il contratto libero professionale del Parroco dell'Ospedale San Paolo, quando è di tutta evidenza che tali figure non partecipano attivamente ad alcuna attività di contenimento/riduzione delle Liste di attesa."

Estratti dall'esposto presentato alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario di Milano il 25.05.2020 e sottoscritto da: Unione Sindacale Italiana Sanità (USIS) "Comitato difesa sanità pubblica Milano Città Metropolitana Sud-Ovest;

"Confconsumatori - Confederazione Generale dei Consumatori" e Medicina Democratica.

Un altro tema sul quale questo Comitato autorganizzato si batte (come molti altri nei rispetti territori) è la chiusura/accorpamento di presidi Ospedalieri e conseguente nascita di nuovi ospedali. Riportiamo il testo di un recente volantino distribuito in una delle ultime iniziative pubbliche.

*Il Comitato ha lavorato, nei due anni scorsi, contro il progetto, della Regione Lombardia*



da "Zodiaco medico,  
Cristo al centro,  
all'esterno le quattro  
stagioni.  
ms. Lat. 7028,  
f. 154v, XI sec.  
Parigi  
Bibliothèque  
Nationale  
de France

di chiusura degli ospedali S. Paolo – S. Carlo e la costruzione di uno nuovo con un numero inferiore di posti letto.

La pandemia ha di fatto costretto la Giunta Regionale della Lombardia ad accantonare questo progetto, ma non la politica sanitaria che ha caratterizzato le giunte di centrodestra degli ultimi 20 anni.

La pandemia ha evidenziato tutte le contraddizioni delle politiche di sussidiarietà/privatizzazione nel paese con la sua situazione di punta nel ormai ventennale governo di centro destra della Lombardia.

La costruzione del "Coordinamento nazionale per la salute" con il manifesto/appello, ha dato nuova prospettiva alla battaglia per la difesa e lo sviluppo della sanità pubblica unificando e rafforzando il lavoro di tanti comitati territoriali come il nostro.

La giornata del 7 novembre, che ha visto una presenza significativa sotto la Regione oltre al convegno regionale via web, ha messo in evidenza la necessità di un maggior coordinamento delle attività dei vari

comitati per la difesa e lo sviluppo della sanità pubblica.

*Situazione San Paolo e San Carlo:*

- Condizioni di lavoro e cura sempre precarie e non migliorate con la seconda ondata covid.

- La direzione generale del dr. Stocco, invece di adeguare i ritardi e l'impreparazione dei mesi scorsi ha utilizzato le risorse a disposizione per creare posizioni organizzative ed attraverso accordi aziendali ha ottenuto condizioni di lavoro peggiorative (turni di 12 h), esautorando di fatti le RSU.

- Una recente lettera di denuncia, delle precarie condizioni di lavoro e di cura, di 50 medici (medicina emergenza) al San Paolo e San Carlo li mette a rischio di allontanamento come è già successo alla responsabile del Pronto Soccorso (S. Carlo).

- Al Pio Albergo Trivulzio (PAT) 120 operatori sanitari sono stati sottoposti a provvedimento disciplinare per aver denunciato, durante la prima fase di pandemia, le precarissime condizioni di lavoro a cui sono stati obbligati nelle RSA/residenze per anziani, dove l'alto numero di decessi tra gli ospiti ha evidenziato incapacità e mancanza di volontà nel gestire e proteggere dall'infezione, ospiti e personale, da parte di Regione e dei dirigenti incaricati.

Di fronte ad una situazione di aperto scontro/repressione con tutto il personale medico sanitario è stato proclamato lo stato di agitazione che ha indetto lo sciopero del 14 dicembre al S. Paolo e Carlo.

A sostegno ed in preparazione dello sciopero ed in solidarietà con i lavoratori, che hanno denunciato le precarissime condizioni di lavoro e di cura, abbiamo costruito momenti d'informazione davanti ai due Ospedali con l'importante contributo del collettivo ZAM, GTA e Brigate di Solidarietà.

La situazione, pensiamo, sia generalizzata, dove Regione Lombardia e Dirigenti delle strutture sanitarie hanno mostrato l'adeguatezza nel gestire l'emergenza e tutte le loro politiche sanitarie hanno favorito la sanità privata.

Crediamo sia importante e proporremo che il Coordinamento regionale per il diritto alla Salute sostenga e dia l'adesione allo sciopero del 14 dicembre convocando anche un

presidio, pomeridiano, sotto il palazzo della Regione Lombardia, come già avvenuto nei mesi precedenti nel rispetto delle norme anti covid.

A "rinforzo" delle vertenze e dei problemi sollevati dal Comitato hanno fatto eco i medici dell'Ospedale San Paolo/San Carlo nello stesso periodo con questa lettera aperta alla dirigenza della struttura.

*Egregi Direttori,*

come Professionisti impegnati nella gestione dell'emergenza Covid (emergenza prevista, attesa e che, ciononostante, vede la nostra struttura largamente impreparata), Vi scriviamo per esprimere la nostra grande preoccupazione per la situazione che si è creata in ospedale e il nostro fermo dissenso verso una politica che ci impedisce di esercitare la nostra professione in scienza e coscienza, soprattutto a causa della carenza di mezzi tecnici e umani indispensabili nel frangente in cui ci troviamo ad operare.

Ci riferiamo innanzitutto alla drammatica, e purtroppo ben nota, carenza di posti letto, non solo in terapia intensiva, ma anche nei reparti di degenza ordinaria e nei reparti con possibilità di monitoraggio, dove ricoverare pazienti candidati a trattamenti subintensivi, indispensabili per la cura di gran parte dei pazienti Covid. Prevedendo opportune implementazioni tecniche e la presenza di un adeguato numero di Professionisti, formati secondo standard internazionalmente validi e riconosciuti, molti pazienti affetti da polmonite da covid, in particolare quelli non candidabili a terapia intensiva, potrebbero essere adeguatamente trattati anche in aree di degenza medica, come avviene in molti altri ospedali.

Ci riferiamo, ancor di più, alla gravissima e ampia insufficienza numerica, nota ben prima della pandemia, di personale medico, infermieristico e ausiliario, specialmente di area critica, neppure lontanamente colmata da personale assunto ad hoc, introdotto in reparti altamente specializzati con una formazione sempre più spesso frettolosa e sommaria.

Purtroppo, in assenza di queste risorse critiche, ci vediamo costretti a operare scelte relative alla possibilità di accesso alle cure,

che non sono né clinicamente né eticamente tollerabili. Contro la nostra volontà e, soprattutto, contro la nostra coscienza umana e professionale, ci vediamo forzati a dilazionare l'accesso a terapie e tecniche potenzialmente curative (intubazione orotracheale e ventilazione non invasiva) e non poter trattare tempestivamente, con adeguata assistenza e in ambiente appropriato tutti i pazienti che ne potrebbero beneficiare.

Di queste "scelte", anche se dettate da decisioni politiche apicali miopi, noi avvertiamo il peso; di queste responsabilità morali, di nuovo, noi avvertiamo il peso. Scelte di chi avrebbe potuto decidere, e non ha deciso per tempo, anzi, con dovuto anticipo, di riorganizzare, di richiamare più personale formato, di aprire più posti letto monitorati per pazienti affetti da covid.

Con grande fatica cerchiamo, tuttavia, di offrire i migliori trattamenti a tutti i nostri pazienti, qualunque sia la loro gravità, gestendo per molti giorni in Pronto Soccorso il maggior numero possibile di pazienti, finché non riusciamo a offrire loro un posto letto. E anche quando non siamo in grado di guarire, cerchiamo energie e risorse per garantire sollievo e dignità nelle fasi finali della malattia, tanto nei reparti quanto sulle barelle del PS.

Ci sentiamo abbandonati nella cura dei nostri malati e non percepiamo né una radi-

cale presa di posizione a loro favore, né alcuna tutela nei nostri confronti da parte dei vertici aziendali.

Chiediamo più attenzione alle necessità di ricovero urgente dei pazienti critici e una maggiore tutela qualora ci vedessimo costretti ad operare scelte dettate da condizioni che trascendono la cura dei malati stessi.

Chiediamo, inoltre, un'urgente e sostanziale implementazione dell'organico di Pronto Soccorso e dei reparti di Area Critica, che da troppo tempo lavorano in condizioni di costante sovraccarico, ulteriormente aggravato dall'attuale emergenza.

Chiediamo, infine, più attenzione alle esigenze di cura e di ricovero per tutti i pazienti che accompagniamo nelle fasi ultime di malattia e che hanno diritto di ricevere una ancor più doverosa e dignitosa assistenza nel fine vita.

Per parte nostra non siamo disponibili a fare da sponda a carenze tecniche e di organico che sono note da tempo e che abbiamo denunciato. Ogni scelta dettata non da necessità cliniche, ma da carenze di sistema (mancanza di posti letto, mancanza di presidi, carenza di assistenza ai pazienti per mancanza di personale), e che pertanto si contrappone alla nostra volontà di operare sempre secondo scienza e coscienza, non verrà in alcun modo avallata.



La fasciatura della testa da: "Sulle slogature" di Sorano di Efeso ms. Laur.74 X sec. Miniatura. Firenze. Biblioteca Medicea Laurenziana

# Dalla MEV del coniglio alla SARS-COV2 dell'uomo. Un vaccino ci salverà?

di Roberto MONFREDINI\*

Nel 1984 in Cina il Prof. Xu F.N. identificava una patologia ad eziologia sconosciuta che portava a morte in brevissimo tempo la maggior parte dei conigli negli allevamenti, anche di tipo rurale. Allora si ipotizzò che l'eziologia potesse essere virale ma non si ebbero prove per tale ipotesi fino al 1988 quando fu dimostrato, in Italia, la crescita virale su cellule umane e portato il lavoro al Congresso mondiale di coniglicoltura di Budapest nel 1988.

Successivamente la patologia si estese anche alla Corea.

Nel 1988 la malattia (Malattia emorragica virale MEV) si presentò in Europa ed in Italia con una morbilità (percentuale degli animali colpiti) e mortalità (percentuale animali deceduti) che si sovrapponevano, pari anche al 90 % dell'intero allevamento in pochi giorni.

Si presenta con una sintomatologia iperacuta con insufficienza respiratoria con esito (nell'arco di 12-24 ore) dovuto a edema polmonare con gli animali deceduti che presentavano schiuma emorragica dal naso a causa dell'edema polmonare imponente.

Nel corso del 1988 dimostrammo (1) che la causa della malattia era virale, con effetto citopatico su piastra e agglutinazione dei globuli rossi. Nel 1989 da altri autori, fu identificato il virus, facente parte della famiglia dei Calicivirus.

Nel 1988 fu ipotizzato che il decesso degli animali avvenisse a seguito di CID (coagulopatia intravasale disseminata) e furono testati sul campo dei farmaci antiemorragici di cui uno solo ritardava i decessi, l'acido tranexamico, da cui la spiegazione dei decessi per CID.

Si comprese allora che non si era di fronte ad una emorragia ma ad una alterazione della

cascata coagulativa: il sangue si aggrega (microtrombi) esaurendo il potere coagulante e separandosi dal siero, da qui l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria.

Nel primo periodo di emersione della pandemia da Covid19 sono apparsi numerosi articoli nei quali si associava quest'ultima patologia alla sintomatologia CID o DIC (coagulopatia intravasale disseminata) in riferimento soprattutto alle lesioni polmonari iperacute della malattia (raccolta di liquidi nei polmoni in tempi rapidissimi) che difficilmente si associano ad una polmonite che ha un decorso con tempi più lenti.

In caso di CID vengono liberati nel plasma, secondo diversi autori, attività proteasiche enormi in grado di provocare attivazione e consumo di diversi fattori della coagulazione. Tra le infezioni che possono determinare la CID vi sono i batteri gram negativi, rickettsie, i virus, la malaria.

Il meccanismo aggressivo dei due virus risulta essere molto sovrapponibile: una probabile CID diffusa, soprattutto a carico del polmone da cui l'esito fatale.

In entrambi i casi, tra l'altro, non venivano colpiti i "giovani", nei conigli sotto i 30 giorni non vi erano decessi, il motivo presunto, nel 1988, era l'assenza di un sistema immunitario completo e quindi non in grado di instaurare reazione con il meccanismo coagulativo anomalo. Sulla "cascata coagulativa" si innesta la CID come conseguenza dell'attacco virale (corona o calici).

Nonostante alcune affinità (RNA, CID) non esiste alcuna relazione tra il virus (del gruppo calicivirus) responsabile della MEV nel coniglio e il Sars-Cov2 (del gruppo coronavirus) né nessuna possibilità di contagio tra coniglio e uomo, qui si vuole evidenziare e portare a conoscenza la similitudine degli

\*Veterinario,  
Medicina  
Democratica  
Modena.

effetti legati all'invasione virale in due specie differenti, nonostante due famiglie differenti di virus ma con patogenesi sovrapponibile.

### LE PANDEMIE DEVONO ESSERE FERME SUL TERRITORIO, NON NEGLI OSPEDALI

Tra le patologie virali e batteriche dell'uomo che vedono nelle profilassi vaccinale lo strumento atto a debellarle ricordiamo le seguenti.

- La varicella è una malattia esantematica altamente contagiosa ed epidemica causata da un'infezione primaria con il Virus varicella-zoster (VZV o Herpesvirus umano 3), un virus a DNA appartenente alla famiglia Herpesviridae, sottofamiglia Alphaherpesvirinae, genere Varicellovirus.

- Il morbillo è causato dal Paramyxovirus, un virus a RNA a singolo filamento negativo, del genere Morbillivirus della famiglia Paramyxoviridae.

- Il virus della Rosolia è classificato come *togavirus*, il genere *Rubivirus*. È più strettamente legato agli *arbovirus* del gruppo A, quali i virus dell'encefalite equestre orientale e occidentale. È un virus RNA avvolto, con un singolo tipo antigenico che non attraversa la reazione con altri membri del gruppo togavirus.

- La parotite è causata da un virus (paramyxovirus) di forma sferica che si trova, nel soggetto malato, nella sua saliva, nelle urine, nel latte materno e nel sangue. La porta d'ingresso del virus è la mucosa respiratoria, dove si moltiplica per poi invadere i linfonodi cervicali (del collo) e le ghiandole salivari.

- La poliomielite, detta anche "*paralisi infantile*" o "*malattia di Heine-Medin*", deriva il suo nome dalle parole greche *poliòs* (grigio) e *myelòs* (midollo) perché la malattia provocata dai Poliovirus, appartenenti alla famiglia degli Enterovirus, nella sua forma più grave, ma anche meno frequente, la poliomielite paralitica, colpisce i motoneuroni, situati nel midollo spinale con degenerazione neuronale e quindi paralisi, atrofia muscolare e in ultimo deformazioni ossee.

- La pertosse è causata dal batterio gram-

negativo e cocco-bacillo *Bordetella pertussis*. Si tratta di una malattia che si diffonde facilmente per via aerea attraverso tosse e starnuti di una persona infetta. Le persone risultano infette dall'inizio dei sintomi fino a circa tre settimane dalla fine delle crisi di tosse.

- L'Epatite infettiva è causata dalla proliferazione del virus HVA, questo tipo di epatite si trasmette comunemente attraverso il consumo di cibo o di acqua che siano state in qualche modo contaminate dalle feci di una persona già infetta. Il periodo di incubazione va dalle due settimane ai 50 giorni.

- Il Vaiolo è causato dal virus *Variola major*, microrganismo appartenente alla famiglia dei *Poxviridae*, agenti virali accomunati dalle grosse dimensioni e dalla capacità di determinare eruzioni cutanee vescicolari.

Il Sars-Cov2 è caratterizzato da escrescenze a forma di chiodini (*spike*) che costellano la superficie esterna del virus e che gli conferiscono l'aspetto di una corona che circonda il virione, una forma di "*palla chiodata*" oramai nota a tutti. È la struttura molecolare una delle armi che il virus usa per entrare nelle cellule. (V. Figura 1)

La mappa riproduce nei dettagli la struttura di una delle proteine che si trovano sulla superficie del virus, chiamate 'spike' (punta o spina) e che funzionano come minuscoli grimaldelli che permettono al coronavirus di scardinare le porte d'ingresso delle cellule del sistema respiratorio umano per penetrare al loro interno e moltiplicarsi.

Rispetto al caso dei conigli quello della SARS COV 2 o COVID 19 siamo di fronte ad una patologia infettiva che non è ubiquitaria dell'uomo, ma – presuntivamente - del pipistrello, e che non si manifesta in questa specie con sintomatologia e danno tissutale.

Nonostante a Febbraio 2020 alcuni lavori cinesi parlassero di decessi in numerosi casi per COAGULOPATIA INTRAVASALE DISSEMINATA (CID) nel nostro paese si è ritenuto di affrontare una POLMONITE INTERSTIZIALE.

In un lavoro in corso di pubblicazione sul

*Journal of Thrombosis and Haemostasis*, sono state riportate alterazioni coagulative severe, compatibili con un quadro di coagulazione intravascolare disseminata (CID) nei pazienti con polmonite da COVID-19, con esito clinico più sfavorevole (Tang N. et al. 2020. doi: 10.1111/jth.14768). In una casistica di 183 pazienti consecutivi, ricoverati nell'ospedale Tongji di Wuhan (SISSET). Solo a seguito di autopsie "non consigliate" dall'Istituto Superiore di Sanità in alcuni ospedali (Pavia) si è compreso che si trattava di CID a due mesi dall'inizio pandemia sul territorio italiano, e quindi occorreva considerare una patologia ben diversa da quella della prima ora.

Da ricordare che in corso di CID non ci si trova di fronte ad una emorragia con un sangue che conserva inalterato il potere aggregante coagulativo, ma siamo dinnanzi ad un sangue che si aggrega (microtrombi e macrotrombi) esaurendo il potere coagulante, da cui l'edema polmonare e l'insufficienza respiratoria.

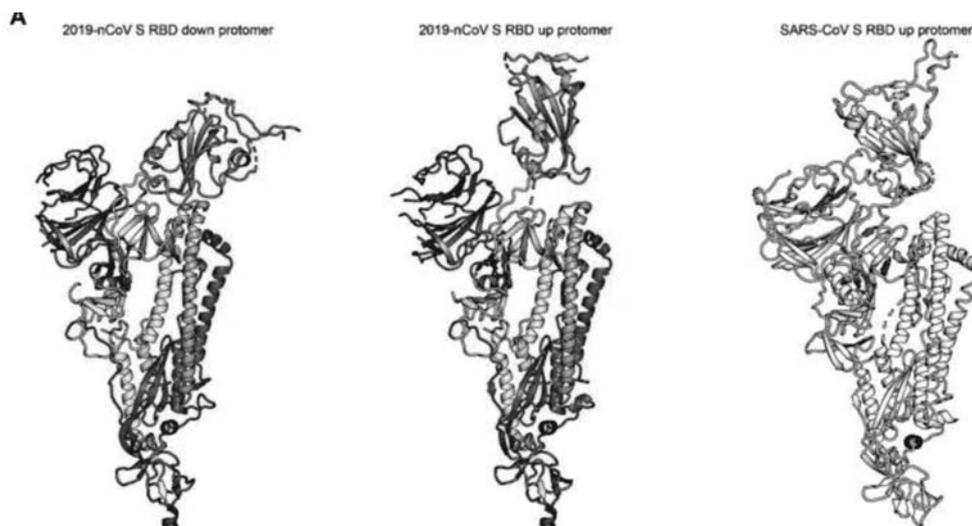
La CID altro non è che un consumo ANOMALO di numerosi fattori plasmatici dell'emostasi (fibrinogeno, protrombina, fattori V e VIII della cascata coagulativa).

In caso di CID vengono liberate secondo diversi autori nel plasma attività proteolitiche enormi in grado di provocare attivazione e consumo di diversi fattori della coagu-

lazione (azione, come già detto, simile anche nella Malattia emorragica virale del coniglio "MEV" sostenuta da Calicivirus). Sulla cascata coagulativa si innesta la CID come conseguenza dell'attacco VIRALE (corona o calicivirus).

*"L'evento decisivo nello sviluppo di buona parte delle lesioni macroscopiche, evidenziabili in corso di MEV/RHD, è dovuto alla presenza di coagulazione intravasale disseminata (CID). Questa deriverebbe tanto da un danno vascolare virus-indotto, con attivazione del sistema intrinseco della coagulazione, quanto dal danno epatico, cui consegue la liberazione di tromboplastina tissutale e un'insufficiente clearance dei fattori coagulanti, con attivazione del sistema estrinseco della coagulazione. La presenza di microtrombi nel sistema microvascolare, la riduzione del numero di piastrine e l'aumento dei tempi di trombina e protrombina, comporterebbero, in ultima analisi, un esaurimento dei fattori della coagulazione nel contesto di una coagulopatia da consumo, quindi di tipo primario, a sua volta causa della scarsa coagulazione del sangue che domina il quadro patologico. Una coagulopatia secondaria, che verrebbe ad aggravare il quadro di deficit emocoagulativo, deriverebbe dalla ridotta sintesi di fattori della coagulazione da parte degli epatociti danneggiati. E' stato altresì ipotizzato che*

**Figura 1. Mappa delle proteine costituenti il virus Sars-Cov 2**



Da Science, Ricerca dell'Istituto americano per la ricerca sulle malattie infettive (Niaid), parte dei National Institutes of Health (Nih)

la comparsa della CID sia da porre in relazione alla liberazione, da parte di tessuti linfoidi necrotizzati, di mediatori chimici, in particolare il TNF (tumor necrosis factor), causa del danno vasale, ed il CSF (colony stimulating factor) responsabile dell'iperplasia granulocitaria del midollo osseo. Tutto questo potrebbe anche in parte spiegare la refrattarietà alla malattia dei soggetti giovani, presupponendo un'immaturità del sistema immunitario che non consentirebbe l'instaurarsi della sequela di eventi patologici descritti. E' stata inoltre ipotizzata e in parte dimostrata una diversa suscettibilità individuale e, forse, anche legata ai diversi stipiti genetici, da porre in relazione alla espressione del complesso maggiore di istocompatibilità."

In pratica il virus SARS COV 2 determina nell'organismo umano uno stato di allarme diffuso per una emorragia non presente (proteasi, citochine, cascata coagulativa), il sistema di allerta determina una coagulazione diffusa con formazione di macro e micro trombi che in albero respiratorio diventano responsabili della difficoltà a scambiare ossigeno a livello alveolare con formazione di edema polmonare dovuto alla iperventilazione e occlusione del microcircolo alveolare.

.....La malattia emorragica virale del coniglio (MEV/RHD) è una patologia altamente contagiosa e letale dei conigli domestici e selvatici. Segnalata e descritta per la prima volta nel 1984 nella Repubblica Popolare Cinese, solo successivamente si è affacciata la variante, il ceppo RHDV2 segnalato per la prima volta in Francia nel 2010, quindi 28 anni dopo la prima comparsa della MEV e 21 anni dopo l'inizio della vaccinazione a tappeto di tutti gli allevamenti intensivi.

Ricordiamo che siamo in presenza anche nel caso della MEV/RHD di un virus RNA, che si manifesta con Coagulopatia Intravasale Disseminata, CID, Come la maggior parte dei virus a RNA, anche RHDV è provvisto di una consistente variabilità genetica, che a sua volta può comportare una variabilità antigenica, favorita dall'ampia e rapida diffusione dell'infezione virale a livello mondiale. Altra differenza se confrontate con quanto fino ad oggi osservato in corso di RHD, quali capacità di

indurre malattia in soggetti all'ingrasso e in conigli lattanti di 15-20gg, quindi la RHDV2/MEV è una variante che si manifesta a differenza della MEV/RHDV anche sui lattanti.

MEV/RHD è caratterizzata da elevati indici di morbilità (90-100%) e mortalità (40-90%). L'infezione si verifica tanto nei conigli domestici che selvatici di tutte le età, anche se la malattia causata da ceppi RHDV1 si osserva solo nei riproduttori e nei giovani di età superiore a 40-50 giorni. Le ragioni della resistenza dei giovani animali alla malattia non è chiara ed è probabilmente correlata alla patogenesi dell'infezione. Il nuovo ceppo RHDV2 è come detto in grado di ammalare anche soggetti di età inferiore ai 30gg, appena svezzati o ancora lattanti a partire dai 15-20gg di età. La morbilità paragonabile a quella della forma classica (90-100%) mentre la virulenza è inferiore rispetto a RHDV1/RHDV1a; la mortalità è sia più bassa (circa 20-30%) ancorché variabile con estremi da pochi punti percentuali fino al 60-70%..... (2)

Così Ernesto Burgio (3)

"Nelle infezioni virali più serie e gravi, è il contributo della risposta immunitaria dell'ospite a svolgere il ruolo più importante. Paradossalmente, è un'eccessiva reazione immunologica o un'aberrazione sregolata dell'immunità naturale con iperproduzione di citochine pro-infiammatorie, che provoca il danno d'organo nelle più gravi infezioni virali, un fenomeno noto come tempesta di citochine.

Un recente rapporto di Lancet ha sostenuto questa proposta di meccanismi patogeni e che il trattamento dell'iperinfiammazione mediante terapie con citochine antinfiammatorie approvate esistenti e di comprovata sicurezza può essere fondamentale per affrontare la necessità immediata di ridurre la crescente mortalità dell'infezione da COVID-19. Inoltre, l'applicazione dell'eparina è stata raccomandata per evitare il rischio di coagulazione intravascolare disseminata e tromboembolia venosa. .... Solo per quanto riguarda l'inquinamento dobbiamo ricordare che almeno in questa fase iniziale dell'epidemia in Italia le aree caratterizzate dai più alti tassi di mortalità sono tra le più inquinate del Paese. È noto da

*tempo che il particolato atmosferico è un vettore efficace per il trasporto di virus e per la diffusione di infezioni virali. Durante le epidemie di influenza aviaria è stato persino dimostrato che i particolati avevano trasportato il temibile H5N1 per lunghe distanze.*

*A causa dell'inquinamento, gli adulti e in particolare gli anziani che soffrono di malattie croniche sono affetti da infiammazione persistente di basso grado e disfunzione endoteliale sistemica, che sembra essere il più potente fattore predisponente e scatenante per la tempesta di citochine e la disfunzione trombotica. Ecco perché è concepibile che un'esposizione prolungata a particolato ultrafine, metalli pesanti e altri inquinanti atmosferici abbia svolto un ruolo pro-infiammatorio nei soggetti che vivono nella Pianura padana.”*

#### **LO SPILLOVER**

L'universo del passaggio intraspecie di malattie ed in particolare di virus capaci di “salto” di specie (spillover) è infatti complesso, in particolare le conoscenze scientifiche non sono in grado ancora oggi di definire con certezza l'animale “serbatoio” (ovvero ove il virus è presente senza effetti sulla specie) che, per percorsi ambientali, arriva in contatto con la società antropica e riesce, in talune condizioni, a mutare a sufficienza per trovare un nuovo percorso (nell'umanità). Noti in tal senso sono i casi dell'Ebola ma anche dell'HIV responsabile dell'AIDS.

Diventa però difficile parlare di “salto di specie” nel caso del Sars Cov 2 in quanto non è stato identificato l'animale che ha trasmesso quel 4% mancante di catena polipeptidica virale (pangolino? nell'ormai famoso mercato di Wuhan), e d'altro canto la teoria di Montagnier sul “copia incolla” di sequenze proteiche in laboratorio del virus HIV presenta delle suggestioni che non vanno scartate a priori viste le capacità laboratoristiche ormai dimostrate nel taglia/cuci di qualsiasi virus senza lasciare cicatrici e firme.

*“.....2013 Un nuovo approccio al vaccino per l'AIDS Un'iniziativa dell'UE ha progettato un nuovo vaccino anti HIV utilizzando vettori coronavirus per esprimere gli antige-*

*ni HIV. Le scoperte sono molto promettenti per la prossima generazione di vaccini efficaci per combattere la pandemia dell'AIDS”.* (dal sito web dell'Unione Europea) Il mondo della ricerca scientifica in materia vaccinale ha incrociato, certamente si spera con le dovute precauzioni, il materiale virale dei Coronavirus e quello dell'HIV.....

L'ipotesi generale di una “zoonosi” è ancora da provare in modo certo, in quanto l'uomo in questo processo non appare come l'ospite definitivo di una patologia degli animali (che non determina danni al pipistrello) come nel caso della rabbia, volpe/cane/uomo; brucellosi, bovini/uomo, ... né vi sono insetti vettori che la trasmettono ad oggi conosciuti (in modo analogo a Lyme / zecca / uomo; Leishmania / pappatacio / uomo, Leptosirosi, topo/ cane/uomo, etc). Tutte le infezioni virali o batteriche al mondo fino ad oggi hanno avuto dei cardini precisi, in primis LA BARRIERA DI SPECIE: se bacciamo un gatto, un oca, un bovino, un cavallo, una pecora etc. soggetti ad infezione da retrovirus, non ci ammaliamo di AIDS in quanto esiste la barriera di specie che rende specie/specifica l'infezione per la specie ospite anche se la famiglia virale di appartenenza è la stessa (in questo caso RETROVIRIDAE). In casi eccezionali potrebbe verificarsi la trasmissione uomo-animale per stretto contatto in caso di viremia tra i due ma non certamente in forma pandemica. Caso a parte il PRIONE della BSE trasmesso con macinazione di carcasse di capre decedute per HIV (scrapie) e ridotte a farine alimentari per bovine da latte, da cui la trasmissione all'uomo con gli alimenti carnei contenenti residui virali HIV modificati in PRIONI (frazioni polipeptidiche virali) ma solo con animali di lunga vita (appunto bovine da latte essendo “lentivirus”). (4)

Secondariamente le infezioni sono specie specifiche, cioè invadono un organismo causando danni variabili per le caratteristiche intrinseche di replicazione e della sede in cui albergano, ma il Covid19 sarebbe il primo caso di patologia infettiva del pipistrello (asintomatica in questo ospite) per la quale si vaccina l'uomo (gravemente sintomatica in questa specie).

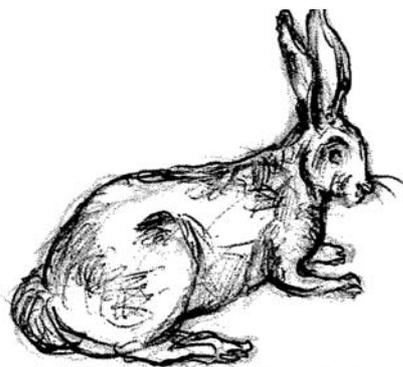
A mio avviso, in base alla mia esperienza di veterinario, questa patologia infettiva non appare agevolmente catalogabile come ZOONOSI ovvero tra le malattie trasmissibili all'uomo dagli animali (leptospirosi, Lyme, erlichiosi, ricchetsiosi, rabbia, Lyssavirus, Brucellosi, Leishmaniosi, Psittacosi, Tubercolosi etcc ) in quanto il corona in esame è virus ubiquitario del pipistrello e trasmesso all'uomo da fattori ad oggi sconosciuti a livello epidemiologico, ma conosciuti con il meccanismo d'azione della proteina Spike per il suo ingresso nella cellula. ( proteina S +Ace2) Sarà possibile catalogarlo come zoonosi solo quando sarà dimostrato il ciclo biologico di trasmissione completo.

Il salto di specie (artificiale o naturale) nel caso del CORONA ha permesso ad un virus CORONA ubiquitario del pipistrello di trovare la "password" per entrare nella cellula umana (proteina SPIKE) modificando solo un 4% del suo genoma che resta al 96% una sequenza CORONA, ovvero virus del pipistrello.

La password che gli ha permesso di entrare dentro la cellula umana è racchiusa dentro quella proteina che prende il nome di PROTEINA SPIKE ( S), e che secondo la teoria Montagnier (5), messa in discussione da gran parte del mondo scientifico, è sequenziata, in parte, con catene riferibili ad HIV, quindi "sintetiche", in pratica da un copia incolla : *"Tra queste impronte digitali, 12 di esse sarebbero concentrate in una regione molto piccola del genoma COVID-19 di lunghezza inferiore a 900 basi, vale a dire meno del 3% della lunghezza totale di questo genoma. Inoltre, queste impronte sono posizionate in 2 geni funzionali di COVID-19: i geni spike orf1ab e S. ....Per riassumere, ecco i due principali fatti che contribuiscono alla nostra ipotesi di un genoma parzialmente sintetico: una regione contigua che rappresenta il 2,49% dell'intero genoma COVID-19 è del 40,99% costituita da 12 diversi frammenti di elementi informativi esogene (EIE) originari da vari ceppi di retrovirus HIV SIV. »*

La ricerca vaccinale su una famiglia di virus (coronaviridae) considerate da oltre 50 anni una delle famiglie altamente instabili, mutevoli, termolabili, rende perlomeno azzarda-

to puntare in modo così convinto (e tendenzialmente esclusivo) su una "politica" vaccinale (7.000 genotipi diversi da febbraio ad oggi) trova una conferma nella assenza di vaccini per patologie da Coronavirae nel mondo animale (TGE maiale , FIP gatto, RSCV coniglio, BCV bovino, HEV suino, IBV pollo, TCV tacchino, etcc) ad esclusione del corona del pulcino ad 1 gg di vita, per la bronchite infettiva o il corona del cane associato a volte al Parvo del cane. La motivazione di tale assenza è riferita alla impossibilità di garantire immunità e immunità duratura, per un virus RNA termolabile e



Grande argentato tedesco

instabile. Stiamo parlando di specie che per motivi economici/alimentari o affettivi sono "privilegiate" nella considerazione umana e quindi sicuramente oggetto di ogni sforzo possibile di "tutela" (al netto degli effetti correlati come l'uso massivo di antibiotici negli allevamenti intensivi). Nel nostro caso ad oggi la durata della immunità vaccinale viene ad essere garantita con due richiami per 8 mesi ( Pfizer-Moderna) quindi diventa sovrapponibile la vaccinazione influenzale a quella del Covid.

*... Non esiste alcuna evidenza che gli animali domestici giochino un ruolo epidemiologico nella diffusione di SARS-CoV-2 che riconosce il contagio interumano come via principale di trasmissione. Tuttavia, poiché la sorveglianza veterinaria e gli studi sperimentali suggeriscono che alcune specie animali (mustelidi: lontre, tassi, donnole, martore, faina, puzzole e felini) sono suscettibili a SARS-CoV-2, è importante proteggere gli animali da pazienti affetti da Covid-19 (operatori, proprietari, veterinari, ecc.) limitandone l'esposizione.*

....Dati ottenuti da esperimenti di laboratorio e sul campo indicano inoltre che altre specie animali (gatti, tigri, leoni, e, in misura molto minore, cani) sono suscettibili all'infezione da SARS-CoV-2.

Anche in questo caso i dati epidemiologici dimostrano che gli animali sono stati contagiati da esseri umani infettati da SARS-CoV-2 o sospettati di aver contratto il Covid-19. Al momento non vi sono quindi prove che suggeriscano che gli animali infettati dall'uomo (come i gatti in numerosi paesi, i visoni o le tigri nei giardini zoologici degli Stati Uniti) stiano diffondendo la pandemia di Covid-19. ... (6).

E' probabilmente possibile affermare che tra i due virus RNA, Calicivirus della MEV e Coronavirus del Covid, esiste una capacità maggiore in quest'ultimo di aggredire specie diverse allargando la platea di animali colpiti.

Tornando al tema dei vaccini umani anticovid, le criticità accennate sono riprese nella posizione espressa dalla Rete Sostenibilità e Salute e sottoscritti anche da Medicina Democratica :

*“LEMA ha ridotto di 10 volte i tempi generali di istruttoria per esprimere un parere (delibera Ema/213341/2020), a partire dalla richiesta delle case farmaceutiche di formale autorizzazione, e ha dato una ‘autorizzazione condizionata’ (regolamento CE 507/2006) per un anno, consentita – non solo per i vaccini – anche se i dati scientifici presentati sono incompleti, purché i produttori li forniscano in seguito e si impegnino a una ‘farmaco vigilanza’. L’EMA ha per altro criticato l’MHRA (Agenzia regolatoria del Regno Unito) per la velocizzazione eccessiva della procedura impiegata per autorizzare l’uso su larga scala del vaccino. Ad oggi, decine di candidati vaccini COVID-19 sono in fase di sviluppo clinico e molti di più in sviluppo preclinico, a ritmi senza precedenti, con alcuni che hanno iniziato gli studi di fase 3 entro 4 mesi dall’inizio dello sviluppo del vaccino.*

*Gli obiettivi di questi programmi vaccinali (ad esempio eradicazione, eliminazione, contenimento della patologia) non sono ad oggi ben definibili per le conoscenze ancora incomplete delle caratteristiche di questo virus.”* (<https://www.medicinademocratica.org/wp/?p=11046>)

*ca.org/wp/?p=11046*)

Tornando alla visione del problema dalla parte del “mondo animale” si ricorda che l'aggressività di questo corona virus non si ferma all'uomo ma intacca anche il sistema immunitario degli animali come brevemente descritto precedentemente, questi ultimi infettati dall'uomo e viceversa. I rari casi riscontrati nel cane e nel gatto viaggiano parallelamente ad altre infezioni che colpiscono il gatto con virus Corona (FIP, peritonite infettiva del gatto ad esito infausto, ma con bassissima morbilità, e CORONA virus del cane, virus gastroenterico con bassissima percentuale di morbilità). Resta ora da comprendere come sia stato possibile saltare a piedi pari uno dei cardini base della infettivologia : la barriera di specie ( ci eravamo già riusciti con la mucca pazza ma il tutto era legato all'intervento dell'uomo con la bollitura delle farine di carne e la loro somministrazione ad erbivori). Se tutti i virus presenti nel mondo in equilibrio con il sistema immunitario dei viventi, grandi o piccoli, si comportassero come questo virus che riesce ad entrare in ogni sistema cellulare, sarebbe la fine dell'umanità e non solo, ma per fortuna così non è. La barriera di specie che ci ha permesso di salvarci da moltissime malattie animali per il solo fatto di essere geneticamente strutturati con una memoria immunologica creata nel corso di millenni in base agli insulti ricevuti dall'ambiente, non può essere messa in un angolo “naturalmente”, occorre un fattore catalizzante del processo (certamente l'inquinamento è uno di questi ma non il principale). Lo stesso gatto che da decenni alberga il corona virus della FIP ha risposto immunologicamente e geneticamente a questa aggressività virale senza lasciare spazio al virus di diffondersi, ma relegandolo ai margini delle patologie infettive dei felini. Lo stesso maiale nel quale alberga il virus CORONA della TGE e oggetto di estrema intensivizzazione dell'allevamento, con miliardi di animali allevati in tutto il mondo, non è mai stato soggetto di zoonosi nei confronti dell'uomo con il suo coronavirus relegandolo a ruolo marginale delle patologie animali.

Il passaggio di un virus dal mondo animale

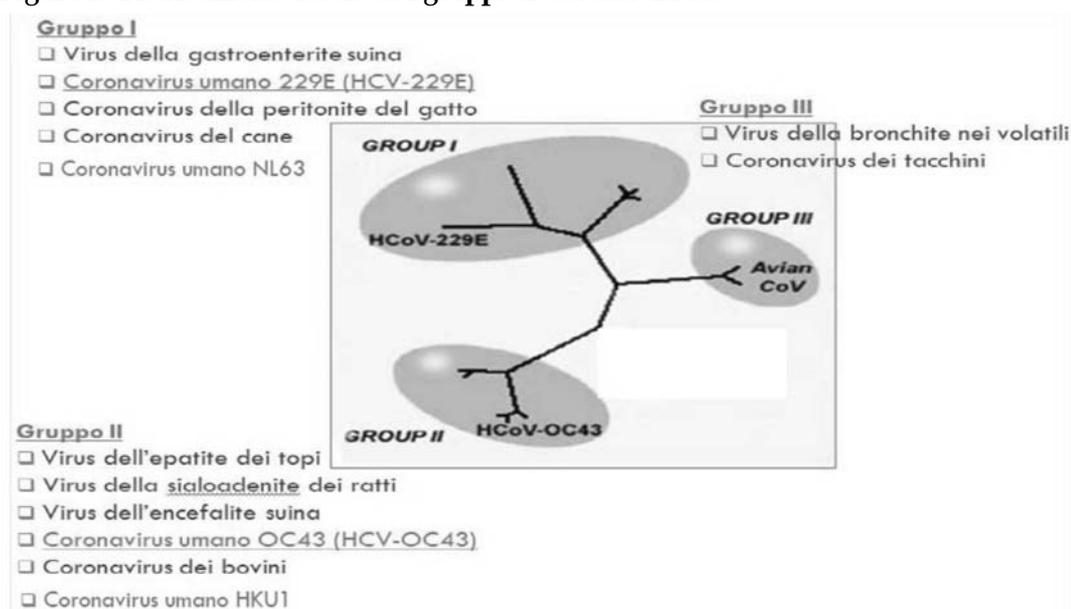
(pipistrello) senza che ad oggi si sia trovato l'anello di congiunzione per determinare la ZOONOSI, all'uomo, con una aggressività ed una replicazione spaventosa (pandemia) e nello stesso tempo la presenza di un virus che è in grado di replicarsi ed aggredire varie specie animali saltando da una specie all'altra e modificandosi, rende lo scenario fuori dalle leggi e norme fino ad oggi apprese sui banchi universitari e che regolano la vita sul pianeta.

Nel caso della MEV del coniglio, ricordata all'inizio di questo contributo, ci si accorse che il virus agglutinava i globuli rossi umani e cresceva su cellule umane in piastra e non di coniglio. Da qui il timore, poi rientrato, che potesse evolvere in zoonosi. La barriera di specie impedì a chi lavorava negli allevamenti e ai veterinari che maneggiavano i conigli (come il sottoscritto) di infettarsi. Nel caso del Sars Cov 2 invece vi sono notizie di allevatori di visoni danesi che abbiano contratto (e viceversa) l'infezione da Covid 19 per il solo fatto di essere a contatto con animali positivi, da cui l'abbattimento totale degli stessi animali in quel paese (17 milioni di capi), con il dubbio che la replicazione virale abbia prodotto un nuovo ceppo infettante sia per l'uomo che per gli animali con il rischio di vanificare gli studi e l'efficacia vaccinale. (V. Figura 2 )

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

- Non si è ancora compreso il meccanismo di trasmissione animale /uomo, al fine di definire specie animale serbatoio, animale vettore, ospite definitivo.
- Occorre definire e dimostrare che siamo nel campo delle zoonosi.
- Occorre accertare se la inoculazione vaccinale di sequenze di CORONA VIRUS in particolare della proteina SPIKE, di un virus ubiquitario del pipistrello, non possa creare a lungo termine una predisposizione all'ingresso di altri virus da questa specie nell'uomo, in pratica sensibilizzare le cellule umane al riconoscimento della proteina S presente nella corona del virus del pipistrello, visto che quest'ultimo è portatore di vari virus, alcuni già presenti come zoonosi, Rabbia, Lyssavirosi.
- Certamente non secondario appare l'aspetto della "possibile" presenza della sequenza "simile HIV" nella proteina S Spike, vista la leggerezza con la quale negli anni '80 abbiamo abbassato le temperature di ebollizione delle farine di carne ottenute anche con ovini morti di Retrovirosi (Scrapie), da cui la formazione di PRIONI nel cervello di bovine adulte alimentate con le stesse e di conseguenza la malattia di Creutzfeldt Jacob nell'uomo. La certezza della esclusione di qualsiasi presenza virale riferibile a retrovirus dovrebbe essere di primaria importanza per

Figura 2. Distribuzione dei diversi gruppi di Coronaviridae



Fonte : Prof.O.E. Vanier- Dr.ssa Martina Isabella "Corso di laurea in Mediciba Veterinaria", 2013-2014 Università degli Studi di Genova

non trovarci ad avere vaccini “*priogenici*”.

•La metodica vaccinale che l’OMS e la UE hanno deciso di realizzare sollevando dalle responsabilità gli attori atti alla preparazione del vaccino, è in contrasto con il principio di precauzione nel campo sanitario e non ha motivo di pretendere la obbligatorietà del suo utilizzo, soprattutto in questo caso. Viceversa determina la necessità di escludere le brevettazioni e i relativi “*benefit*” di vaccini anticovid e degli altri farmaci indispensabili “*salvavita*” per le aziende farmaceutiche che stanno utilizzando le ricerche pubbliche per la formulazione dei farmaci come pure hanno a disposizione una platea mondiale di “*clienti*”. Si rimanda alla campagna ICE europea contro la brevettazione : [www.noprofitonpandemic.eu/it](http://www.noprofitonpandemic.eu/it).

•Di estrema importanza il fattore ambientale e la correlazione con l’inquinamento e il consumo (sprechi inclusi) in campo energetico. La relazione tra virus e pessima qualità dell’aria è emersa, in particolare, da uno studio curato da ricercatori italiani e da medici della Società italiana di Medicina Ambientale (Sima): le polveri sottili avrebbero esercitato un cosiddetto ‘boost’, ovvero una accelerazione nel contagio dell’infezione. Studi più recenti non confermano tale correlazione ma fanno emergere comunque il ruolo della compromissione delle prestazioni respiratorie in chi vive in territori inquinati quale fattore di maggiore mortalità in caso di contagio.

•Il virus della SARS Cov 2 pare non essere più in grado di infettare le cellule di pipistrello, se questo fosse vero, non reggerebbe la qualifica che gli viene data di ZOONOSI,

avendo subito il virus una UMANIZZAZIONE, cioè un adattamento a vivere nell’uomo con le sequenze NEO ACQUISITE, quella proteina S-Spike che si lega al recettore ACE2, e oggetto, quella proteina S, del bersaglio immunologico al fine di sconfiggere il virus con un Vaccino.

•Se il comportamento del Coronavirus nel tempo ricalca quello che è avvenuto per il Calicivirus della MEV , potremmo aspettarci con le mutazioni virali una minore morbilità (n.persone colpite), ma maggiore aggressività, andando a interessare anche quella porzione di popolazione giovane che ad oggi è stata risparmiata. Il vaccino quindi è un arma fondamentale se rispetta i crismi del principio di precauzione, ma aumentando la pressione immunologica, apre scenari che ora non possono essere verificati, (nel caso della MEV la variante vera avvenne 20 anni dopo l’inizio della profilassi vaccinale), quindi al vaccino deve essere affiancato uno strumento farmacologico ( anticorpi monoclonali, siero, staminali o altro) che distrugga quel legame tra la proteina S e l’ACE2 responsabile della penetrazione del virus nella cellula uomo, oltre a tutti i mezzi di tutela sanitaria (profilassi, piani pandemici etc) che ci siamo accorti (sic) di aver dimenticato nella sanità moderna con i disastri avvenuti, che tutti abbiamo potuto osservare o purtroppo vivere. Le incertezze ancora presenti permarranno sicuramente ancora per molto tempo su aspetti fondamentali sull’origine e i meccanismi di diffusione/infettività del “nuovo” virus. Prepariamoci a dipanarle con calma e rigore scientifico.

#### NOTE

1. Cancellotti, Renzi Villeri, Monfredini “*Le insidie della malattia X del coniglio*” , Rivista di Conigliicoltura n 9, 1988 Edagricole.

2. ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA LOMBARDIA E DELL’EMILIA ROMAGNA “BRUNO UBERTINI” , Brescia Centro Nazionale di Referenza per le Malattie Virali dei Lagomorfi Sorveglianza Epidemiologica della Lombardia *MANUALE OPERATIVO IN CASO DI MALATTIA EMORRAGICA VIRALE (MEV/RHD)* allegato B.

3. Ernesto Burgio: *COVID-19: il dramma italia-*

*no, quattro fattori di rischio evitabili* , 27 APRILE 2020

4. Panoramica sulle malattie da prioni (encefalopatie spongiformi trasmissibili) dal sito web di Case Western Reserve University (Cleveland, OHIO – USA).

5. Jean Claude Perez, Luc Montagnier *Covid-19 Sars and Bats Coranaviruses Genomes. Unexpected Exogeneous RNA Sequences* <https://osf.io/d9e5g/>

6. FAQ Ministero della Salute *Cosa sapere su Covid-19 e animali*, ultimo aggiornamento 2.10.2020.

# SCUOLA E COVID

di Rino ERMINI

*Non muoveremo critiche al Governo in carica, innanzitutto per non correre il rischio di essere confusi col becerume della destra; e poi perché non siamo qui per battibeccare con chicchessia. Abbiamo tuttavia molte cose da dire, logica conseguenza di un nostro lineare ragionamento che da anni andiamo sviluppando sul ruolo della scuola, e che trova fondamento nel vedere l'istruzione pubblica come servizio da difendere, potenziare e semmai modificare nell'ottica di un cambiamento radicale della società in cui viviamo, in particolare rispetto alle condizioni di vita e di lavoro delle classi subalterne. Quindi, come si sarà ben compreso, né col Governo né con chiunque veda la scuola come settore da rendere sempre più simile a un'azienda, funzionale al profitto, mero supporto alle esigenze delle imprese, del liberismo e dello sfruttamento.*

*Partiamo da una questione che va chiarita subito: il Covid e la pandemia, come tante altre disgrazie di questo mondo che colpiscono prevalentemente le lavoratrici, i lavoratori, i poveri e in genere gli strati più svantaggiati della popolazione in ogni angolo del pianeta, sono il frutto della società capitalistica. E' evidente infatti come il covid abbia potuto diffondersi con efficacia e rapidità grazie alle modifiche devastanti che la sete di profitto ha portato e porta agli ambienti natu-*

*rali, sia a livello globale sia localmente; così come è evidente che siano stati fertile terreno per la pandemia l'organizzazione delle città e del vivere comune caratterizzati dal caos, dall'affollamento, dall'inquinamento dell'aria, dal modo in cui si è costretti volenti o nolenti a nutrirsi, dallo stress e dalla mancanza di serenità.*

*Se dal piano generale vogliamo scendere nel particolare e limitarci a casa nostra, basterebbe guardare alla pianura padana dove il dilagare dell'epidemia è stato più pesante; non si fa fatica a mettere in relazione questo fenomeno col fatto che nei precedenti mesi dell'autunno inverno 2019-2020 non è passata giornata in cui non siano stati superati i limiti della NO<sub>2</sub> e delle polveri sottili.*

*Stiamo parlando di un inquinamento che è causa prima della diffusione e gravità delle malattie croniche alle vie respiratorie, un terreno dove il covid ha poi imperversato. Nemmeno a dirlo, i malati cronici sono spesso lavoratori e gente povera, lungamente esposti alle sostanze inquinanti nel corso della loro vita, non gli imprenditori e i privilegiati che non vivono né nelle città affollate né nei posti di lavoro, e che il periodo di "chiusura" l'hanno magari passato in Costa Azzurra.*

*Era, il precedente, un chiarimento necessario. Sennò si parla di un*

*dramma che è colpa del destino, come fanno giornalisti e TV al soldo padronale e del potere, per i quali il covid è una disgrazia piovuta dal nulla, tutta colpa dei cinesi, o dei neri che attraversano il Mediterraneo. Fa venire il vomito ascoltare politici e giornalisti prezolati dirne di tutti i colori e disquisire dottamente (si fa per dire) sulla Cina, sui pipistrelli, sull'inciviltà altrui. Ci fosse uno stronzo che sia capace di dire (ammesso e non concesso che lo stronzo possa pensare) che non se ne viene a capo se non si mette in discussione un sistema che degrada la vita di donne, uomini e ambiente in nome del denaro, del potere e dei privilegi di una minoranza dell'umanità a danno della maggioranza.*

*Queste riflessioni, soprattutto quando si parla di scuola, andrebbero fatte, e un tale compito toccherebbe in particolare agli insegnanti, se vogliono formare dei cittadini critici e consapevoli e non degli zombie pronti a servire il padrone e a bersi qualsiasi panzana.*

*Entriamo appunto nel merito della scuola. E' scontato che, date le condizioni in cui ci trovavamo a febbraio 2020, non si poteva far altro che chiuderla, sia per l'impreparazione ad affrontare il problema sia per la scarsa conoscenza che di esso si aveva. Tenerla aperta avrebbe significato probabilmente un disastro ancor più grande di quel*

*che si è visto. Ma perché non chiudere senza se e senza ma, cioè senza quella stupidaggine della didattica a distanza pensata unicamente per assecondare il prurito forcaiolo di quella parte di popolazione che considera i docenti degli sfaccendati, e quindi non sia mai che si mandino a casa a fare un tubo e si continui pure a pagarli. Studenti e docenti si potevano lasciare a casa, tutt'al più invitando gli uni a provare, vista la contingenza, ad esplorare le possibilità di una didattica in autonomia o, in alternativa, lavorare su indicazioni di massima dei loro docenti fornite prima di chiudere le aule; e gli altri, cioè gli insegnanti, con l'invito a programmare un percorso di autoaggiornamento. Non abbiamo dubbi che docenti e studenti avrebbero avuto meno problemi e meno disagi, e che alla fine si sarebbero trovati con una preparazione se non migliore almeno uguale a quella data con la didattica a distanza; e se qualcuno obiettasse che studenti e docenti, lazzaroni e sfaticati come sono, non avrebbero fatto niente, rispondiamo che nell'ambiente scuola e fra i giovani di gente responsabile ce n'è molta più di quanto credano i grilli parlanti. Che cosa è accaduto invece? Quanti problemi e disagi vi sono stati nelle case dove mancava anche un computer? Quanti problemi per quei docenti che nel giro di un giorno hanno dovuto inventarsi una nuova professionalità? Per di più, trattandosi in maggioranza di donne, dovendo continuare a svolgere il proprio ruolo di mogli e madri. E quanti problemi là dove vi fossero figli che dovevano seguire online le lezioni e madri (o padri), fossero o meno insegnanti, che comunque dovevano lavorare da casa? Da impazzire. Sia ben chiaro: non si poteva fare altro che*

*chiudere (l'abbiamo già detto), ma a tre cose sole è servito quel provvedimento: far vendere computer alla relativa industria del settore (favorirne il profitto era forse una priorità?), far lievitare i prezzi e mettere in luce le disparità sociali e la povertà esistenti in moltissime famiglie. Di quest'ultima questione si sapeva già, e lo sapevano anche quelli che stanno al potere: l'imposizione della didattica a distanza e il lavoro da casa non hanno fatto altro che metterla maggiormente in risalto.*

*La pandemia e relativa chiusura sono state forse anche l'occasione per fare le prove per un futuro prossimo in cui tagliare drasticamente il personale docente (e quello ATA) sostituendo il lavoro in aula con la didattica a distanza. Un professore da casa propria magari potrebbe fare lezione a dieci studenti come a duecento. Che cosa vieterà domani di ricorrere a questo diabolico sistema per licenziare centinaia di migliaia di lavoratori? O ridurre gradatamente il numero integrando didattica in aula con la didattica online e, nel giro di alcuni anni, eliminare la metà dei docenti attualmente in servizio? Questo è un punto importante della questione. E' stata una provvidenziale opportunità per il potere, che stesse o no al governo, poter provare fin dove si può arrivare. Ora si aspetta una nuova occasione per approfondire. Potrebbe trattarsi di un'altra pandemia. O magari di uno sciopero o di un semplice stato di agitazione che un certo numero di crumiri ben pagati, da casa e senza alcuna possibilità di essere individuati, potrebbero far fallire. La scuola, è anch'essa cosa ovvia, non si poteva non riaprire a settembre 2020. Non esiste che si possa fare scuola stando a casa. Chi ha in mente una soluzione sif-*

*fatta nella prospettiva di deprimere ulteriormente la scuola pubblica e ridurre così drasticamente il numero dei docenti ed i fondi stanziati, sarebbe bene fosse costretto a fare un falò dei propri progetti. La scuola deve essere fatta viso a viso, deve mantenere il proprio carattere pubblico, sociale, collettivo, di empatia fra compagni di classe e studenti e docenti, altrimenti non sarà scuola ma qualcosa di orrendo funzionale a un mondo come quello descritto da Orwell in "1984".*

*Che la riapertura in sicurezza abbia creato in quel momento e in quella particolare fase del covid non pochi problemi era inevitabile. Che l'apertura abbia comportato e comporti enormi flussi di denaro verso chi produce banchi, mascherine, detergenti e così via è altrettanto inevitabile (in attesa che le grandi aziende diventino pubbliche e i profitti, se vi saranno, rimangano pubblici). Per il momento si spererebbe che i necessari interventi per la riapertura abbiano portato nei settori industriali coinvolti un aumento dell'occupazione con contratti a tempo indeterminato, e non un aumento dei ritmi e dello sfruttamento. E si spererebbe anche che lo smaltimento di milioni di banchi vecchi rimossi e sostituiti sia avvenuto senza aumentare l'inquinamento, senza danno per l'ambiente e la salute umana e magari a spese delle aziende che hanno beneficiato della sostituzione.*

*Che cosa si dovrebbe fare ora? Dal nostro punto di vista non poche domande e preoccupazioni suscitano le insistenti richieste di più ampie prerogative e poteri da parte dei dirigenti scolastici, i quali, in casi come questo della pandemia, rivendicano più libertà di manovra e la facoltà di prendere decisioni rapide e senza alcun ostacolo o*

impedimento. Ostacoli e impedimenti che vengono naturalmente dai colleghi dei docenti, cioè da quel poco che è rimasto di democrazia e partecipazione nella scuola. Tuttalpiù i dirigenti sarebbero disposti ad accettare la collaborazione di un gruppo di insegnanti molto ristretto, fidato, in sostanza di un gruppo che abbia l'unico scopo di sostenere l'autorità del dirigente. Ma non è già così nei singoli istituti scolastici? I dirigenti stanno solo cercando di andare avanti sulla via dell'aziendalizzazione e del potere tutto nelle loro mani, come veri padroni. Noi invece siamo dell'idea che una maggiore partecipazione di docenti, delle studentesse, degli studenti e delle famiglie non possa che giovare alla qualità del servizio pubblico scolastico.

In secondo luogo, a fianco della partecipazione e riduzione del potere dei dirigenti, sarebbe necessario un piano generale di ristrutturazione edilizia di tutti gli edifici, sia per la messa a norma riguardo alle leggi esistenti, sia in previsione di situazioni di emergenza come quelle del covid. In altre parole, per renderli più adeguati a rispondere alle "crisi" e alle emergenze senza che il servizio sia interrotto, e nel contempo migliorarli al fine della salvaguardia della salute e sicurezza e per una revisione radicale dell'insegnamento.

Dopo le ristrutturazioni, e quindi con la scelta tassativa di lavorare sull'esistente e non consumare altro territorio per nuovi edifici, viene il problema degli arredi, delle attrezzature, dei laboratori e dei materiali in genere che non possono consistere in un'ulteriore informatizzazione. Con l'informatica ci siamo spinti anche troppo avanti, e soprattutto lo si è fatto partendo dalle esigenze del relativo settore

industriale, non da quelle della didattica, non da quelle degli studenti e dei docenti.

Tanto per intenderci: sarebbe meglio pensare più alle biblioteche di istituto che a fornire di tablet anche i bidelli. Per quanto riguarda contenuti e metodi dell'insegnamento, anch'essi devono essere rivisti. Ci vogliono cambiamenti strategici e sostanziali, non di facciata o di nicchia o marginali.



Esiste già una vasta letteratura in proposito e prove e sperimentazioni decennali: si tratta solo di invertire la tendenza a eliminarle perché costano troppo o per far posto alle imposizioni della Confindustria o del Vaticano o all'alternanza scuola lavoro. E bisogna respingere trovate come quella, ancora, che vedrebbe come nuovi metodi e nuovi contenuti l'introduzione di super tecnologie informatiche che i laboratori delle multinazionali del settore sfornano a getto continuo vedendo poi il settore scuola come campo ideale per allargare il mercato. Un commentatore radiofonico ha parlato di contenuti nuovi tirando in ballo un progetto avveniristico su un computer basato sui quanti, ecc. ecc. Ma per fare che? Per controllarci meglio e per avere più disoccupazione? Per accrescere i profitti? Si è anche detto: il

covid deve essere l'occasione per affrontare "contenuti nuovi", ad esempio lavorare sul "senso civico e la democrazia". Il problema è stabilire che cosa si intende con queste espressioni. Il senso civico che cosa sarebbe, la completa disponibilità a sottomettersi all'autorità? E quale democrazia? Quella di andare a votare una volta ogni cinque anni per una classe politica in larga maggioranza impresentabile? Il nuovo dovrebbe essere invece, fra tante altre cose, il problema dell'ingiustizia nel mondo, dell'ambiente, delle guerre, della povertà, delle malattie che colpiscono soprattutto i più poveri, della solidarietà e via dicendo, della cultura e non del denaro, dell'essere e non dell'avere.

Da molto tempo andiamo dicendo che ci vogliono classi meno affollate, per poter aumentare l'occupazione, mettere in ruolo decine di migliaia di precari, realizzare un migliore insegnamento e salvaguardare la salute. E anche, ora lo sappiamo, per rispondere meglio alle crisi e alle emergenze. Da questo orecchio il potere non ci sente perché il denaro dai settori pubblici si deve continuare a stornarlo a favore dei settori privati e della finanza. Nel rivendicare questo obiettivo, bisogna insistere sul fatto che una miglior preparazione delle future generazioni e più occupazione sono una ricchezza per il presente e per il futuro, sono uno degli investimenti più intelligenti che una società possa fare. Per quanto riguarda il numero di allievi per classe devono essere 20, e 15 in presenza di allievi in difficoltà.

Dobbiamo ribadire che la scuola deve essere pubblica, non tanto e non solo perché questa per noi è questione irrinunciabile da un punto di vista teorico e pratico, ma perché la pandemia covid, visti i

tragici esiti della sanità privata, così come i duri sacrifici di quella pubblica taglieggiata, ha contribuito a rafforzare la convinzione che la sanità come la scuola debbano essere sostenuti con determinazione attraverso tutti i finanziamenti necessari, lasciando fuori dalle loro porte i criminali discorsi liberisti volti soltanto a tutelare il privilegio e il profitto. Quindi, tanto per cominciare, urge un "NO" secco anche all'alternanza scuola lavoro perché essa è inequivocabilmente una trovata per asservire la scuola agli interessi del padronato. Nessuno potrà dimostrare che non si tratti di un espediente per dare alle aziende private la possibilità di usufruire di manodopera a costo zero e l'opportunità di contribuire direttamente alla formazione di forza lavoro secondo i criteri dei bisogni produttivi, e non di cittadini pensanti e critici come sarebbe dovere della scuola servizio pubblico. A coronamento di tutto servono

la sistemazione in ruolo dei precari, l'assunzione di tutto il personale necessario e aumenti che rendano gli stipendi perlomeno equiparabili a quelli del resto d'Europa. Non esiste infatti che si possa compiere una seria ristrutturazione della scuola e dell'insegnamento, senza tener presente che il raggiungimento di obiettivi positivi e complessi allo stesso tempo, non può darsi se non poniamo al centro di tutto la questione delle condizioni di vita e di lavoro dei docenti e del personale ATA.

Le obiezioni a queste nostre proposte potrebbero ridursi alla fine ad una sola: dove si trovano i soldi? Per quanto ci riguarda la risposta è semplice e non ha bisogno di declinazioni. Si trovano stanando gli evasori fiscali, quelli grossi soprattutto; tarpando le ali alla finanza speculativa; annullando le missioni militari all'estero e riducendo ruolo e pretese delle forze armate (rammentiamo che le stesse costa-

no qualcosa come 70 milioni di euro al giorno); andando a dare un'occhiata ai grandi patrimoni mobiliari e immobiliari e prelevare da quelli.

Non siamo così ingenui da non sapere che non può esserci, da parte di chi gestisce il potere, la volontà di muoversi in questo senso. C'è soltanto semmai quella di approfittare dell'occasione del covid per ribadire il liberismo, la scuola al servizio del padrone, la scuola come mercato e creatrice di produttori-consumatori. Non vediamo quindi prospettive, se non nel discorso di sempre: o i lavoratori si rendono conto e lentamente e magari con fatica intraprendono un percorso in cui essi abbiano importanza e ruolo per un cambiamento della società, o non avverrà niente di positivo. Da subito. Non ci pare il caso di lasciare che i padroni e il potere facciano come sempre e noi stare a guardare in attesa della prossima pandemia.



# Referenti di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute - O.N.L.U.S.

## SEGRETERIA NAZIONALE

- Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano -  
segreteria@medicinademocratica.org  
Tel. 02/4984678

**Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista (vedi a pag. 70)**

**IBAN: IT31050340170800000018273**  
presso Banca Popolare di Milano, oppure con bollettino postale sul c/c 001016620211.

## Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792  
E-mail: medicinademocratica@alice.it  
Sede M.D. della provincia di Varese,  
Via Roma n° 2, 21053 - Castellanza (VA)

## CALABRIA

- Ferruccio Codeluppi, via Villini Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno (CZ) tel. 096731231

- Alberto Cunto, via della Repubblica 46, 87028 Praia a Mare - tel./fax 0985-74030, cell. 3883649126, e-mail albertocnt@libero.it oppure a.cunto@tiscali.it

## SICILIA

- Franco Ingrilli, via Simone Cuccia 12, 90144, Palermo, tel. 091/303669

## EMILIA ROMAGNA

- Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139 Bologna, email dirsenbar@yahoo.it

- Gentilini Patrizia, via Nievio 5, 47100 Forlì, patrizia.gentilini@villapaciniotti.it  
- Monfredini Roberto, via Montegrappa 15, Solignano di Castelvetto (MC), tel. 338 4566388, robertomonfredini@gmail.com

- Amedeo Corsi, Viale C. Carducci 33, 47921, Rimini, tel. 3357314256, e-mail. corsi@gmail.com

## LAZIO

- Edoardo Turi, Viale delle Medaglie D'Oro 203 00136 Roma, tel. 3482503928 e-mail- edoardo.turi2@gmail.com

## PIEMONTE

- Sezione di Alessandria - Tino Balduzzi, tel. 3456111117, tino.balduzzi@libero.it

- Renato Zanoli, via G. Emanuel 16, 10136 Torino, tel. 3384054068 - 011392042, email renatozanoli@libero.it  
- Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno Regis, via Garibaldi 13 - 10122 Torino (tel. 3398555744), e.ferrara@inrim.it  
- Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100 Novara tel 0321612944; 3336090884 e-mail carla.cavagna@libero.it  
- Dario Medico, Arona (NO), tel. 335265547, email nuovoullisse@alice.it

## LOMBARDIA

- Sede M.D. Milano, Via dei Carracci 2,  
- Sede M.D. della Provincia di Varese,  
via Roma 2, 21053 Castellanza, fax 0331501792;

- Duca Piangiorgio, via Bramante 23, 20154 Milano, piangiorgio.duca@unimi.it

- Matteo Orlandi, via Biancamano 9 Lodi. Cell. 3922485840

- Silvana Cesani, via Borgo Adda n° 3, 20075 Lodi, Tel. 0371/423481; Cell. 335/7595947

- Stefano Debbia, via S. Giovanni 11, 21053 Castellanza (VA) tel 0331500385, fax 0331501792

email: debbia@libero.it

- Walter Fossati, via Moscovia 38, 20025 Legnano (MI) tel 0331599959 - 3284640485

- Elisabeth Cosandev, viale Campania 4, 20077 Melegnano (MI), tel. 029836928

- Laura Valsecchi, Unità Spinale - Niguarda Ca Granda, Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano tel. 0264443945 - 023313372 e-mail: lauravalse@libero.it

- Marco Caldiroli, via Quintino Sella 115, 21052 Busto Arsizio (VA) e-mail: marcocaldirol@alice.it

Alberto Marino, Sezione MD di Brescia via Valene 9e, 25087 Salò BS tel 338 8329981-0365520830, caafnm@libero.it

- Gabriella Liberini, Sezione MD Brescia, gabriellaliberini@virgilio.it, tel. 3396976563

## PUGLIA

- Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N, 71016 San Severo (FG), tel. 0882228299; fax 0882228156

## CAMPANIA

- Paolo Fierro, Traversa Privata Maffettone 8, 80144, Napoli

tel. 3274514127; e-mail tabibfierro@hotmail.com

## BASILICATA

Sede M.D., via E. De Martino 65, 75100 Matera.

- Mario Murgia, via Martino 47, 75100 Matera, tel. 340.7882621 email: info@associazioneespontianiantovalbasento.it

## TOSCANA

Sede M.D. Firenze, Piazza Balducci 8/rosso, 50129 Firenze

- Gino Carpentiero, via Montebello 39, 50123, Firenze, tel. 055285423;

e-mail ginocarpe@tele2.it; cell. 347-5481255

- Beppe Banchi, via Incontri 2, 50139, Firenze, tel. 055412743, e-mail: xxliber@tin.it

- Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013 Rosignano Solway (LI) tel. 328-4152024; e-mail: maurizio.marchi1948@gmail.com

- Floridi Amanda, via Verdi 110, 57127 Livorno;

- Liliana Leali via Montebello 38, 50123 Firenze tel. 3280535454

- Marcello Palagi, via XX Settembre n° 207, 54031 Avenza (MS), tel. 0585/857562

e-mail: cocapugno@virgilio.it;

- Del Soldato Maria Via di Porto 279/A, Massarosa (LU), e-mail giannini3@virgilio.it;

- Avv. Alessandro Rombola, via Luca Giordano 7/E, 50132 Firenze, tel. 055.2638296, fax: 055. 5000342, cell. 3339492793, mail: alessandro@studiorombola.it

## VENETO

- Franco Rigosi - via Napoli 5 - 30172 Mestre (VE) - tel. 041/952888 - e-mail: franco.rigosi@gmail.com

- Maria Chiara Rodighiero, piazza Biade 11, 36100 Vicenza

rodeghieromc@gmail.com;

- Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato n° 44/2, 33030 Pianiga (VE), tel. 3487447189,

e-mail: paolonardin4@alice.it (referente per Padova e provincia);

## MARCHE

- Loris Calcina, via Campanella 2, 60015 Falconara Marittima (AN).

Tel. 3339492882, lokalci@libero.it;

## LIGURIA

- Sede M.D. Via Crispi 18 rosso, 17100 Savona, tel. 0192051292, e-mail: medidemosavona@tiscali.it

- Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7, 17072 Albisola Mare (SV), tel. 019486341 cell.3474596046, e-mail maloschi@alice.it, skype: maurymattv

- Eraldo Mattarocci, cell.3486039079 ermatta@yahoo.it;

- Avv. Rita Lasagna Piazza della Vittoria 14/18 Savona 17100, cell. 3356152757

- Valerio Genarro via Trento 28, 16145 Genova, tel. 010.310260 - 010.5558.557 (ore 9.00-19.00) skype: valerigenarro1;

e-mail: valerio.genarro52@gmail.com.

- Marco Spezia, cellulare 348 5863171, sp-mail@libero.it;

- Luca Trentini Via Vecchia di Biassa 36 La Spezia tel. 347 9475350 email lutren@libero.it;

## SARDEGNA

- Francesco Carta, via Toscanini 7, 09170 Oristano, medicinademocratica.sardegna@gmail.com

## Sono tornate le rondini

Sono tornate le rondini  
Le sento gridare sotto la gronda del tetto  
Si chiamano si rincorrono  
sostenute da una brezza cristallina  
sotto il cielo blu e terzo di una primavera  
scoppiata all'improvviso  
alla vigilia di un'insolita Pasqua  
Il mondo malato e triste guarda sgomento  
il muto e immobile incedere degli uomini  
Sullo schermo inanimato dell'umanità  
appaiono per poi scomparire per sempre  
donne e uomini pezzi di umanità  
che si portano via  
i ricordi di un tempo  
di amori di lotte di civiltà  
D'improvviso scopriamo un mondo nuovo  
un nuovo modo di stare tra gli uomini  
tutto è in movimento  
ma nulla si muove  
tutto può succedere  
ma niente accade  
Dal cielo le rondini in volo  
guardano stupite  
tanto immobile e irreale silenzio  
sicure che da lì a poco  
tornerà il frastuono degli uomini  
ma questa volta dovrà essere diverso dal prima  
perché non ha eguali ne paragoni e dovrà guarire  
un mondo sofferente e malinconico  
guarire una umanità spaventata e persa  
tra i dubbi e le paure di un mondo  
tra il non più e il non ancora  
che incerto e solo  
si avvia verso il suo  
inrinviabile futuro  
certi che li staremo  
tra affetti amori e speranze nuove.

Raffaele GORETTI