

# TANTA SALUTE A TUTTI

Da oltre un ventennio, con le varie riforme della Sanità a partire dal 1997, "era Formigoni" e in perfetta continuità d'intenti e obiettivi, la salute e la malattia diventano progressivamente forme di profitto, sia per quanto riguarda la cura che la prevenzione. Abbiamo visto altrettanto forti risorse economiche e di personale investito nella sanità privata. Con il nuovo P.N.R.R. e la riforma regionale approvata, questo processo si va a delineare in modo strutturale a favore del privato, smentendo il piano ipocrita che, nel momento più acuto della pandemia, prometteva assunzioni di personale sanitario e un ritorno agli investimenti nella sanità pubblica.

**SUCCEDE IL CONTRARIO!**

È necessario comprendere il processo in atto perché la narrazione ufficiale è quella della libera scelta del cittadino rispetto all'erogatore del servizio, o che il pubblico non è abbastanza efficiente, quando in realtà il depotenziamento del Servizio sanitario pubblico è funzionale all'espandersi del mercato sanitario privato.

Ci rendiamo conto che la sanità è all'interno di un quadro più generale di riorganizzazione del mercato del lavoro, di liberalizzazioni che propagandano un apparente miglioramento dei servizi, ma che in realtà hanno progressivamente aumentato il costo della vita a fronte di salari sempre più bassi e incerti. Certezze e retribuzioni che aumentano invece per le cariche dirigenziali e amministrative sempre più numerose all'interno delle strutture sanitarie sia pubbliche che private.

La nostra idea di salute non è legata solo all'assenza di una malattia, ma comprende anche tutti quei fattori che influenzano il nostro essere, sia in senso positivo permettendoci uno stato di benessere o negativo creando le precondizioni per lo sviluppo della malattia. Abitazioni inadeguate, ritmi di lavoro stressanti, servizi che dovrebbero supportare le donne lavoratrici che non esistono, se non in forma privata e con costi esorbitanti, i rincari continui di beni di prima necessità, di luce, gas, la nocività ambientale e gli infortuni nei luoghi di lavoro.

Di fronte a tutto questo è nata l'idea di coordinarci fra realtà che da tempo si occupano di salute e sanità, con la volontà di costruire iniziative comuni a livello metropolitano e di creare uno strumento comunicativo "il bollettino" che veicolerà riflessioni, informazioni, appuntamenti, trasformazioni in atto e quanto saremo in grado di cogliere e valorizzare sul piano delle lotte e delle rivendicazioni.

Un contributo concreto e aperto per inceppare questo meccanismo disumanizzante che risponde ormai solo a logiche del profitto e non più alla vita e alla salute delle persone.

È solo con l'impegno diretto, con la forza delle lotte che possiamo trasformare questa realtà, come molti lavoratori stanno dimostrando, senza deleghe o fiducia nelle istituzioni, le stesse che hanno ideato e generato questa mercificazione della salute.

---

## IL P.N.R.R. E LA MEDICINA DEL TERRITORIO

Rispetto al disastro della medicina del territorio, di cui abbiamo parlato più volte, il P.N.R.R. non promette, a una prima lettura, nulla di buono. Intanto la sanità pubblica rimane comunque la cenerentola del Piano, che prevede un finanziamento totale per la sanità di 20/23 miliardi, cioè un misero 8% del totale. Ciò è tanto più preoccupante se consideriamo che il Documento di Economia e Finanza (DEF) per il 2021, approvato il 22/4 dai due rami del Parlamento, conferma i tagli alla Sanità Pubblica per il triennio 2022-24 per un totale di circa 7 miliardi, oltre ad aprire la strada a una legge per attuare l'autonomia regionale differenziata. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e il PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,3%, quando nel 2021 è il 7,3%.

Per la medicina del territorio la misera cifra destinata agli investimenti è di solo 7 miliardi, che, nel Piano, sono suddivisi in tre parti: le Case di Comunità, l'assistenza domiciliare e i presidi sanitari a degenza breve (Ospedali di comunità). Le Case di Comunità saranno "presidi socio-sanitari destinati a diventare il punto di riferimento, accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza

primaria di natura sanitaria”. Al di là del linguaggio roboante si tratta in sostanza dei poliambulatori distrettuali o di quartiere il cui bilancio è stato, fino ad ora, fallimentare. Attendiamo al varco questo nuovo tentativo ma senza riporre in esso eccessiva fiducia. Tanto per cominciare, come sottolinea l'ANCI, rispetto al vecchio piano il budget per le Case è stato dimezzato, scendendo a 2 miliardi di euro, con la conseguente contrazione anche del numero di presidi che saranno realizzati (1.288 rispetto ai 2.500 originariamente previsti)”. Cominciamo male!

Il Piano prevede che all'interno di ogni Casa di Comunità saranno impiegati 10 medici di medicina generale, 8 infermieri e 5 unità di personale amministrativo. Per le 1288 Case di Comunità previste saranno quindi necessari 12.880 medici, 10.304 infermieri e 6.440 amministrativi, per un costo stimato di 661,5 milioni di euro solo per l'assunzione degli infermieri e amministrativi. Queste figure professionali dovranno essere assunte quando le Case di Comunità saranno diventate operative a pieno titolo, cioè nel 2027. Il fatto è che il P.N.R.R. non prevede risorse per il loro finanziamento, dato che il suo effetto si esaurisce nel 2026.

Si ipotizza che le risorse necessarie saranno reperite attraverso una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria che dovrebbe produrre i risparmi necessari, ma, nella sostanza, le risorse che dovranno finanziare l'assunzione di questi lavoratori sono molto incerte.

A meno che non vogliamo ipotizzare, come appare molto probabile, che i lavoratori necessari vengano assunti con contratti precari, o ricorrendo al lavoro somministrato da agenzie del lavoro, cosa ormai molto comune, secondo i dettami già affermatasi nel deprecato “modello Amazon”. Oppure addirittura che la gestione delle Case di Comunità, costruite con denaro pubblico, venga poi affidata ai gruppi privati, ormai dominanti nel settore sanitario, secondo il famigerato “modello della Regione Lombardia”.

In ogni caso il tanto decantato P.N.R.R. mira, nella sanità come negli altri campi di intervento, a incrementare gli investimenti in capitale fisso, che, nel nostro caso possono essere edifici, apparecchiature elettromedicali o strumenti informatici per la digitalizzazione dei dati, mentre, per quanto riguarda il lavoro (o capitale variabile) non può che portare a una ulteriore flessibilità, precarizzazione e supersfruttamento dei lavoratori. In conclusione gli investimenti previsti dal P.N.R.R. per la sanità pubblica, lungi dal prospettare una inversione della tendenza alla aziendalizzazione e alla privatizzazione che ha caratterizzato gli ultimi decenni di gestione della sanità, mirano ad accentuare queste tendenze in maniera ancora più pesante. Perciò è necessario ripartire dalle parole d'ordine che hanno caratterizzato le ultime mobilitazioni del movimento di lotta per il diritto alla salute: “LA SALUTE NON È UNA MERCE LA SANITÀ NON È UNA AZIENDA” per una medicina realmente preventiva e una sanità non più fonte di profitti per capitalisti pubblici e privati.

Lettera di un medico di base in pensione

---

## **NOVITÀ PER I MALATI CON PIANO TERAPEUTICO IN STRUTTURE CONVENZIONATE**

Quello che riportiamo sotto è un esempio che proviene da un centro cardiologico e che snatura completamente quello che dovrebbe essere il rapporto diretto medico/paziente, affidando burocraticamente l'esame della situazione ad un meccanismo: LA TELEVISITA. In altre strutture sono stati ancora più espliciti (vedi Humanitas) annullando la convenzione per i pazienti cronici.

Probabilmente hai ricevuto o riceverai a breve questa comunicazione:

"Quest'anno il rinnovo del piano terapeutico per i nuovi anticoagulanti orali verrà fatto per via telematica. In accordo con il Dott. .... - La data di prenotazione è fissata al ... ore ...

Le ricordiamo che, come da disposizione dell'AIFA, anche il suo medico di famiglia può procedere al rinnovo mediante nota 97 del 17/06/2020 (consultabile sul sito AIFA).

Per ottenere il nuovo piano terapeutico le chiediamo di inviarci entro due giorni prima della data stabilita per il controllo i seguenti documenti in formato PDF:

1. IMPEGNATIVA PER VISITA CARDIOLOGICA (DI CONTROLLO)
2. ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI NELL'ULTIMO MESE, compresi di emocromo, creatinina, azotemia, transaminasi AST/ALT e gamma GT

### 3. QUESTIONARIO IN ALLEGATO, COMPILATO.

Nel caso in cui non avesse l'esenzione al ticket, le riporto i dati per il BONIFICO BANCARIO DI EURO 17.90.

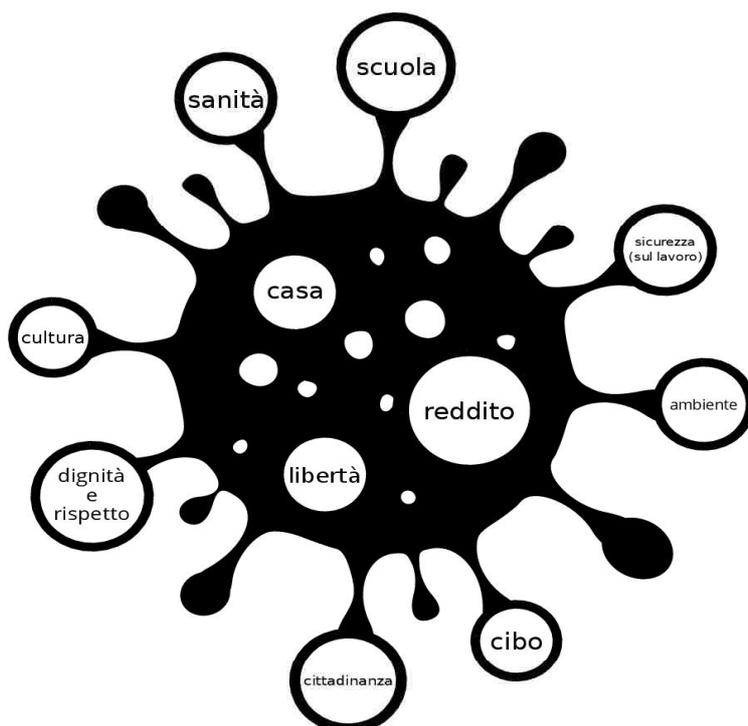
\*\* CAUSALE: "nome" e "cognome" pz, televisita rinnovo piano terapeutico del giorno "data"

LE RICORDIAMO INOLTRE CHE È MOLTO IMPORTANTE CHE LEI VERIFICHI LA VALIDITA' DELL'IMPEGNATIVA IN SUO POSSESSO (ENTRO UN ANNO DALLA PRESTAZIONE) E LA PRESENZA DELL'ESENZIONE CORRETTA.

Un paziente cronico della provincia di Lodi

~~quando c'è la salute c'è tutto!~~

quando c'è **TUTTO**, c'è la salute!



**Rovesciamo il luogo comune: solo quando ci sono tutte le condizioni di una vita buona, possiamo essere davvero in salute.**

**Questo percorso vuole riflettere in senso critico su quali sono, o meglio, dovrebbero essere queste condizioni.**

**Cosa vogliamo?**

# **VOGLIAMO TUTTO!**



Ambulatorio Medico Popolare  
via dei Transiti 28 - Milano

**UNITI SI VINCE! SOLIDARIETÀ SEMPRE! - Cesano Boscone 15/09/2021**

Unione Sindacale Italiana Sanità – USI CIT

È quello che è avvenuto con il pronunciamento della sentenza, il 14 settembre 2021, nella causa legate promossa da una cinquantina di dipendenti, sostenuti da USI Sanità e Cobas Sanità, contro il passaggio imposto dal contratto ARIS a quello UNEBA.

“Si dichiara l’illegittimità della applicazione del CCNL UNEBA ai lavoratori dipendenti soggetti al CCNL ARIS. Si dichiara il diritto dei ricorrenti a mantenere la disciplina normativa e retributiva di

cui al CCNL ARIS. Si condanna la Fondazione al versamento delle differenze retribuite dovute, oltre interessi e rivalutazione monetaria”.

Oltre al pagamento delle spese processuali.

La sentenza di cui si parla nel comunicato distribuito all'interno dell'Istituto della Sacra Famiglia, ha sicuramente una grande importanza nel panorama attuale della Sanità Privata, in quanto esiste una vera e propria giungla nelle applicazioni dei contratti di lavoro, dove, in modo arbitrario, la parte datoriale sceglie di applicare, tra i tanti contratti disponibili, quello che più gli conviene. Addirittura divide i propri dipendenti applicando più contratti, uno peggiore dell'altro, all'interno della propria azienda.

---

## **Nocività, morti sul lavoro e di profitto**

Nell'ultimo decennio sono stati registrati più di 17.000 lavoratori morti sul luogo di lavoro. Numeri impressionanti, drammatici; più morti sul lavoro che in una guerra.

Nella crisi e nella pandemia di Covid19 si riducono i posti di lavoro, aumentano i disoccupati, ma i morti sul lavoro continuano a crescere. I dati INAIL sono sempre sottostimati perché non tengono conto dei lavoratori senza contratto, in nero, o non iscritti all'Istituto. Secondo l'Osservatorio Nazionale di Bologna “Morti sul lavoro” nel 2021 da gennaio al 12 dicembre sono stati 1.335 i morti complessivi per infortuni sul lavoro, una strage di oltre 120 lavoratori e lavoratrici il mese. A questi dati vanno aggiunte le morti per malattie professionali, solo per amianto perdono la vita 6000 persone ogni anno (16 il giorno, 2 ogni ora) a cui vanno aggiunte le altre malattie professionali.

L'Italia è il paese delle stragi impuniti. Morti per il profitto non sono le vittime dei crimini industriali, ma anche quelle ambientali, che non sono conteggiate, dal Vajont alla strage ferroviaria di Viareggio, dal crollo del Ponte Morandi di Genova all'avvelenamento della terra dei fuochi, dalla TAV alle case che crollano perché i padroni per aumentare i profitti hanno risparmiato sui materiali per la costruzione.

Le stragi di lavoratori che avvengono giornalmente sui posti di lavoro sono catalogate dai governi, istituzioni, Confindustria e sindacati confederali come “morti bianche”, che presuppone una mancanza di una responsabilità oggettivamente provabile, come se fosse dovuta al caso, come se il delitto, non si fosse mai compiuto. Il termine “morte bianca” è nato durante la seconda guerra mondiale per indicare le morti per assideramento nella neve, e solo più tardi (negli anni ottanta) è stata usata per contraddistinguere le morti sul lavoro.

In realtà quando si muore sul lavoro, la morte non è mai “bianca”, “innocente”, “imprevedibile”, non è quasi mai colpa del destino, ci sono responsabilità chiare e precise. In Italia la frase scritta nei tribunali della repubblica “LA LEGGE È UGUALE PER TUTTI”, nasconde dietro l'ipocrisia, la verità è che in una società divisa in classi sociali la legge non è “al di sopra delle parti”, altrimenti dovrebbe perseguire i colpevoli assassini. Invece le vittime e i loro famigliari, nei pochi casi in cui riescono a portare nei processi i responsabili, si scontrano con una giustizia di classe che difende la proprietà privata e i padroni. Una legge di classe che solo in pochissimi limitati casi, quando non condanna le vittime al pagamento delle spese processuali e assolve i padroni e manager colpevoli, concede attenuanti e pene “irrisorie”, per chi non osserva le regole per la sicurezza.

Se un padrone, un imprenditore, per aumentare la produttività, toglie i dispositivi di sicurezza a un macchinario, mettendo a repentaglio la vita di chi vi lavora, questo non è un omicidio “bianco”, come se la responsabilità non fosse di nessuno, ma è un omicidio colposo e volontario. Omettere misure di sicurezza volontariamente dovrebbe essere un omicidio colposo e volontario e come tale andrebbe punito. Se un uomo causa la morte di un altro, questo si chiama omicidio, se però quell'uomo era a conoscenza degli effetti della sua azione allora si chiama assassinio, e quando l'assassinio è di molti uomini si chiama strage. È questa la differenza che passa tra morti sul lavoro e morti di lavoro per malattie professionali.

Per trasformare l'ambiente di lavoro è necessario conoscere nel dettaglio tutte le condizioni (rumore, calore, polvere, faticosità e orari di lavoro, ritmi, ecc.) in cui si svolge il processo produttivo ed è necessario verificare se esista un legame tra le malattie dei lavoratori e quelle condizioni. Al fine di acquisire queste conoscenze il primo strumento è rappresentato dalle

osservazioni spontanee dei lavoratori del gruppo omogeneo che opportunamente raccolte e sistematizzate forniscono un quadro scientifico delle realtà.

Se la malattia che un lavoratore lamenta è denunciata anche dagli altri lavoratori addetti alla stessa lavorazione, ciò significa che quella malattia è specifica di quel gruppo omogeneo e quindi vanno individuate le comuni nocività che la provocano.

A questo punto, agli occhi dei lavoratori, il malessere e la malattia non sono più una questione personale da fronteggiare con un rimedio personale mettendosi in malattia e ricorrendo alle cure del medico di fiducia. Malessere e malattia diventano un fatto comune a tutti i lavoratori del gruppo omogeneo e nascono dalle comuni condizioni di lavoro: lì nella fabbrica, nel luogo di lavoro tutto il gruppo omogeneo e tutti i lavoratori devono impegnarsi a rimuovere le cause del malessere e della malattia.

Lo sfruttamento non è solo un salario insufficiente alle necessità della vita, ma anche l'ambiente di lavoro nocivo, il prolungamento della giornata lavorativa sui mezzi di trasporto, la casa inadeguata e costosa, il sistema tributario iniquo.

La nocività, l'usura, la fatica fisica e psicologica dovuta all'aumento dei ritmi, alla ripetitività del lavoro, la precarietà, il salario insufficiente, le pandemie, l'incertezza del futuro, lo stress, il comando di fabbrica o azienda sempre più repressivo, portano il lavoratore a logorarsi, minando la sua salute.

La tecnica, la "scienza", la medicina del capitale non è finalizzata alla prevenzione primaria che rimuove le cause che generano le malattie, alla guarigione della malattia e ad una aspettativa di vita sana, ma unicamente a cronicizzare le malattie, aumentando l'aspettativa di vita del malato, a cronicizzare il covid19 con ripetute "vaccinazioni annue", come anche le future pandemie che, lo sfruttamento sempre più intensivo degli esseri umani e la distruzione dell'ambiente di lavoro e di vita e della natura, produrrà.

In una società divisa in classi, dove il potere è in mano ai capitalisti il cui unico scopo è la realizzazione del massimo profitto, la scienza e la medicina non sono neutre, ma al servizio della classe dominante.

Solo in una società dove la proprietà privata dei mezzi di produzione è abolita, lo sfruttamento dell'uomo sull'uomo è considerato un crimine contro l'umanità, dove si produce per soddisfare i bisogni degli esseri umani e non per il profitto, la classe operaia e proletaria liberando se stessa può emancipare e liberare anche la scienza, la medicina.

Un abitante di Sesto San Giovanni

---

**Finalmente arriverà una dottoressa al Giambellino in sostituzione del medico andato in pensione ormai da mesi. È una prima vittoria e dimostra che la mobilitazione di cittadini, comitati di quartiere e la tenacia della farmacista di zona hanno dato dei risultati.**

- Le istituzioni si sono fatte carico del problema, solo dopo presidi in piazza, articoli sui giornali e servizi in trasmissioni televisive.
- È stato necessario sollecitare ripetutamente la ATS e la Regione affinché si attivassero a trovare una soluzione dopo che una dottoressa si era resa disponibile a prendere in carico i pazienti che erano rimasti senza medico di base.

Ma la battaglia per avere un numero adeguato di medici di medicina generale è appena iniziata, a Milano e hinterland ne mancano più di 200 e con la nuova legge regionale si rischia di accentuare il problema poiché ne serviranno ancora di più da utilizzare nelle Case di Comunità, (delle specie di grandi poliambulatori con più servizi). Sono strutture che la Regione prevede di istituire nel territorio senza tenere conto delle reali esigenze di salute del quartiere.

La mobilitazione dei cittadini e dei loro comitati continua contro le politiche di privatizzazione.

**LA SALUTE NON È UNA MERCE - LA SANITÀ NON È UN'AZIENDA**

COMITATO DI DIFESA DELLA SANITÀ PUBBLICA - Milano Città Metropolitana del sud/ovest

## Milano, 1 giugno 2020      COMUNICATO STAMPA

In un esposto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Penale di Milano la “brutta storia” delle visite a pagamento in orario istituzionale, destinato alle prestazioni pubbliche, che di fatto discrimina gli “utenti non solventi”.

Una grave storia di “sovrapposizione” di visite private a pagamento da parte di medici pubblici negli stessi orari destinati alla erogazione dei medesimi servizi in regime pubblico, è alla base di un esposto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale Penale di Milano su quanto da tempo sta avvenendo all’ASST SAN PAOLO e SAN CARLO di Milano: a presentarlo sono state le organizzazioni Unione Sindacale Italiana Sanità (USI S.), Medicina Democratica onlus, il Comitato Difesa della Sanità Pubblica di Milano Città Metropolitana Sud Ovest, assistite dall’avvocato Sergio Onesti.

L’esposto, previsto per gennaio, era stato rinviato per la grave emergenza COVID-19.

“La possibilità prevista per legge di svolgere da parte dei medici pubblici attività privata nelle strutture pubbliche, in regime di libera professione, è considerato da noi non molto accettabile: se poi questo avviene al di fuori delle norme stabilite, è ancora più grave, per il danno di altri utenti, presenti in liste d’attesa, previste per l’erogazione delle medesime prestazioni sanitarie, che non hanno la possibilità di accedere a visite a pagamento, in quanto fasce più deboli della popolazione: per cui, di fatto, il superamento delle liste d’attesa vale solo per gli utenti solventi”, hanno dichiarato i rispettivi presidenti delle tre organizzazioni ricorrenti.

Dopo il blocco delle visite, dovuto alla crisi COVID-19, con la Delibera 973 del 6 maggio 2020, la Direzione ASST ha confermato e autorizzato la ripresa dell’attività in area a pagamento, senza indicare specifici progetti per la riduzione delle liste d’attesa e per una migliore e più adeguata erogazione dei servizi.

I ricorrenti sostengono che si possano perpetrare le stesse illegittimità del passato, con le conseguenze che conosciamo: come dimostrano gli atti; per esemplificare: negli anni, per le prestazioni sanitarie in regime pubblico, l’attesa per una semplice ecografia tiroidea poteva essere di 10 mesi o per una risonanza magnetica di 9 mesi! Come aveva attestato nel 2017 il Comitato dei Controlli, organismo interno alla Regione, vi era una differenza dei tempi di attesa tra le visite con il ticket e quelle a pagamento, nello stesso ospedale pubblico, PARI A 25 VOLTE.

Come è noto, la DGR 29/12/99 n. VI/47675 introduce espressamente l’istituto della “AREA A PAGAMENTO” che prevede “la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all’azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell’impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall’azienda stessa”. Va aggiunto che tutta la normativa di riferimento prevede l’esercizio della libera professione medica “intramuraria” al di fuori degli orari di servizio pubblico, 8:30 - 16:00, quindi a partire dalle 16:15.

Ciò che viene violato in realtà, secondo l’esposto, è il diritto alla salute, sancito dall’art. 32 della Costituzione, che prevede per tutti i cittadini, o meglio per tutte le persone presenti in Italia, di beneficiare delle medesime prestazioni sanitarie, per qualità, quantità e tempistica di erogazione! Di fatto al San Paolo è in atto una strategia aziendale, che da anni privilegia la libera professione, come dimostra lo smantellamento della “Unità Operativa Complessa di Immunologia e medicina trasfusionale”, sostituita dalla “Struttura Complessa Libere Professioni e Marketing”, presente nell’atrio centrale.

---

### **SALUTE, SOLIDARIETÀ E LIBERTÀ VO CERCANDO. E LE TROVERÒ SOLO INSIEME.**

A seguito dei numerosi cluster Covid-19 esplosi ripetutamente in moltissime strutture ospedaliere e RSA del nostro Paese, anche negli Ospedali Santi Paolo e Carlo si riscontrano parecchi casi di lavoratori contagiati, pur avendo ottemperato all’obbligo vaccinale, addirittura dopo la seconda e terza dose. **Oltre 150 operatori sono risultati positivi alla prima settimana di gennaio 2022,**

mentre a livello nazionale **sono stati quasi 30 mila in un mese**, un numero che porta a **182.345 gli operatori sanitari contagiati dall'inizio della pandemia**.

I report e le circolari della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute precisano che **il vaccinato deve essere considerato alla stregua di un non vaccinato** [...] e che **il vaccinato continua a diffondere il virus** [...] e che **gli stessi devono essere posti in quarantena se a contatto con soggetti positivi**, ma nonostante queste precise parole ci si ostina a fare finta che il vaccino protegga dalla trasmissione virale e si impongono delle certificazioni verdi Covid-19 (**green pass** e **super green pass**) con lo scopo di: "tutelare la salute pubblica", come riportato nei vari Decreti emanati dall'aprile 2021 a oggi.

Se i sanitari e i pazienti vengono infettati o infettano, evidentemente (e non si deve essere pozzi di scienza per capirlo) **il green pass NON GARANTISCE ALCUNA CONDIZIONE DI SICUREZZA e tutti vanno perciò tamponati, a prescindere che lo abbiano o non lo abbiano**.

Oltre all'assenza degli operatori in quarantena, nella nostra ASST Santi Paolo e Carlo si contano circa **50 lavoratori sospesi dall'attività lavorativa** per non essersi piegati all'imposizione del green pass, sia che fossero o non fossero vaccinati. Colmo dei colmi, le prime persone a subire la sospensione sono state **alcune lavoratrici in maternità** - quindi non presenti sul posto di lavoro -, che hanno scelto di rimandare la vaccinazione a dopo la gravidanza, giustamente attente alla condizione di salute propria e del nascituro.

Inoltre, va segnalato il fatto che tra i sospesi **si contano pure alcuni rappresentanti sindacali e delegati RSU**, che si trovano quindi impediti a svolgere la propria funzione, costituzionalmente garantita, in base a un provvedimento sulla cui legittimità sono stati avanzati fondatissimi dubbi da autorevoli giuristi. Parrebbe addirittura, che i sospesi **non possano** esercitare il loro diritto, anch'esso costituzionalmente garantito, a **partecipare** (sia come votanti sia come candidati) **alle elezioni per il prossimo rinnovo della RSU** (previsto ad aprile).

Chiunque abbia un'idea – e nel caso non ce l'abbia, gli converrebbe farsela velocemente – di cosa si debba intendere per Prevenzione, capisce che stiamo sprofondando nella follia più totale: **da un lato i cittadini sono costretti con un brutale ricatto a farsi inoculare sostanze parzialmente efficaci per uno scopo irraggiungibile**, cioè l'interruzione della catena d'infezione, e **dall'altro alle persone trattate con queste sostanze si dà il lasciapassare per trasmettere il virus ad altri**.

Le aziende sanitarie dovrebbero implementare proprie attività di monitoraggio "costante" e tracciamento dei contagiati, stante l'evidenza che più alto è il numero delle persone infette che entrano ed escono da ambienti a rischio, più il virus aumenta la propria pervasività fuori degli stessi ambienti ospedalieri. E nel fare ciò le aziende dovrebbero avvalersi dell'appoggio degli **RLS** e del **Comitato Covid**, cosa che non avviene all'ospedale dei Santi Paolo e Carlo, dove gli RLS non vengono convocati da tempo, tant'è che nei primi giorni di febbraio verrà discussa la causa per condotta antisindacale, proprio sul nuovo regolamento RLS e sulla riduzione del numero dei suoi componenti.

**POICHÉ QUEST'ASSENZA DEL PERSONALE GRAVA ENORMEMENTE SULL'ASSISTENZA SANITARIA**, chiediamo:

- **esecuzione dei tamponi su tutto il personale, vaccinato e non;**
- **reintegro degli operatori sospesi dal lavoro;**
- **cessazione della mobilità del personale verso gli Hub Vaccinali, i Drive-through e, da ultimo, l'ospedale in Fiera.**

Milano, 24 gennaio 2022

**USI-Sanità ASST Santi Paolo e Carlo**

**USB ASST Santi Paolo e Carlo**

---

## **GLI ANNI '70 ... LA MEMORIA**

Ci appare utile ricordare le radici storiche, sociali e politiche che diedero impulso alla nascita del nostro servizio sanitario nazionale. Il contesto sociale e politico che caratterizzò gli anni '60/70 rappresentò una fase storica in cui si saldarono le conquiste del movimento operaio e sindacale

nelle fabbriche, le mobilitazioni delle varie realtà di movimento, le pressioni portate avanti dal movimento femminista, a quello studentesco, da quello di lotta per la salute a quello psichiatrico.

Le sperimentazioni a livello territoriale prospettarono un modello di welfare opposto a quello che vigeva allora, formato da logiche burocratiche e corporative, oggi aggiungeremmo speculative.

Prima del S.S.N. vigeva il sistema mutualistico, i lavoratori, i pensionati e i loro familiari, attraverso grandi enti previdenziali - separati, distinti e frammentati - affiancati da casse mutue aziendali o di categoria, ricevevano in caso di malattia, trattamenti modesti, diseguali e differenziati.

In questo quadro gli anni '70 segnarono una rottura. Il dibattito sulla salute già negli anni '60 si aprì a nuovi orizzonti e prese forma negli anni che seguirono, intercettando le domande di cambiamento provenienti dai conflitti sociali di quegli anni. Il movimento per la riforma sanitaria accolse quindi le aspirazioni trasformative del tessuto sociale e rispose a un'impostazione della salute come fatto sociale, politico, ad una visione integrata dell'intervento sanitario e sociale, alla centralità della prevenzione e dell'approccio epidemiologico, alla tutela dell'ambiente e ad un'organizzazione sanitaria territoriale e partecipata.

Ad accomunare i soggetti e le realtà protagoniste di questo profondo cambiamento, fu una visione unitaria e integrata della salute fisica e psichica, individuale e collettiva, legata al territorio, alla comunità. Scriveva in quegli anni Giulio Alfredo Maccacaro, medico, ricercatore e fondatore di Medicina Democratica: ***“Si vive, ci si ammala e si muore di classe. Tutto si risolve in ultima analisi in un aumento di capacità del capitale a gestire medicalmente la società, magari fingendo di gestire socialmente la medicina”***.

Ricordare, ci aiuta a comprendere la responsabilità che abbiamo tutti nel frenare l'avanzamento di un processo folle che punta a smantellare pezzo dopo pezzo ciò che di pubblico è rimasto nella sanità, la necessità di recuperare la verità sulla sanità lombarda, costruire una maggiore consapevolezza che ribalti il paradigma salute=profitto.

## # 1 Cure e accesso alle cure



leggi di più...

La cura dovrebbe soddisfare un bisogno essenziale: l'accesso alle prestazioni dovrebbe essere universale, rapido e gratuito, e l'offerta di cura dovrebbe avere una distribuzione capillare sul territorio.

Invece, nella società capitalista, tutte le politiche sanitarie sono basate sul profitto. L'accesso alle prestazioni richiede lunghi tempi di attesa e il pagamento di ticket elevati, il che spinge i pazienti verso le strutture private; la sanità territoriale (per esempio medici di base, poliambulatori, consultori, centri di supporto per problematiche psico-sociali o dipendenze), non producendo alcun profitto, è stata completamente smantellata, mentre tutti i percorsi di cura sono stati concentrati nelle strutture ospedaliere.

La pandemia ha solo reso più evidente questa contraddizione: i tempi di attesa si sono ancor più dilatati, favorendo ulteriormente il ricorso alla sanità privata; gli stessi presidi per combattere la pandemia sono stati trattati alla stregua di merci, come i tamponi molecolari a pagamento. La mancanza di un filtro territoriale ha fatto sì che l'unica offerta assistenziale venisse fornita dalle strutture ospedaliere, che a oggi rappresentano un "nodo di diffusione" dell'infezione virale.

**VOGLIAMO TUTTO!**



### SPORTELLI SANITÀ MILANO CITTÀ E DINTORNI

- **Milano Sud/Ovest**  
Via Lelio Basso, 7 - Ogni  
LUNEDÌ dalle 18:00 alle 20:00
- **Milano Lambrate**  
Via Conte Rosso, 20 c/o  
Panetteria Occupata - Ogni  
MARTEDÌ dalle 17:00 alle  
19:00
- **Sesto San Giovanni**  
c/o Centro Sociale BALDINA -  
Via Forlì, 15 - Ogni  
MERCOLEDÌ dalle 17:00 alle  
19:00
- **Milano**  
AMBULATORIO MEDICO  
POPOLARE - Via Dei Transiti,  
28 - LUNEDÌ dalle 15:30 alle  
19:00 - SABATO dalle 11:00  
alle 13:00