

INADEGUATEZZE DEL CAPITALISMO E AFFANNO DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO (Prospettiva Marxista – maggio 2020)

La salute è un tema assai complesso. È perfino difficile darne una definizione in termini positivi senza che essa sconfini nell'accezione di felicità o benessere. Più semplice è invece l'individuazione dell'assenza di salute ovvero della malattia. Queste da sempre affliggono e accompagnano la storia umana, la quale è fatta però di formazioni economico-sociali differenti, di classi dagli interessi inconciliabili e da condizioni materiali profondamente difformi che vanno viste nella loro storicità e concretezza.

Si tratta di una tematica ampia e trasversale, che riguarda ciascuno dal concepimento fino all'estremo saluto e che dipende da svariati fattori sociali quali le condizioni lavorative, alimentari, abitative ecc.

Dopo una breve premessa concentreremo qui la nostra attenzione sulla decadenza del sistema sanitario italiano, in termini assoluti e relativamente ad altri Paesi, nonché su alcune contraddizioni messe drammaticamente in luce dall'emergenza sanitaria innescata dall'epidemia del coronavirus.

Limiti del capitalismo...

La scuola marxista deve sforzarsi di usare con cognizione di causa il termine "crisi", perché è in particolar modo su questa situazione che si articolano passaggi decisivi della strategia e della tattica dell'intervento come soggetto politico. Ecco perché ogni crisi deve essere aggettivata e analizzata nello specifico. Quella manifestatasi è essenzialmente una temporanea e circoscritta crisi sanitaria, nel caso italiano amplificata da peculiari debolezze.

A balzare agli occhi è però innanzitutto il modo con cui il sistema di produzione capitalistico si è mostrato strutturalmente inadatto a fare prevenzione e fisiologicamente incapace di offrire una risposta unitaria, coordinata e cooperativa alle sfide che la natura ci pone come specie.

La scienza medica epidemiologica è da tempo conscia che il sorgere di salti di specie dei virus, i cosiddetti *spillover*, sono un fenomeno naturale inevitabile. Tra le più recenti malattie, quelle dell'Hiv, dell'Ebola e della Sars sono state trasmesse a noi da animali selvatici, ecco perché un'azione lungimirante può essere costituita dallo studio dei virus già presenti nei mammiferi da cui più facilmente avviene il passaggio all'uomo, come pipistrelli, roditori e primati. Ma, secondo la fondazione EcoHealth Alliance di New York, ad oggi è stata compiuta una mappatura di solo il 14% dei virus presenti negli altri mammiferi non umani¹. Non ci si può aspettare molto di più dal capitalismo poiché semplicemente in quest'opera non c'è un ritorno economico, non costituisce un mercato.

Inoltre, per il vigente modo di produzione, le scorte, lungi dal costituire un'assicurazione sul futuro, sono, in linea di massima, una massa di merci immobilizzate da ridurre ai minimi termini. Il modello del *just in time* e della *lean production*, introdotto in Giappone dalla Toyota a partire dagli anni Settanta, si è imposto e generalizzato producendo uno snellimento dei magazzini di tutte le filiere, fino in alcuni casi ad arrivare alla produzione sull'ordinativo o il già venduto. Ciò non può che aggravare la capacità e i tempi di risposta di fronte ad un evento improvviso come una pandemia. Prendiamo ad esempio il solo caso delle mascherine, il più semplice dispositivo di sicurezza, di cui ogni Paese si è rivelato penosamente a corto, con una fortuita e fortunata eccezione. Riporta infatti il *New York Times* che, fin dagli anni Cinquanta, la Finlandia si è dotata di una rete di magazzini segreti per far fronte, memore dell'invasione del '39, alla minaccia della Russia e tra queste scorte c'erano anche mascherine vecchie di settant'anni, ma ancora utilizzabili².

I lauti investimenti militari che scorrono invece copiosi dalle casse di ogni Stato di ogni singola borghesia dimostrano che la cura di questo elemento della forza, esercitabile già nel presente della spartizione mondiale, è esigenza molto più impellente, sentita e necessaria della

prevenzione sanitaria.

Infine, di fronte ad un'effettiva minaccia comune, una società divisa in classi e una borghesia divisa in frazioni e Stati hanno fatto risaltare le più classiche contraddizioni capitalistiche. Ogni Stato ha agito secondo i propri interessi e le proprie prerogative, trattenendo per sé la stragrande maggioranza dei materiali sanitari essenziali e trovandosi a gestire in prima battuta e di fatto per proprio conto l'emergenza. Ecco perché ogni singola formazione economico-sociale nazionale ha fornito ad uno stesso problema risposte in parte eterogenee e dall'esito anche notevolmente diverso.

...limiti di un capitalismo

Il declino manifesto dell'imperialismo italiano non poteva non avere ricadute sugli aspetti sanitari e così sulla capacità di contrastare e gestire, soprattutto in una prima fase, il contagio.

L'andamento demografico da oramai cinque anni ha tassi negativi, nonostante l'apporto dei flussi migratori. Secondo il *Rapporto Censis-Tendercapital* del 2019, l'Italia detiene la percentuale di over 65 più alta d'Europa, pari al 22,7% della popolazione. In dieci anni questa fascia è cresciuta di 1,8 milioni di unità, mentre gli under 34 sono calati di 1,5 milioni e le nascite sono crollate del 23,7%.

L'aspettativa e la qualità della vita riflettono le disuguaglianze di classe: un dirigente ha un'aspettativa di vita mediamente di sei anni superiore rispetto ad un operaio non qualificato; se si prendono poi in esame i tassi di mortalità derivati da malattie croniche delle basse vie aeree respiratorie (con patologie quali bronchite, enfisema, asma e pneumopatia), si scopre che un manager ha una mortalità inferiore di un terzo rispetto ad un operaio manuale specializzato e addirittura la metà in confronto ad un operaio generico³.

L'invecchiamento progressivo ed il cattivo stato di salute degli strati meno abbienti fa dunque risaltare ulteriormente i bilanci delle vittime da coronavirus. Con una fascia anziana in crescita e un incremento dell'aspettativa di vita si ha inevitabilmente una maggiore domanda di cure sanitarie, eppure questo importante comparto del Welfare State, essendo uno dei fattori che va ad incidere sulla competitività nella lotta tra borghesie per la spartizione del plusvalore mondiale, è stato posto immancabilmente sotto attacco.

Il bilancio di un ventennio, ad esclusione della parentesi del Governo Monti che ha ridotto in termini assoluti la spesa sanitaria, è stato quello del taglio degli investimenti previsti e, soprattutto, del blocco del personale. Se infatti a prezzi correnti negli ultimi vent'anni la spesa sanitaria statale è aumentata, essa in realtà, secondo i dati della Fondazione Gimbe, non ha tenuto il passo dell'inflazione⁴. Negli ultimi dieci anni sono stati decurtati 37 miliardi di investimenti precedentemente preventivati per la spesa sanitaria e solo il Governo dei tecnici del 2012 tagliò 25 miliardi per i tre anni successivi. Se nel 2001 la spesa sanitaria pubblica corrispondeva al 7% del Pil, nel 2017 era scesa al 6,6%, mentre in Germania si attestava al 9,6% e in Francia al 9,5%, in entrambi i casi circa tre punti di Pil in più.

Di conseguenza le stesse strutture ospedaliere sono state ristrutturate, dal 2007 al 2017 sono stati chiusi quasi 200 ospedali, passando da 1.197 a mille. In quel decennio, secondo l'Annuario Statistico del SSN sono andati persi 70 mila posti letto, grossomodo il 30%. Ora l'Italia ha 3,2 posti letto ogni mille abitanti, quando nel 1985 quel rapporto era 6,5. Si pensi che il Giappone di oggi ha oltre 13 posti letto per mille abitanti, la Corea del Sud e la Germania circa otto⁵.

La scelta che però ha maggiormente inciso nel tempo è stato il blocco del turnover, con nuove assunzioni fatte col contagocce. Così oggi l'età media dei medici italiani, pari a 55 anni, è tra le più alte al mondo. La Ragioneria dello Stato ha calcolato che dal 2009 al 2017 il Servizio Sanitario Nazionale ha perso 46 mila dipendenti scendendo da 649 mila addetti a circa 603 mila. In questo lasso di tempo la riduzione del personale sul campo annovera otto mila medici e tredici mila infermieri in meno.

La grave penuria di organico si traduce in servizi assistenziali scadenti, in allungamenti inverosimili delle liste d'attesa che portano ricadute notevoli sulle condizioni di salute di strati non irrilevanti di proletariato poco qualificato e di sottoproletariato, disoccupato o precario, che non hanno possibilità di affrontare un'ingente spesa straordinaria di tasca propria.

Stando al *IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*, datato 2019, i tempi di attesa per una visita endocrinologica sono di 128 giorni, di 97 giorni per una mammografia, di 75 per una colonscopia e di 65 per una visita oncologica. Di fronte a ciò 19,6 milioni hanno fatto almeno una visita a pagamento e il 62% di chi ha effettuato una visita pubblica ne ha affiancato almeno un'altra privata. Il 44% dei pazienti ha scartato immediatamente l'opzione troppo lenta del Sistema Sanitario Nazionale. Nel 2006 si stimavano escluse dai livelli essenziali di assistenza 1,3 milioni di persone, ad oggi questa massa è lievitata a 8,7 milioni di individui.

Nel frattempo la silente privatizzazione della sanità, implicita nella regionalizzazione avvenuta circa vent'anni fa, e così accentuata da esaltare le differenziazioni regionali comprovate dalle notevoli migrazioni sanitarie interne, è stata più forte nel capitalismo italiano che altrove in Europa. Nel 2008 la cosiddetta spesa sanitaria "out of pocket", ovvero la spesa diretta delle famiglie che va ben oltre il semplice ticket, era pressoché simile in Germania (23,8% sul totale), Francia (21,8%) e Italia (22,3%). Appena dieci anni dopo l'Italia ha accumulato un divario di ben dieci punti percentuali.

Così la spesa sanitaria privata media per famiglia all'anno è cresciuta nel tempo fino ad oltre 1.400 euro, ed anche per questo si ingigantisce l'odioso fenomeno della rinuncia delle cure per motivi economici. In pratica un malato su cinque si rassegna a non ricevere assistenza, e ciò avviene specialmente in Meridione e per chi è affetto da malattie croniche. Se si guarda alle fasce di reddito si scopre che 1/4 di chi guadagna tra 15 mila e 35 mila euro e addirittura 1/3 di chi è sotto i 15 mila euro rinuncia, obtorto collo o per sconforto, alle cure mediche di cui avrebbe bisogno.

Tradotto in numeri, secondo il *VII Rapporto RBM-Censis* del 2017, 12,2 milioni di persone hanno rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie e 7,8 milioni hanno dovuto usare tutti i propri risparmi per curarsi oppure si sono indebitati con banche o altri istituti di credito o hanno dovuto chiedere aiuto ad amici o parenti.

Anche su questo terribile fronte le frange più fragili del proletariato si stanno impoverendo rapidamente e stanno pagando con la propria salute la condizione di subalternità e di classe sfruttata.

A confronto con la Germania

Date le premesse sopraelencate la prognosi di come il sistema sanitario nazionale si prestava ad affrontare l'epidemia da coronavirus non poteva che essere infausta. Un confronto con il sistema tedesco, che ha finora meglio retto all'impatto del coronavirus, ci può consentire di capire più a fondo anche la nostra realtà.

In primo luogo va ricordato come all'inizio della crisi sanitaria in Italia si contavano approssimativamente cinquemila ventilatori polmonari in terapia intensiva, contro gli oltre 28 mila della Germania. In secondo luogo alla base dei disastrosi numeri dei casi in Lombardia ha concorso la scarsa presenza di reti dei medici di famiglia, molto più rarefatta rispetto ad esempio a Veneto ed Emilia⁶. Un comunicato FIMMG (Federazione medici di medicina generale) e ANAAO (sindacato dei medici dirigenti) del 2018 denunciava poi l'eccessiva scarsità dei medici di base in Italia, solo 88,3 per 100 mila abitanti contro i 170 della Germania.

Alla mancanza di personale ospedaliero e di letti, va aggiunta quella dei dispositivi di protezione e dei test. In quest'ultimo caso più che il numero di tamponi in quanto tali, presenti in abbondanza anche in Italia, è stata la capacità di analisi dei laboratori a essere profondamente differente. La Germania poteva contare su un vantaggio temporale nell'affrontare il virus, ma anche su oltre 250 laboratori in grado di elaborare fin da subito 500 mila tamponi a settimana, circa 70 mila al giorno, contro i 36 mila al giorno dell'Italia.

Grandi gruppi dell'industria tedesca si sono poi prontamente riconvertiti in modo tale da portare in poche settimane i respiratori meccanici da 28 a 40 mila unità. In Italia l'unica azienda produttrice era la Siare Engineering, con appena 35 dipendenti e 120 pezzi prodotti al mese. Lo Stato ha dovuto mandare l'esercito in fabbrica per potenziare la produzione e solo con l'affiancamento di Ferrari ed Fca la produzione è arrivata a 500 pezzi al mese.

Fattori preesistenti come la struttura del sistema sanitario tedesco meno indebolito dalle ristrutturazioni, diffuso con innumerevoli piccoli ospedali nei vari Länder e la forte industria, inclusa quella farmaceutica, hanno contribuito a tenere il decorso della pandemia sotto controllo, tanto che è forse eccessivo, se non fuorviante, parlare nel loro caso di emergenza sanitaria.

Ad oggi le vittime da Covid-19 in Germania sono circa 5.500, contro le oltre 25 mila in Italia. L'Oms segnala con apprensione che in Europa circa la metà dei morti sono avvenuti nelle RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) parla di oltre il 40% di decessi occorsi nelle case di riposo, mentre questo dato in Germania, secondo l'Istituto Robert Koch, è di circa un terzo⁷.

In Italia queste strutture private, vere e proprie aziende dotate di personale infermieristico, si sono via via sovradimensionate con l'ovvio intento di massimizzare gli introiti. Anche in Germania la problematica è ben presente e già ci sono focolai come a Wuerzburg in Baviera che hanno poco da invidiare al Pio Albergo Trivulzio. Tuttavia, nella pluralità di modelli che contraddistingue l'architettura tedesca delle residenze per anziani, esistono anche strutture mini residenziali, le Care Flathsare, con assistenza garantita al domicilio da parte dello Stato, che potrebbe aver consentito una minore piaga in queste realtà più a rischio.

Oltre a tutti questi elementi strettamente connessi con la questione sanitaria si deve tenere poi presente una complessità multifattoriale fatta di carature diverse delle classi politiche borghesi, di specifici e duraturi tratti caratteriali e psicologici nazionali, ma anche di alcune peculiarità sociali che hanno contribuito ad aggravare la situazione italiana ed attenuare quella tedesca.

La struttura familiare italiana, ad esempio, dovuta all'enorme peso della piccola borghesia e quindi anche alla scarsa mobilità della forza-lavoro precarizzata e impoverita nelle nuove leve giovanili, ha fatto sì che la metà dei giovani tra i 25 e i 34 anni stia vivendo ancora con i genitori, mentre i tedeschi sono in gran parte già fuori di casa a 23 anni⁸. Il Welfare all'italiana è poi un Welfare fortemente familiare, dove la vicinanza e l'aiuto dei genitori e dei nonni è un tassello fondamentale: ciò significa che la classe salariata costretta ad andare in queste settimane a lavorare ha potuto trasmettere con più facilità l'infezione ai propri cari.

Infine l'efficienza politica ed organizzativa, la disciplina con un più ferreo attenersi alle regole tipiche della storia tedesca hanno trovato ennesima conferma, così come la confusionaria faciloneria italiana, con la barabanda di contraddittorie ordinanze nazionali e locali, decreti annunciati nottetempo e anzitempo trapelati, fughe precipitose dalle regioni settentrionali prima dello scoccare del lockdown, ecc. Significativo in tal senso la richiesta del sindaco di Ancona, Valeria Mancinelli: «*Dobbiamo rimettere mano all'articolazione di Comuni, di quel che resta delle Province, di Regioni e dello Stato centrale. È un caos*»⁹.

Medici in prima linea e indizi da Parigi, New York e Chicago

La classe operaia e salariata, quella che produce merci e le trasporta soprattutto nelle filiere essenziali e ritenute strategiche dalla borghesia, si è mostrata in questi due mesi trascorsi in tutta la sua centralità. Al contempo è chiamata nella sua prima linea del personale sanitario a far fronte al rischio contagio. Protetta scarsamente e malamente da dispositivi di sicurezza spesso inadeguati, sotto organico, è impegnata in turni massacranti e paga con sacrificio un tributo di vite che lascerà il segno su una generazione di salariati nel campo medico. Celebrati nella retorica nazionalista come eroi, sono stati dimenticati e attaccati in tutti gli anni passati e torneranno ad essere dimenticati ed attaccati negli anni futuri. Questi innanzitutto stanno pagando le contraddizioni e l'inadeguatezza del capitalismo in generale e l'inefficienza del capitalismo italiano in particolare. I medici sono oggi oltre il 10% dei contagiati in Italia, mentre in Germania sono il 2% e in Cina sono stati il 4%. Gli ospedali, a partire da Codogno, sono stati veri e propri focolai. Secondo dati recenti dell'ISS, ci sono stati 17 mila contagi conclamati tra medici, infermieri e operatori socio sanitari, che hanno generato soltanto tra i medici circa 150 morti¹⁰.

È acclarato che il Covid-19 è particolarmente letale nelle fasce più anziane della popolazione. Secondo un report dell'ISS del 23 aprile, sebbene l'età media dei pazienti

ricoverati sia di solo 63 anni, quella di chi è mancato è di 79 anni. Finora poco più dell'1% del totale, pari a 260 individui, aveva meno di cinquant'anni.

Non tutti i pensionati sono però uguali tra loro e accomunabili in un appiattimento aclassista solo poiché ormai fuori dal mondo del lavoro. Il loro trascorso lavorativo incide, non solo sulla retribuzione, ma direttamente sulla salute con la quale riescono a ritirarsi e a trascorrere gli ultimi anni di vita. Oltre il 70% dei deceduti da coronavirus aveva già a suo carico una diagnosi di ipertensione arteriosa. Le stime di uno studio che prende in considerazione l'origine professionale di questa condizione clinica evidenzia un'associazione statisticamente significativa con alcuni fattori quali il lavorare in presenza di calore, il contatto con agenti chimici, il mantenere posture difficili o lo stare a lungo seduti, fare più cose contemporaneamente e non poter distogliere gli occhi dal lavoro¹¹. Esiste un'ampia letteratura riguardo alla correlazione tra ipertensione e obesità, diabete, consumo di alcool e di tabacco, così come sul fatto che tutti questi comportamenti e condizioni citati siano maggiormente diffusi nei settori meno istruiti, con abitudini alimentari disordinate e redditi da lavoro più bassi, fino ad evidenziare un distacco evidente anche tra “colletti blu” e “colletti bianchi”, oltre che di questi verso la classe superiore dei capitalisti.

Vi sono infine categorie di proletari, oltre a quelli menzionati e quelli impiegati nei supermercati o nelle farmacie ovviamente, più esposti di altri ai rischi sanitari durante la pandemia in corso.

Sulla condizione di salute dei proletari nelle fabbriche o nelle logistiche in Italia non vengono puntati i fari accesi delle inchieste dei quotidiani della borghesia, intenti come sono a far da grancassa alla frenetica campagna confindustriale per rilanciare a pieni giri, e anche più, i motori di tutte le industrie. Qualche istruttiva notizia in più trapela però dall'estero.

Sono ricorrenti da svariati anni i disordini nelle banlieue di Parigi e alla comunicazione del prolungamento del confinamento proclamato dal presidente francese si sono avute immediate proteste. Ebbene le periferie sono particolarmente a rischio sia per la maggiore densità abitativa, sia perché in quelle aree risiedono molte delle categorie di lavoratori che non possono adottare lo *smart working* o che non dispongono di un'auto per muoversi e devono quindi usare i mezzi pubblici.

Da New York invece si scopre che il quartiere più colpito è nel Queens, zona con una densità abitativa strabiliante di ventimila persone per chilometro quadrato, abitata soprattutto da latinos impiegati in cantieri, lavori di pulizie, consegne a domicilio e ristorazione, tutti impieghi che richiedono una presenza fisica diretta¹².

I proletari neri e latini, rappresentanti della maggioranza degli *essential workers* – come badanti, cassieri, postini, netturbini, infermieri, fattorini, autisti, ma non solo –, hanno una probabilità doppia di ammalarsi rispetto alla media sociale. A Chicago gli afroamericani hanno il 72% dei decessi nonostante siano il 30% della popolazione complessiva. Le loro condizioni mediche pregresse li candidano purtroppo quasi inevitabilmente alla terapia intensiva qualora ricoverati¹³. Il nesso tra condizione socioeconomica della classe proletaria presente in Italia, le sue condizioni di salute e come stia pagando la crisi sanitaria in corso sarà da analizzare attentamente perché parte di una battaglia politica già in atto, ma non ancora conclusa.

NOTE:

- ¹ 22 giugno 2017, *Le Scienze*, “Una mappa dei virus che possono passare dai mammiferi all’uomo”. Lo studio della fondazione newyorkese è stato pubblicato su *Nature* nel 2017 e riporta l’esito della mappatura di 586 virus. «Questo tipo di ricerche potrebbe aiutare il monitoraggio delle malattie emergenti e la prevenzione o il rapido confinamento di potenziali focolai», conclude l’articolo.
- ² 5 aprile 2020, *The New York Times* (edizione online), Christina Anderson e Henrik Pryser Libell, «Finland, ‘Prepper Nation of the Nordics’, Isn’t Worried About Masks».
- ³ L’aspettativa di vita è stata elaborata su dati ISTAT 2001-2010 relativi a Torino da Roberto Leombruni (2016), mentre la mortalità per malattia e settore professionale è ricavata sempre da dati ISTAT 2011-2014 da Gianfranco Alicandro (2017).
- ⁴ Fondazione GIMBE, *IV Rapporto sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 11 giugno 2019.
- ⁵ *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, pubblicato il 18 settembre 2019 con periodo di riferimento all’anno 2017.
- ⁶ 17 aprile 2020, *Il Sole 24 Ore*, Inchiesta di Roberto Galullo e Angelo Mincuzzi, “Perché la Sanità lombarda è crollata dalle fondamenta: i medici di famiglia. Emilia e Veneto no”.
- ⁷ 24 aprile 2020, *Bild* (edizione online), “Schon 20 Pflegekräfte gestorben RKI besorgt: Anteil vielleicht noch höher” (Sono già morte 20 infermiere. RKI preoccupato: la quota può essere ancora più alta).
- ⁸ 21 marzo 2020, *L’Espresso*, Emiliano Fittipaldi, “In Italia il virus uccide, in Germania no. Il mistero della resistenza dei tedeschi”.
- ⁹ 9 aprile 2020, *Il Fatto Quotidiano*, Vittorio Emiliani, «Sanità “federale”: un caos per lo Stato».
- ¹⁰ 22 aprile, *La Stampa*, Raphael Zanotti, “I nostri eroi abbandonati all’inferno: 17.000 contagiati tra i camici. E chi chiede le mascherine viene licenziato”.
- ¹¹ N. Barbini, G. Gorini, L. Ferrucci e A. Biggeri, *Il ruolo svolto dall’attività lavorativa sull’ipertensione arteriosa*, US National Library of Medicine National Institutes of Health, aprile-giugno 2007. Disponibile qui: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758665/>
- ¹² 11 aprile, *Il Foglio*, Daniele Ranieri, “Il quartiere più colpito dal virus nel disastro di NYC è Corona, nel Queens”.
- ¹³ 10 aprile 2020, *Il Foglio*, Simona Siri, “I dati sconcertanti delle vittime afroamericane negli States”.