

Città di Monza, Martedì tredici febbraio millnovante
novecenta, ore dieci, sala N.E.I. in via Enrico da Monza

Assemblea Regionale Infermieri Autocomvocata

Relazione Introduttiva

Iniziativa

promossa da infermieri degli Ospedali di: Monza, Vimercate, Rho,
Gorgonzola, Bellano, Merate, Melegnano, Somma Lombarda;
Milano: San Carlo, San Paolo, Pio Albergo Trivulzio, Miguorda,
Policlinico.

PER UN PROGRAMMA
DI LOTTA UNIFICANTE
NELLA SANITA'.

SALUTE E MALATTIA

Che cosa e' realmente oggi il
SISTEMA SANITARIO ?

Quali sono le sue funzioni?

Quali interessi ci sono dietro?

Quale risulta essere nel con-
creto, la qualita' del lavoro di
chi opera nella sanita' e la
qualita' dell'assistenza che
questo servizio "dovrebbe"

EROGARE?

Prima di rispondere alle succi-
tate domande ed affrontare i
piani ristrutturativi che lo Stato
sta portando avanti anche in
questo settore, ci sembra do-
veroso esprimere un diverso
punto di vista sul concetto di
malattia e di salute nell' attuale
stadio del nostro modello so-
ciale.

LA SALUTE ,questa sconos-
ciuta ...

La salute non e' solo ed
esclusivamente assenza di

malattia, come correntemente
vogliono farci credere; prima di
tutto e' possibilita', da parte
dell'individuo, di utilizzare al
massimo le capacita' del pro-
prio corpo (sia fisiche che
psichiche).

La stessa O.M.S. definisce la
salute non solo assenza di
malattia, ma anzitutto "lo stato
di benessere completo, fisico,

mentale e sociale".

Dato che MEDICINA E SANITA'
" dovrebbero" essere sinonimi di
"DIRITTO ALLA SALUTE", compli-
to preciso di queste dovrebbe
essere non solo quello di curare
ma soprattutto prevenire ed
eliminare le cause di malattia.

E' in questi termini che la do-
manda di salute si e' espressa
negli anni settanta in termini di
PREVENZIONE E PARTECIPA-
ZIONE, legando la salute e la
malattia al sistema sociale e al
modo di produzione.

Tali concetti appaiono attual-
mente ancora piu' evidenti se

si pensa alla malattia creata
dalla condizione ambientale, dai
disastri ecologici, dallaquotidia-
neita' dell'inquinamento e della
nocivita', dalle condizioni di la-
voro che progressivamente dis-
truggono l'organismo, se si pen-
sa inoltre all'insorgere di nuove
patologie strettamente legate al
sociale .

I dati relativi agli infortuni sul
lavoro e alle malattie profes-
sionali nel periodo 74-85 danno la
dimensione della patologia e
della morte strettamente legate
al lavoro; questi dati si riferisco-

no ai casi denunciati all'INAIL e
quindi escludono tutti i casi non
denunciati e le malattie profes-
sionali non riconosciute ancora
come tali.

Da questi dati si vede che nel
decennio 74-83 sono stati de-
nunciati 12.521.974 casi di in-
fortuni e malattie professionali,
e nel periodo 83-85 si e' avuta
una media di 1.000.000 di casi

ogni anno, di cui circa 60.000 di media con postumi permanenti e circa 2.000 morti ogni anno (i dati recentemente pubblicati relativi al 1988 riportano 3.026 morti per infortuni sul lavoro: un aumento quindi del 48,7% rispetto all'anno precedente e del 51% rispetto al 1986. Da tali dati si rileva anche l'aumento di nuove malattie legate alle nuove tecnologie come ad esempio i disturbi agli occhi provocati dai computer, mentre non scompaiono vecchie piaghe come l'asbesto-

si e la silicosi. Le malattie professionali risultano nel 1988 incrementate del 20% sul 1987 e del 30% sul 1986, mentre gli infortuni sul lavoro in agricoltura sono passati dai 190.000 ai 254.000).

Per quel che riguarda il tipo di patologie che oggi prevalgono, insieme ad una recrudescenza di malattie infettive "vecchie e nuove" (dovute ad un netto peggioramento delle condizioni igieniche di quartieri, città e posti di lavoro) c'è sempre un aumentato sviluppo dell'insorgenza di tumori e di morti da tumori. Le cause principali di morte negli anni 71-81 sono dovute per il 25% ai tumori (SSP).

La maggior parte dei tumori maligni sono dovuti sicuramente a fattori chimici di origine industriale, all'inquinamento radioattivo, all'inquinamento di cibi sempre meno "genuini", ecc., fattori tutti in aumento e che non sono

mai stati "sottocontrollo"; tutti i fattori, prevalenti nelle fabbriche e subito fuori di esse, nell'organizzazione del lavoro, nella vita quotidiana, nell'ambiente di vita e nei consumi di tutti noi lavoratori.

Non si esagera quindi dicendo che tutte le malattie oggi in ...

" commercio " hanno delle cause ben precise, identificabili una per una e fabbricate dal meccanismo sociale in cui siamo costretti a vivere.

La prevenzione, la lotta contro le cause di malattie, quindi, è l'uni-

ca risposta ancora e sempre più "giusta". Questo concetto non elimina anzi ne richiede la necessaria attuazione, la lotta per il diritto a essere curati dignitosamente nella prospettiva (ormai realtà in molte città del nostro Paese) di una sanità sempre più di élite, sempre più per pochi e una assistenza sempre più scadente o inesistente per la stragrande maggioranza della popolazione. In Italia, chi vuole curarsi deve pagare (a caro prezzo) "rinomati" professori ed "efficienti cliniche", CONTRO IL CONCETTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA UGUALE PER TUTTI, obbiettivo delle lotte per la salute negli anni 70.

L'ATTUALE SISTEMA SANITARIO NAZIONALE.

.....

L'INDUSTRI FARMACEUTICA ED IL RUOLO DELLA SANITA' NEI PROFITTI INDUSTRIALI

La sanita' e' un settore molto importante nello sviluppo dell'industria capitalistica.

Alle multinazionali farmaceutiche, a quelle produttrici di apparecchiature e tecnologie di ricerca nella terapia clinica, alle multinazionali di edilizia ospedaliera (boss del cemento) sono permessi investimenti capitalistici ad altissimo profitto e molto poco finalizzati alla salute della collettivita'.

Gli stessi interessi della "casta" medica sono sempre piu' interessi economici di "baroni" e primari che lucrano tra "pubblico" e privato in stretta connessione con capitalisti che, guardacaso, hanno sempre maggiori interessi nel settore.

Inoltre le industrie farmaceutiche, con la schiera dei loro dirigenti rappresentanti, ricercatori, informatori, SI CALANO SULLA SANITA' COME DEGLI AVVOLTOI, imponendo le prescrizioni dei loro farmaci, facendo "scegliere" il medico in base alla confezione piu' bella, al farmaco piu' ben presentato, alla prospettiva del piu' bel "regalo" in base alla "loro informazione".

TUTTO IN NOME DEL LIBERO MERCATO...; inoltre la quasi totalita' del cosiddetto "aggiornamento professionale" di medici, farmacisti, biologi, viene effettuato esclusivamente da ditte farmaceutiche, e tutto cio' che riguarda ricerca tecnologica e medico scientifica, si trova saldamente nelle mani delle multinazionali farmaceutiche.

Non risulta quindi sorprendente il fatto che autorevoli fonti del SSN dichiarino pubblicamente che la stragrande maggioranza dei farmaci in commercio sono inutili o dannosi e che non esiste nessun serio controllo su cio che ci viene propinato!

Si sa infatti che esistono 6.847 confezioni farmaceutiche a fronte di soli 200 principi attivi. Complessivamente quindi il SSN ha come finalita' reali NON la produzione di salute rispettosa delle esigenze della popolazione, ma la produzione di grosse rendite ed elevati profitti: un enorme business.

LA PRIVATIZZAZIONE "VECCHIA" E "NUOVA"

.....

Tutti sostengono (governo, padronato, partiti, FMI) che il buco del deficit pubblico vada sanato restringendo le spese sociali e ristrutturandone i settori con un massimo uso della privatizzazione.

La storia della privatizzazione non e' certo una novita', ma accompagnandosi e seguendo

di pari passo i tagli della sanità pubblica portati avanti dalle varie leggi finanziarie, ha fatto sì che ci sia stata una progressiva espansione del mercato sanitario privato nel nostro Paese (fino al 52% della spesa sanitaria annua). Su questo piano hanno avuto un loro ruolo anche le stesse OS che si sono adoperate per gestire l'insufficienza cronica di personale, favorendo il ricorso agli appalti e la privatizzazione di molti servizi del SSN (pulizie, cucine, officine...). Ma oltre a tutto questo e' lo

stesso concetto di gestione privatistica che sta passando nel servizio pubblico: e' la riorganizzazione, ridefinizione, ristrutturazione di tutti gli aspetti del SSN, del rapporto di lavoro dei dipendenti, della quantità e qualità del salario loro spettante, del trasferimento nelle mani di "manager" privati di tutte le strutture pubbliche (USL e ospedali) dei tagli di spesa finalizzata a far produrre meglio e a trarre maggior profitto dall'azienda sanitaria: e così

anche con l'ultima legge finanziaria si ripercorre la strada del taglio di circa 40.000 posti letto pubblici e del pagamento del ticket (medicinali ed esami diagnostici e clinici).

LA REALTA' DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

.....

La situazione reale del SSN, accusato di essere fonte di eccesso di spesa e di non funzionare in quanto pubblico e' nella realtà molto diversa da come la si vuol far credere. Intanto per quel che riguarda la spesa sanitaria e' in Italia minore della media europea (7%) e la metà della spesa negli USA (12%), dove esiste una forte privatizzazione.

Il numero dei posti letto e' molto al di sotto di quello sancito dalla legge 833; il tasso occupazionale degli operatori non riesce a soddisfare neanche le minime esigenze degli assistiti. Basti pensare che su un totale di circa 230.000 infermieri secondo dati ufficiali, in base ai nuovi standards, ne mancherebbero ancora 129.000 (cioè piu' del 50%). Così vale per il personale con funzioni riabilitative, (attualmente oltre i 10.000), per il personale tecnico sanitario (26.000) e per

tutto il personale ausiliario e tecnico.

Recenti elaborazioni del Ministero della Sanità stimano l'esistenza di un fabbisogno di circa 60.000 infermieri professionali. Tutto questo calcolato sui parametri attualmente esistenti in Italia, che prevedono il rapporto di 280 infermieri su 100.000 abitanti. Si ricorda che in altri Paesi tale rapporto e' molto piu' elevato; 350-550 su 100.000 abitanti nei Paesi dell'Europa occidentale, 550-700 nell'Europa dell'Est 600-900 nell'Europa del Nord.

La logica su cui si basano quindi le proposte di ristrutturazione del SSN (eccesso di spesa, eccesso di personale) e' solo la scusa da fornire alla opinione pubblica per trovare modi sempre piu' raffinati di trarre ancora profitti dalla malattia e fornire servizi sempre piu' scadenti.

In definitiva quindi la ristrutturazione, che si esplica con la privatizzazione di tutto il servizio, si basa su concetti che poco hanno da spartire con la qualita' dell'assistenza, della cura, della prevenzione; con una organizzazione del lavoro seria, finaliz-

zata al recupero completo della persona malata, con organici completi, con strutture funzionanti, ecc...

Ma su concetti che sono ormai collaudati dal modo di produzione capitalistica e riguardano il soddisfacimento degli interessi economici di chi " investe " nella sanita', di quelle industrie che con la sanita' ci campano e profitano, concetti che riguardano le " compatibilita' " economiche, stabilite ad " alto livello " con accordi tra Governo e Vertici Sindacali.

I LAVORATORI DELLA SANITA'

.....

I lavoratori della Sanita' sono gli elementi portanti su cui portare avanti tale meccanismo ristrutturativo. In nome delle compatibilita' economiche e dell'andamento economico dell' AZIENDA OSPEDALE, si sono introdotti meccanismi della professionalita' e della produttivita', la legaliz-

zazione del sottorganico cronico, gli aumenti dei carichi di lavoro, il concetto di licenziabilita' per qualsiasi motivo, la cassa integrazione.

LE INCENTIVAZIONI

.....

Il meccanismo dell'incentivazione alla produttivita', introdotto nel primo contratto della Sanita' come evoluzione del meccanismo delle compartecipazioni mediche e poi confermato e ampliato nel secondo contratto della Sanita', poggia su due elementi fondamentali:

1- Legare le possibilita' di recupero salariale alle prestazioni svolte e ad un aumento dell'orario lavorativo;

2- Impostare un modello di servizio sanitario che ha alla propria base il concetto di produttivita' intesa come maggior numero di prestazioni in termini manageriali, di gestione aziendalistica.

UNO- recupero salariale=prestazioni svolte

Per quel che riguarda il primo punto questo segue alla logica sindacale che si e' affermata negli ultimi anni nei contratti non solo

dei lavoratori della sanita', ma di tutto il Pubblico Impiego (Ferrovie, Scuola...) e cioe' che il salario e' sempre meno legato al costo della vita e sempre piu' all'opera prestata (professionalita' e produttivita'). La demolizione dei vari meccanismi che portavano ad un recupero salariale automatico (contingenza, scatti di anzianita', che, per quanto discutibili, erano per lo meno un criterio oggettivo di rivalutazione salariale) e' andata di pari passo con l'impostazione

di un meccanismo sempre piu' complesso di calcolo delle prestazioni e del fatturato, sulla divisione del quale ridistribuire la ricchezza.

E' sulla base di questa ridistribuzione che si e' creata in questi anni un enorme divisione e ristrutturazione tra lavoratori di diverse qualifche (piu' o meno "professionalizzate") e anche all'interno delle stesse. Innanzitutto la ripartizione del fondo nell' 85% da destinare al personale laureato (che rappresenta il 13% circa del

personale sanitario) e nel 15% agli altri lavoratori, ha fatto si che la corporazione medica si ritagliasse la maggior parte dei fondi all'interno del contratto unico, facendo si che negli stipendi mensili le cifre per gli incentivi alla produttivita' e il plusorario vadano nell'ordine dei milioni.

In secondo luogo le varie categorie di lavoratori hanno cercato, a ruota dei medici di ritagliarsi la loro fetta, costituendo SINDACATI GIALLI, corporazioni, per rivendicare la loro maggior professionalita' e produttivita' e quindi il maggior diritto alle incentivazioni.

In terzo luogo all'interno delle stesse qualifche si sono create disparita' legate al luogo di lavoro: e' emblematica la diversita' di trattamento tra gli infermieri professionali che lavorano in alcune unita' operatorie e quella dei reparti. Dai dati dell'ISIS piu' recenti, il salario medio dei 600.000 operatori della Sanita' si aggira su circa 1.500.000 lire al netto al mese; le categorie piu' nume-

rose hanno comunque stipendi medi minori; ad esempio gli infermieri che sono 230.000, e quindi piu' di un terzo del personale sanitario, hanno un netto medio di lire 1.200.000.

E' chiaro che a partire da una tale situazione di insufficienza salariale rispetto alle condizioni di vita, il meccanismo dell'incentivazione, offerto come unica possibilita' di aumentare le entrate, e' stato oggetto di rivendicazioni a catena piu' che di rifiuto, per quanto la maggior parte dei

lavoratori lo consideri un mezzo ingiusto per ottenere aumenti salariali.

Ad esempio, un questionario diffuso in alcuni ospedali (Torino e Bologna) denunciava una condanna degli istituti degli incentivi e della produttivita' cosi' come oggi articolati e concepiti, fonte di spreco e di divisione tra i lavoratori e una richiesta di aumenti salariali non distribuiti in diverse voci ma tutti inseriti nella paga base.

In tale situazione sono passati pure in secondo piano le caratteristiche salariali degli incentivi, che sono comunque molto diversi dagli aumenti salariali: innanzitutto non vanno in paga base e quindi non sono pensionabili; non hanno nessuna automaticita' e sono suscettibili a variazioni rispetto all'andamento della produttivita' dei servizi; sono comunque un aumento dell'orario lavorativo (straordinari ben pagati).

DUE- produttività = numero di prestazioni

Per quel che riguarda il punto due, tutto l'impianto teorico per giustificare le incentivazioni, è stato costruito sulla base di una pseudo-programmazione e di un nuovo metodo organizzativo.

MA QUALE?

Diciamo che tal modello organizzativo del sistema sanitario non è affatto nuovo ma è solo la riproposizione del sistema sanitario dei criteri gestionali dell'industria capitalistica.

La salute viene intesa come una

merce e, come si devono produrre più pezzi, così si misura la salute in numero di prestazioni al minor costo. Strettamente legata a questa logica è la professionalità richiesta al lavoratore della sanità: professionalità singola superspecializzata, rivolta all'organo, professionalità intesa come specializzazione, preparazione tecnica, elevazione culturale, professionalità quindi che prevede la parcellizzazione dell'assistenza con lo spezzettamento della stessa tra le varie figure.

(vedi proposta sui profili professionali).

L'altro scopo che veniva addotto come giustificazione all'introduzione dell'incentivazione era che tramite questo si doveva avere un potenziamento del servizio pubblico ed una riduzione della convenzionata esterna. Si è dimostrato in questi anni che tale obiettivo non è stato minimamente scalfito, anzi si è avuto un potenziamento del ricorso alla convenzionata esterna questo perché una logica produttivistica non può che

andare nella direzione di una privatizzazione in quanto la logica manageriale è di minor spesa gestionale e propria del privato, al quale interessa primariamente il profitto e non la risposta in termini di salute.

La competitività del pubblico non può quindi essere misurata su questo piano di efficienza ma sull'EFFICACIA indipendentemente dal problema della spesa.

Inoltre perché dietro le convenzionate ci sono gli interessi spesso di chi dovrebbe invece

far funzionare il SERVIZIO PUBBLICO (esempio: dirigenti USL che hanno le azioni nelle convenzionate).

ALCUNI DATI SUL FONDO PER LE INCENTIVAZIONI

Si riportano i dati relativi alle quote dei fondi per le incentivazioni, evidenziando quanto sarebbe spettato ad ogni lavoratore all'anno e al mese, se tale fondo venisse ripartito in parti uguali; tali dati si riferiscono a:

ANNO	USL	NUMERO DIPENDENTI	TOTALE INCENTIVI	PRO-CAPITE ANNO	PRO-CAPITE MESE
1989	64	2.200	7,9 MILIARDI	3.590.000	299.000
1989	REGIONE LOMBARDIA	48.000	400 MILIARDI	5.100.000	425.000
1989	TOTALE NAZION.	622.535 *	1.350 MILIARDI	2.168.000	180.000

* SALVO VARIAZIONI DOVUTE AL TURN-OVER E ALLA SUA INTEGRAZIONE.

ALCUNE PROPOSTE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE ED UN NUOVO MODELLO CONTRATTUALE E CULTURALE

.....

Se la logica degli incentivi e' servita esclusivamente per una redistribuzione della ricchezza rivolta a certe fasce di lavoratori della sanita', nell'intento di asservirli sempre piu' ad un modo di lavorare (professionalita' commisurata ad una assistenza

parcellizzata) e ad una organizzazione del lavoro e ad un modello sanitario impostato su criteri di gestione di spesa in termini aziendalistici e non sul bisogno di salute, riteniamo che tale obiettivo sia un elemento centrale per una inversione di tendenza contrattuale e culturale.

-DA UN PUNTO DI VISTA CONTRATTUALE, occorre scindere il recupero salariale della prestazione, per permettere un recupero a tutte le figure, indipendentemente dalle mansioni e dalle responsabilita'. Dai dati precedenti si dimostra la disponibilita' del fondo che, liberato dal vincolo dell'85% di destinazione al personale laureato, permetterebbe la riconversione, in busta paga per tutti i lavoratori della Sanita' di una considerevole cifra.

La proposta potrebbe essere la trasformazione del fondo nella quattordicesima mensilita' per tutti.

- DA UN PUNTO DI VISTA CULTURALE, occorre smantellare la logica della produttivita' e dell'efficienza come basi di un

sistema Sanitario pubblico basato sulla managerialita', per affrontare i problemi relativi all'EFFICACIA, alla verifica in termini QUALITATIVI, anche di fronte ad un quadro di patologie divenute di dominanza sociale. Pertanto i nodi da affrontare sono:

IL NODO della spesa e della finanziaria che pongono alla base il vincolo economico e non il bisogno di salute, tentando di scoraggiare la domanda (tickets) e di ridurre l'offerta (blocco assunzioni, chiusura posti letto)

IL NODO della professionalita'; riteniamo fondamentale affrontare il tema della professionalita' e della nuova identita', strettamente legati alla organizzazione del lavoro.

ALCUNI SPUNTI PER UNA NUOVA IDENTITA' PROFESSIONALE

.....

La professionalita' non puo' dunque intendersi come semplice elevazione culturale e maggiore specializzazione, ma la professionalita' e' in rapporto con:

ATTUALITA' e socialita' della richiesta di salute (rapporto sanita'/sociale);

CAPACITA' di cogliere la globalita' dei problemi posti dall'utenza: quindi l'utente non inteso come insieme di organi, quindi in contrasto con la parcellizzazione dell'assistenza e spezzettamento della stessa tra varie misure;

PREPARAZIONE professionale;
AGGIORNAMENTO di base;

INTERPROFESSIONALITA', in quanto non riguarda soltanto il singolo operatore;

CONCETTO di nuova struttura sanitaria, sia ospedaliera che extra-ospedaliera, caratterizzata da:

1)- strutture a misura d'uomo, che tenga dunque conto di esigenze architettoniche ed igieniche (Igiene ambientale e del microclima, ecc.) oltreche' organizzative;

2)- diversa organizzazione del lavoro che punti dunque al lavoro interdisciplinare;

3)- possibilita' reale di aggiornamento di base e possibilita', a questo correlata, di rotazione a scadenze prefissate, in rapporto ai carichi di lavoro, rotazione non chiusa, ma che consenta scambi tra la struttura ospedaliera e le strutture territoriali; questo presuppone il non scorperò degli ospedali dalle USL;

4)- concetto nuovo di scuola per I.P.

COSA FARE ?

.....

Cosa fare allora di fronte a

questa situazione in cui nulla e nessuno sembrano opporsi allo sfascio, alla privatizzazione, al banchetto degli avvoltoi sulla nostra pelle? Oggi veniamo usati come merce non solo quando siamo lavoratori sani, ma anche quando siamo malati e fino a che muoriamo, ogni fase della nostra vita e' mercificata! Come reagire allora? Essere pessimisti, pensare che non possiamo farci nulla e quindi non fare niente, oppure essere ottimisti, pensare che " peggio di cosi' non

puo' andare", quindi i tempi cambieranno... da soli... senza far niente lo stesso. Noi pensiamo che il modo migliore di reagire e' di essere REALISTI, cioe' vuol dire avere coscienza che siamo noi lavoratori in prima persona a doverci muovere e organizzare per far cambiare le cose. Se questo e' vero in generale lo e' ancor piu' nello specifico della Sanita' dove siamo noi lavoratori della Sanita' ad avere coscienza diretta della situazione perche' la viviamo in prima persona; siamo noi quindi a doverci fare promo-

tori del cambiamento, partendo dai nostri interessi che non sono affatto disgiunti da quelli della popolazione tutta, come invece Governo e vertici sindacali vogliono farci credere. Giacche' lavorare in condizioni ottimali con un salario dignitoso che non sia legato allo straordinario (istituto da abolire) o ad una " falsa" professionalita', e' la condizione indispensabile per esplicitare le nostre mansioni, nei tre momenti fondamentali che dovrebbero riguardare il nostro lavoro: LA PREVENZIONE, LA CURA, LA RIABILITAZIONE.

A delle condizioni di lavoro ottimali e ad un salario dignitoso vanno legate indissolubilmente la lotta per una assistenza veramente gratuita; per una assistenza qualitativamente elevata per tutti. Fin da subito, comunque, vanno organizzate le lotte nello specifico, per boicottare i piani di privatizzazione ed i progetti di dissanguamento della popolazione, per non pagare i ticket sulle analisi, per non pagare le medicine, per un contratto dignitoso che restituisca il malto!