

28.03.2021

# SINDEMIA 2020

Convegno sulla salute





















Introduzione	4
Sessione I - Per una nuova sanità	8
CHIARA GIORGI	10
ROBERTO MICHELI	14
UBALDO MONTAGUTI	18
SALVATORE LIHARD	22
Sessione II - Per un nuovo concetto di salute	26
RISE UP FOR CLIMATE JUSTICE	28
JENNIFER GUERRA	32
Sessione III - Per un Vaccino bene comune	<i>36</i>
ERNESTO BURGIO	38
MAURA BENEGIAMO	42
VITTORIO AGNOLETTO	46
GIORGIO SESTILI	52
Conclusioni	56

## Introduzione

Domenica 28 marzo 2021 si è svolto il convegno online, Sindemia 0202. Un momento di confronto e analisi sulla situazione sociale, sanitaria e politica generata dal Covid-19, ad oltre un anno dalla sua comparsa a livello globale e italiano. Il convegno è stato organizzato da tre realtà: Assemblea per la salute del territorio di Bologna, dalla rete Non sta andando tutto bene di Brescia, e dal Caracol Olol Jackson di Vicenza.

Il pamphlet che avete tra le mani è formato da alcuni degli interventi che si sono alternati nella giornata di formazione e discussione.

Per introdurre, nella maniera più esaustiva e corretta il volume, vi riproponiamo il testo di lancio del convegno:

"#Sindemia0202 è una sperimentazione che nasce dall'esigenza di costruire in modo collettivo delle coordinate per orientarsi nel presente. Un tempo duro, difficile, complesso, in cui la violenza pandemica ha fatto emergere con forza una lunga serie di contraddizioni: la radicale insufficienza e inadeguatezza del sistema sanitario, la prevalenza dell'interesse economico privato sulla salute comune, la necessaria intersezionalità del concetto di salute, che non può essere legato alla semplice presenza di una qualche forma di "malattia" ma deve essere considerato in modo olistico, prendendo ad esempio in considerazione determinanti sociali e ambientali.

Perché Sindemia 0202? Perché gli effetti del Covid-19 esplosi lo scorso anno hanno superato quelli di una pandemia, configurando una vera e propria sindemia, in cui la sovrapposizione di problemi di salute con fattori ambientali, economici e sociali si è scaricata sulla società colpendo con durezza le fasce più deboli della popolazione e aggravando le diseguaglianze. E noi vorremmo invece rovesciare questa situazione.

Per provare ad affrontare e approfondire questi e altri nodi, abbiamo lanciato un appello per costruire questo convegno, come momento aperto di discussione e confronto per strutturare anche un tessuto di connessioni e relazioni orientato a produrre sapere e possibilità di iniziativa all'interno e al di là del momento pandemico.

La risposta all'appello è stata ci pare importante e sorprendente, con quasi cinquanta relazioni che copriranno i tre momenti in cui verrà suddivisa la giornata del convegno. La prima sessione è dedicata al sistema sanitario, alla sua storia, il suo presente, il suo futuro, le sue funzioni sociali, le persone che ci lavorano, il rapporto tra esso e la società e il territorio. Interverranno esperte ed esperti, sindacati, comitati, assemblee territoriali, case della salute, mediche e medici, camici grigi. La seconda sessione punta a indicare le traiettorie per costruire un concetto di salute, e vedrà confrontarsi reti ecologiste e esperienze territoriali sulla salute, lotte sociali sulla casa, sul mutualismo, sulla scuola o sulla salute, con punti di vista femministi e trans-femministi. La terza sessione è invece dedicata all'analisi della pandemia e del Covid-19 e alla discussione intorno al tema dei vaccini. Interverranno scienziate/i, ricercatori e ricercatrici, medici di base, antropologi, esperte di virologia, docenti, reti ed esperienze sociali che

#### Introduzione

si muovono su questi temi.

L'ottica di #Sindemia0202 non è quella di un singolo evento, ma quella del contribuire a costruire un percorso, una processualità capace di muoversi anche in un'ottica di lungo periodo. Per questo invitiamo sin da ora a considerare il convegno del 28 marzo solo come una prima tappa. Ci piace pensare, e ci muoveremo per costruire, sia futuri nuovi convegni nei prossimi mesi, che altri momenti di incontro, approfondimento, iniziativa. Da questo punto di vista il sito ospiterà sia i materiali del convegno che uno spazio di discussione aperto dove poter sviluppare un discorso collettivo.

Ci piacerebbe che nel corso della discussione emergessero temi, spunti e assi di discussione per organizzare un secondo convegno nei prossimi mesi.

Il convegno è stato strutturato in 3 differenti sessioni.

Sessione I - Per una nuova sanità

Sessione II - Per un nuovo concetto di salute

Sessione III - Per un Vaccino bene comune

#### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

### Sessione I

# Per una muova sanità



Lavoro e l'accesso al welfare del sistema sanitario, dove vorremmo discutere di nodi, condizioni, problemi e possibilità nel sistema sanitario nazionale e delle vertenze che si sono aperte in questi mesi. Vorremmo sia tracciare una storia del sistema sanitario nazionale che guardare al futuro e alle alternative da costruire, cercando inoltre di allargare la riflessione al tema del rapporto tra salute e lavoro in senso lato.

#### CHIARA GIORGI

Storica, docente di Storia delle Istituzioni politiche presso l'Università di Genova. Membro del Comitato scientifico della Fondazione Basso

## Diritto alla salute e politica delle lotte

Grazie a tutte e a tutti. Scusate, parlerò molto rapidamente perché vorrei dire varie cose. Mi muoverò su tre assi:

- 1) eredità e significato storico politico della riforma più innovativa della storia dell'Italia repubblicana, cioè quella che porta all'istituzione ricordata del Servizio Sanitario Nazionale
- 2) limiti delle politiche sanitarie degli ultimi anni
- 3) orizzonti del futuro.

I limiti, come è stato appena detto, sono inquadrabili nel più ampio percorso di trasformazioni che sono subentrate a partire dagli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso e che hanno depotenziato quella riforma con processi di privatizzazione e definanziamento della sanità pubblica, di riduzione dei servizi per la salute e di quelli in generale del Welfare, nel quadro più complessivo di una riconfigurazione dell'intervento dello Stato rispetto al mercato, dell'entrata di attività private e logiche di profitto nel campo dei servizi pubblici, e nel quadro di un progetto più ampio di mercificazione di salute, ma anche istruzione, ricerca, cultura, ambiente. Vorrei fare però una premessa: un servizio sanitario, in grado di garantire una copertura universale finanziato tramite la fiscalità generale, è stata ed è l'unica organizzazione capace di affrontare con efficacia una condizione come quella del covid. Nessuno schema di assicurazione privata potrebbe infatti a mio parere affrontare con la stessa ampiezza e disponibilità di risorse un evento come quello tragico che viviamo da un anno. Ora, le debolezze riscontrate in questi lunghi mesi, in questo anno, hanno riportato in realtà in primo piano le insufficiente delle condizioni precedenti che riassumerei molto rapidamente:

- 1) riduzione delle risorse destinate alla sanità pubblica
- 2) rafforzamento e ruolo sostitutivo della sanità privata

- 3) indebolimento dell'assistenza e della medicina territoriale
- 4) riduzioni e difficili condizioni di lavoro del personale sanitario
- 5) accentuazione delle disuguaglianze sociali e territoriali
- 6) riproporsi del noto dualismo tra nord e sud
- 7) marginalizzazione della prevenzione dell' approccio epidemiologico
- 8) debolezza di una regia centrale
- 9) derive regionaliste.

Ora, alla luce di ciò, io credo che sia fondamentale tornare ad alcuni fondamenti di quella riforma del '78, ricordando però che essa fu il prodotto di quanto agito durante gli anni Settanta, quando cioè si diede vita ad esperienze, sperimentazioni, pratiche di lotta e conflitti che per certi aspetti non hanno eguali nella storia italiana. Le vicende del SSN si combinarono e furono espressione dell'emergere di nuove collettività, di una forte pressione dal basso, ma anche e soprattutto di un'aspirazione più profonda - trasformativa - di tutto l'assetto sociale e istituzionale. Io credo appunto che il servizio sanitario nazionale fu espressione di quella che potremmo chiamare una "politica della coalizione delle alleanze", e di una prospettiva alla quale oggi io credo che sia necessario più che mai, come dimostra questa assemblea, puntare. In questa politica delle alleanze si saldarono le conquiste del movimento operaio e sindacale, le pressioni portate avanti dalle varie realtà di movimento - quello femminista, quello studentesco quello di lotta per la salute, quello cosiddetto della psichiatria radicale - accompagnate da pratiche di deistituzionalizzazione - penso soprattutto ai manicomi e alla follia - ma anche a processi istituenti capaci di creare, produrre, inventare, immaginare nuove istituzioni alternative, trasformative dei rapporti di potere che potessero far fronte ai bisogni misconosciuti dello Stato e della famiglia; istituzioni nelle quali l'autonomia della riproduzione sociale sfidasse chi gestiva, riformava o anche inventava nuove istituzioni. Ecco, i conflitti di quel periodo storico attorno al Welfare in generale, e le sperimentazioni territoriali e istituzionali che si diedero, riuscirono a prospettare un nuovo modello di welfare opposto a quello tradizionale italiano.

E, in questo senso, ci fu una rottura molto netta che oggi non solo va ricordata ma, appunto, va in qualche modo rinnovata; ossia il fatto che il dibattito sulla salute si aprì a nuovi orizzonti e intercettò domande di cambiamento più complessive che informavano anche i conflitti sociali di quegli anni. In questo senso si parla di "origini politiche" dell'aspetto universalista, pubblico e decentrato del SSN che rispose e risponde (in teoria) a un'impostazione della Salute come fatto sociale e politico, a una visione integrata dell'intervento sanitario e di quello sociale, alla centralità del momento preventivo dell' approccio epidemiologico, e a un organizzazione periferica e territoriale; a un impegno tra l'altro diffuso capace di investire anche le questioni legate alla tutela dell'ambiente. E non a caso furono coinvolti numerosissimi attori, pratiche di lotta e ambiti di ricerca. E, ad accomunare quei protagonisti - e questo è quello che vorrei sottolineare anche per le battaglie dell'oggi – fu una visione unitaria e integrata della salute (fisica e psichica, individuale e collettiva) e fu anche una concezione politica dell'ambito medico-sanitario e la riconduzione della salute a fatto sociale. Oltre al fatto che tutto questo si sommò a una nuova impostazione del rapporto tra i medici e pazienti e a una gestione diretta e partecipata della salute e alla centralità del momento preventivo rispetto a quello curativo. E si doveva in questo senso mirare, e si deve mirare, a un nuovo rapporto tra la salute ambientale e l'organizzazione del lavoro. Si deve saldare prevenzione e partecipazione, riconfigurare attraverso questo le relazioni di potere tra i cittadini e le istituzioni, uscendo peraltro da una relazione solo individualistica del rapporto tra malato e sistema sanitario. In questa chiave il ruolo stesso della medicina - all'epoca, ma credo che sia fondamentale ribadirlo oggi - giungeva a investire tutto lo spazio della comunità ed era il portato di istanze più complessive di trasformazione e di democratizzazione che dovevano coinvolgere tutti gli assi centrali della vita, tutti i rapporti sociali di produzione e riproduzione sociale.

Ora nei punti forti di quella riforma ci sono lezioni anche per l'oggi e per il domani, ossia:

- 1) la globalità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione
- 2) la predilezione per la prevenzione
- 3) la programmazione, e oggi va ribadito più che mai, degli interventi (legati anche con piani economici e territoriali legati anche all'assistenza sociale)
- 4) il decentramento anche democratico delle funzioni
- 5) la partecipazione dei cittadini, degli operatori e degli utenti alla gestione dei servizi
- 6) e soprattutto l'accento epidemiologico. La consapevolezza di allora come di oggi è che il diritto alla salute richieda interventi nei campi più ampi: scuola, ambiente, assistenza, ambiente di lavoro e di vita, politiche economiche, a partire anche come è stato ricordato dal legame profondo che esiste tra la salute di ognuno di noi e ognuna noi e le condizioni della sfera ambientale in cui ciascuno e ciascuna vive, lavora e interagisce; un concetto ampio di Habitat. E non a caso l'oggetto del diritto alla salute in una dimensione che sia individuale e relazionale deve tener conto di tutto questo. Allora io credo che dobbiamo puntare a:
- A. riqualificare il servizio sanitario pubblico ripensando al "modello" di sanità pubblica;
- B. rimettere la salute al centro della politica aprendo nuovi fronti di lotta e di mobilitazioni, possibilità concrete di cambiamento;
- C. connettere il discorso alla salute a quello di un ripensamento universalista e democratico

#### del Welfare;

D. rilanciare un nuovo protagonismo della politica e dei soggetti.

Concludo dicendo che questo ripensamento si deve fondare su un'espansione delle istituzioni dei servizi collettivi di welfare, sulla rimessa in campo del principio dell'integrazione socio-sanitaria, su una federazione delle lotte, sulla prevenzione collettiva, l'assistenza territoriale, la rete dei servizi di base, su una lotta rispetto ai vaccini bene comune contro una sudditanza ai Big Pharma, in una dimensione cooperativa e internazionalista contro le logiche nazionaliste e protezioniste che invece abbiamo visto finora prevalere. Grazie.

#### **ROBERTO MICHELI**

Membro di "Siamo tutti Ippocrate", gruppo di medici e sanitari degli Spedali Civili di Brescia

# La sanità prima, durante e dopo la pandemia: la protesta dei sanitari

Buongiorno a tutti, grazie per l'invito. Io sono un medico degli Spedali Civili di Brescia che è uno dei tre ospedali più grossi d'Italia, ma in realtà parlo come portavoce di Siamo Tutti Ippocrate che è un movimento che è sorto spontaneamente la primavera scorsa in piena pandemia, ma che aveva già avuto le basi prima della pandemia, da parte di un gruppo di medici delusi dalle mancate risposte delle istituzioni rispetto a quello che si lamentava da tempo e che è stato sottolineato negli interventi precedenti con i quali è assolutamente impossibile non essere d'accordo: le carenze che conosciamo e che sottolineeremo. Abbiamo fatto 6 flash mob a partire dal 20 novembre per 6 venerdì consecutivi che hanno portato 150-200 sanitari, prevalentemente medici ma anche tecnici, infermieri, biologi, ecc, in rigoroso silenzio all'interno degli Spedali Civili di Brescia proprio per lamentare questa condizione. Abbiamo scritto una lettera di auguri al presidente Mattarella, al ministro Speranza e al presidente Anelli (presidente dell'ordine medici nazionali), proprio per chiedere un migliore servizio sanitario nazionale, non appunto un sistema sanitario nazionale. Non abbiamo ovviamente avuto risposta ma anche solo con i nostri mezzi (cioè il passaparola con Whatsapp) la lettera a Mattarella per esempio in una settimana ha raccolto 700 firme, 700 adesioni da tutta Italia. Questo per dimostrare come il nostro disagio sia assolutamente trasversale. Non siamo guidati da sindacati, non siamo guidati da partiti. Ahimè devo ammettere, perché ci sentiamo e ci siamo sentiti veramente poco rappresentati in questo millennio da queste due forze. Siamo guidati solo esclusivamente dal nostro spirito, dalla nostra deontologia professionale. Ricordiamo, parlo sempre di medici come si dice normalmente, ma è stato ricordato che due terzi della popolazione dei nostri sanitari è femmina, quindi un grazie a tutte coloro che come è stato ricordato già stamattina fanno non solo le dottoresse, le infermiere, le tecniche ecc. ma fanno anche le mamme e le insegnanti e le badanti ecc. a casa.

Di che cosa ci siamo lamentati? Volevo darvi un po' il nostro il punto di vista all'interno, prevalentemente della classe medica ovviamente, ma dei sanitari per quanto è vissuto non tanto durante il covid. Abbiamo pieno le immagini di quello che sta succedendo e lo riassumo solamente in un dato della letteratura medica, cioè il 40% del personale sanitario è in burn out dopo questo anno di pandemia, e il 40% del 60% successivo è in burn out senza saperlo. E mi fermo qui. In realtà noi quello che lamentiamo da sempre, da ben prima del covid, è la carenza di risorse umane, strutturali ed economiche. Umane perché nonostante si continui a ripetere da parte delle varie direzioni ai vari livelli che non c'è carenza di personale ma c'è solo un personale mal distribuito, in realtà ricordo che negli ultimi 5 anni in Italia sono stati chiusi 74 ospedali e perse 22 mila unità di personale sanitario non sostituito. Ricordo che poco tempo fa, pochi mesi prima della pandemia, Giorgetti che adesso abbiamo come ministro diceva beffardamente che nei successivi cinque anni avremmo avuto una carenza di 45 mila medici di base di cui nessuno si sarebbe accorto, perché ormai chi va più dal medico di base? Ahimé fu un cattivo profeta perché la carenza della medicina territoriale è stata il volano che ha permesso 35 mila vittime solo in Lombardia. E questo ancora non lo dico io. Lo sostiene il New York Times in un articolo di fine novembre 2020 - e non è esattamente una giornale marxista-leninista. Ricorda che la riforma Formigoni del '95 e quella successiva di Maroni nel 2015-2017 sono state quelle che hanno permesso alla regione - ricorda il New York Times - più ricca d'Italia, una delle più ricche d'Europa, una delle più ricche al mondo, di subire un contraccolpo pazzesco. Sembrava assolutamente inspiegabile, adesso invece capiamo perfettamente perché. Perché anche in questo periodo di vaccini scopriamo che la mitica organizzazione asburgica lombarda ha acqua da tutte le parti, e che l'investimento sulla medicina privata, come è stato fatto negli ultimi 25 anni di governo lombardo, ha portato al crollo appunto di questo mito dell'efficienza, soprattutto sanitaria, lombarda.

Occorre anche ricordare a proposito di carenza di personale, parlo del mio ospedale: per esempio nel 2015 sono state cancellate più di un milione di ore solo del personale medico; e solo nel 2020 il personale medico dello Spedali di Brescia ha fatto 126 mila ore di straordinari che non verranno pagate, non verranno retribuite e non ci sarà la possibilità di recuperare per esigenze di servizio eccetera eccetera. Tutto questo cozza chiaramente contro le dichiarazioni del "non manca personale". Mi riallaccio anche a quello che ha detto Manuel prima di Materia Grigia: la carenza di del personale era già stata dichiarata e lamentata una decina di anni fa - anche più, una quindici di anni fa - dall'ordine dei medici nazionali, che prevedeva una carenza del personale medico a partire dal 2018, con un'implosione che sarebbe avvenuta nel 2023. Implosione che è stata anticipata da questo invisibile virus che ha reso visibile ciò che solo i ciechi non volevano vedere, cioè lo smantellamento del servizio sanitario pubblico. Il numero chiuso a medicina e il taglio dei numeri degli specializzandi (quello che Manuel ricordava come imbuto formativo) ha portato ancora al crolloulteriore della necessità di medici. I richiami durante l'anno alle armi di anestesisti, di pneumologi, di internisti, di cardiologi, di rianimatori, cade nel vuoto perché è semplicemente ridicolo da parte nostra - ma penso lo capisca anche la popolazione generale - che non ha senso abilitare immediatamente subito dopo la laurea dei medici perché siano pronti. Un medico non sa fare nulla appena laureato, ha bisogno di formarsi con degli anni di formazione per la medicina generale oppure con degli anni di formazione in ospedale. Questi medici attualmente non ci sono.

C'è una carenza tra l'altro anche di strutture, come dicevamo. Abbiamo visto servizi interi ma non dobbiamo rivolgerci alla tanto vituperata Calabria: possiamo fermarci al nord per vedere ospedali che non sono a norma. Norme antincendio! Abbiamo strutturalmente ospedali completamente da rifare. Il sistema informatico poi è secondo - e non lo dico io lo dice ancora la letteratura - e dietro anche a paesi come l'Ucraina o come la Romania. Il sistema informatico dei nostri ospedali!

Dobbiamo anche dire: medicina pubblica medicina privata? Chiediamo un riallineamento, una riorganizzazione, un riequilibrio tra sistema pubblico e sistema privato. Ricordiamo che uno specializzando allo Stato costa 120 mila euro per la sola formazione. Il privato spende 0 per la formazione di un medico! E quel medico appena formato è subito preda della medicina privata, delle cliniche private, perché? Perché lo Stato attualmente.. e parlo principalmente della mia regione: negli ultimi dieci anni la regione Lombardia a un medico neo laureato offriva (quando va bene, tuttora offre quando va bene) un contratto libero professionale; partita iva, senza diritto alla maternità, senza diritto alle ferie, senza diritto alla malattia, si deve pagare l'assicurazione per conto suo, e ricordo che le assicurazioni, per esempio per un ginecologo o per un chirurgo, sono 12-15 mila euro di premio l'anno. E tutto questo viene retribuito 20-22 euro lordi all'ora. Ha ragione Manuel quando dice "siamo veramente carne da macello".

Concludo. Abbiamo carenze di personale, carenze di strutture, carenze diprogetti di ricerca, carenze di prevenzione di medicina territoriale. Ricordo che il 75 % della medicina oggi e delle diagnosi delle cure possono essere svolte a livello territoriale. E questo porta a un eccesso: c'è

un eccesso di ospedalizzazione che è farlocca, come diceva prima Manuel. C'è un eccesso di burocrazia, di amministrazione e di ingerenza politica. Io quando ho iniziato a lavorare avevo un 10% del mio tempo lavorativo dedicato alla burocrazia. Adesso è ormai al 50% in modo totalmente assurdo e scorretto.

Le possibili soluzioni sono certamente:

- 1) riorganizzazione della medicina territoriale
- 2) l'implementazione di servizi sanitari a domicilio (le Case della Salute, le comunità, le RSA sono un buon esempio)
- 3) aumentare il numero di posti in specializzazione
- 4) e soprattutto aumentare i finanziamenti, con un sistema (vedete, "sistema"; ormai mi sono abituato) con un servizio sanitario nazionale unico e non con 21 feudi diversi, con regole, procedure e diritti completamente diversi.
- 5) occorre assolutamente migliorare i contratti.

Chiudo con una frase ancora non mia e non di Siamo Tutti Ippocrate, ma che è di Sant'Agostino: "La speranza ha due bellissimi figli: lo sdegno e il coraggio. Lo sdegno per affrontare la realtà delle cose e il coraggio per cambiarle". Noi finora lo sdegno lo esprimiamo continuamente. Il coraggio di cambiare le cose ce l'abbiamo. Di speranza purtroppo abbiamo solo il ministro della sanità.

### **UBALDO MONTAGUTI**

Medico, responsabile della sezione sanità pubblica e management sanitario dell'Accademia Nazionale di Medicina

## Pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale

Buongiorno. Grazie per avermi permesso di partecipare a questa veramente stimolante riunione. Sono vicino alle posizioni di Giuseppe Graziano e stiamo insieme cercando di capire come si possano accelerare i processi di miglioramento della Sanità e si possa operare un tentativo organico per risolvere i problemi che sono stati descritti oggi e che sono largamente condivisibili, anche se probabilmente sarà necessario confrontarci ancora a lungo, perché su alcune analisi bisogna valutare tutta una serie di punti in modo più ampio, senza essere condizionati della tirannia del tempo.

Ho cercato di arrivare a proposte concrete proprio perché ritengo non più rinviabile l'accelerazione evolutiva rapida del nostro sistema sanitario, seguendo un percorso parallelo a quello che ha indicato all'inizio Giuseppe Graziano - che sostiene che circa il 50% dei circa 130 miliardi che lo Stato attinge dal gettito fiscale e destina lo Stato al Servizio Sanitario Nazionale vadano a finire nelle tasche di privati - essendo in ogni caso indispensabile chiarire che il fattore maggiormente influente è rappresentato dall'esistenza, a fianco delle strutture pubbliche di erogazione, di strutture private convenzionate cui è sempre più largamente consentito di assistere gratuitamente i cittadini e di avere rimborsate le prestazioni effettuate dallo Stato stesso. In effetti, questa cifra è in realtà decisamente più consistente, perché a fianco dei 130 miliardi ci sono anche 37 miliardi che vengono spesi di tasca propria dagli italiani per acquistare anch'essi servizi soprattutto privati.

Oltre a considerare che l'entità dell'esborso di tasca propria per ottenere prestazioni sanitarie è un indicatore potente delle diseguaglianze sociali esistenti rispetto alla salute, se è vero che quasi 1/3 degli italiani rinuncia a sostenere spese sanitarie perché non è in grado di pagarle, si deve anche tenere presente che un cittadino su due di quelli che pagano direttamente spende tra i 500 e i 1.000 euro all'anno, uno su tre spende tra i 1000 e i 5000 euro e che, rispetto alle

varie prestazioni, il denaro viene utilizzato per accedere a servizi quasi esclusivamente non ospedalieri in misura compresa tra il 38% delle prestazioni e il 90% delle prestazioni odontoiatriche, passando per il 60% di tutte le visite mediche specialistiche, il 55% di tutte le prestazioni di diagnostica strumentale (radiologia, ecografia, ecc.) il 45% di tutte le prestazioni di diagnostica di laboratorio.

A proposito di odontoiatria, ricordo, per inciso, che in Danimarca hanno deciso di abolire l'odontoiatria privata, per cui l'odontoiatria è gratuita, in particolare nei primi 18 anni di età, con la conseguenza che la maggior parte degli odontoiatri che lavoravano privatamente abbia deciso di emigrare in Germania e in Olanda.

Alle conseguenze inaccettabili dell'emorragia di denaro pubblico causata dalla coesistenza di strutture sanitarie pubbliche e private, si aggiungono quelle determinate dal conflitto di interessi che connota il personale sanitario (medici in primis, ma oggi anche infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia, eccetera) che, oltre a svolgere attività connessa alla condizione di dipendenti pubblici, possono anche esercitare la libera professione.

Molto semplicemente, il conflitto di interessi si genera perché, più attività vengono svolte nel servizio pubblico, meno possibilità ci sono di guadagni aggiuntivi maturabili con l'attività private, e viceversa.

È a questo che devono essere attribuiti l'incremento continuo delle liste di attesa, che si verifica nonostante l'incremento delle risorse impegnate, e la conseguente pressione esercitata sui pazienti che, per risolvere i propri problemi, si vedono costretti, quando possono farlo, a rivolgersi al privato.

E vengo alla proposta, alle ipotesi.

Il neoliberismo si caratterizza fondamentalmente per il fatto che, per lasciare libera l'impresa di agire indisturbatamente, deve essere sistematicamente ridotto lo spazio di intervento dello Stato.

E non vi è dubbio che l'andamento che si osserva in Italia sia un indicatore del prevalere di spinte neoliberiste, in passato non praticate.

Il punto è che la nostra Costituzione e il Servizio sanitario che ne deriva procedono dall'assunto che la salute è un bene pubblico e lo Stato non può non occuparsene, per cui è assolutamente necessario invertire la tendenza e riportare tutto alle origini. L'unica possibilità che abbiamo per evitare che si generino profitti speculando sulla salute, per eliminare qualsiasi conflitto di interesse, per impedire che i cittadini, oltre a quanto sborsato per la tassazione, siano obbligati a pagare di tasca propria per prestazioni che devono essere gratuite, è nazionalizzare tutte le attività private. Abolire il privato nel nostro sistema.

La nazionalizzazione del sistema sanitario è l'unica manovra in controtendenza rispetto al neoliberismo imperante, rispetto al crescere delle diseguaglianze di salute, rispetto alla razionalizzazione virtuosa dei costi della salute.

A questo deve anche unirsi un recupero di centralità decisionale al livello dello Stato rispetto alle Regioni che godono di eccessiva autonomia in sanità e che sono le principali responsabili della perdita di omogeneità del sistema delle cure e della differenziazione organizzativa e della diversa rilevanza dei servizi che porta alla diseguaglianza di diritti, come ormai è rilevabile a fronte dell'esistenza dei venti diversi sistemi regionali, fatto di cui qualcuno ha già parlato.

Credo che sarebbe estremamente utile (e mi piacerebbe molto, visto che insomma mi sembra che più o meno tutti parliamo la stessa lingua) che noi cooperassimo per creare un sistema di controinformazione che non è ancora sufficientemente allargato. Condivido molte delle iniziative pubbliche che vengono fatte localmente, ma mi sembra che manchi qualcosa che possa essere giocato a livello nazionale. L'ipotesi potrebbe essere - scusate se vi propongo una formula desueta - quella di costituire un ministero della salute ombra che si adoperi per concepire e socializzare alternative alle strategie e alle politiche correnti (qualcuno oggi ha parlato di differenze tra "policy" e "politics" e credo che sia molto importante tenerle presente, avendo però chiaro che qualsiasi "policy" deve essere adottata a partire da un modello ideologico, da una utopia, da un sogno come quello di cui abbiamo parlato oggi, che sia unificante).

Finisco immediatamente dicendo che Lavinia, Davide ecc. hanno preparato un link per dare la possibilità a chi è disponibile a contribuire alla definizione concreta dell'obiettivo della nazionalizzazione delle strutture sanitarie private di mettersi in contatto. Vi ringrazio.

#### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

#### SALVATORE LIHARD

Portavoce del movimento per la difesa della sanità pubblica, Venezia

Ciao a tutti e tutte. Portavoce pensionato, per anni sono stato dirigente della CGIL e prima ancora della funzione pubblica - vedo Andrea Filippi in collegamento. Io non vorrei soffermarmi sul lungo elenco dei disastri che la pandemia ha prodotto per quanto riguarda l'assistenza socio.sanitaria, perché l'elenco potrebbe portarmi via tanto tempo. Però reputo importante soffermarmi su alcuni punti cruciali del modello organizzativo del sistema sanitario pubblico nazionale che, attenzione, non reggeva né ieri e né tantomeno con la pandemia. Io ho preso a riferimento tre punti luce per evidenziare quello che non va bene. Il primo è un recente lavoro del professor Ernesto Burgio che sarà presente oggi pomeriggio. Il secondo punto luce è quello dell'ultimo libro del professor Ivan Cavicchi dal titolo La sinistra e la sanità. Da Bindi a Speranza e in mezzo una pandemia. Terzo punto: l'audizione del ministro Speranza davanti alle due commissioni di Camera e Senato del 17 marzo scorso, quindi circa undici giorni fa.

Il professor Ernesto Burgio ha dimostrato scientificamente che la pandemia non è un evento accidentale e/o imprevisto, ma un dramma lungamente annunciato e che potrebbe ripetersi, essendo questa pandemia il prodotto di una crisi ecosistemica causata dalla guerra irresponsabile contro la natura: deforestazioni, agricolture e allevamenti intensivi, inquinamento dell'intera ecosfera, urbanizzazione e crescita senza freni di immense megalopoli eco-insostenibili. Pertanto, finché si continuerà con tali dinamiche é chiaro che la pandemia o alcuni movimenti consequenziali alla pandemia non saranno in continuità. E quindi sono anch'io convinto che i vaccini non possano essere l'unica soluzione per la lotta e per la sconfitta della pandemia o delle future pandemie. Invece il professor Cavicchi afferma che la sanità rischia di finire male non a causa di suoi problemi, ma solo perché il soggetto politico oggi è inadeguato ed è incapace di pensare ad una proposta radicale.

Quali sono queste criticità a mio avviso più rilevanti di questi quarant'anni e oltre? Il binomio pubblico-privato; il binomio diritto-risorse; universalismo-diseguaglianze; sanità-medicina;

efficienza-risultati; dipendenza-autonomia. E qual è stata la risposta a tali contraddizioni? L'avete detto bene voi. Quasi tutti gli interventi di oggi si sono soffermati: primo, la risposta della politica è stata aprire al privato; la seconda, l'introduzione dell'azienda; la terza, la messa in crisi delle professioni sanitarie. Hanno ragione Micheli, Filippi ma anche il giovane che è intervenuto stamattina rispetto all'imbuto formativo. E il peggio: riaperture delle mutue, fondi sanitari, regionalismo differenziato, il diritto alla cura economicamente condizionabile. Ecco io penso purtroppo che l'intera sinistra oggi sia priva di un pensiero riformatore, né tantomeno di una ipotesi di costruzione - e qui mi rivolgo pure al mio sindacato, la CGIL - di una messa in campo unificante di mobilitazione o di conflitto. Guardate, non se ne può più. Non è possibile più stare fermi. E le prove le abbiamo tutte, anche nel mitico nord est (l'ex locomotiva) che a fronte del fallimento della Lega di contenere minimamente la pandemia, nulla è stato messo in campo. Io ricordo assieme ai compagni del Caracol, degli altri centri sociali e dei partiti piccoli della sinistra, le giornate di mobilitazione, però ahimè da solo. Però abbiamo supplito a un silenzio assordante di cui non si poteva assolutamente non tener conto. E poi c'è un'altra questione di cui sono tremendamente incavolato: è la questione del welfare aziendale. Guardate, nell'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro siglato dalle confederazioni metalmeccanici del 2021-2024, non solo si prevede il pilastro dell'assistenza medico sanitaria integrativa ai dipendenti metalmeccanici, ma addirittura si proroga anche per quanto riguarda i pensionati del comparto. E quindi capirete che anche questo elemento mette in crisi l'universalismo del sistema.

E poi il terzo punto luce. Speranza dice davanti a commissione sanità Camera e Senato, non solo sul tema della pandemia ma lui dice: «io presento un piano per il futuro della sanità in cinque assi: interventi da realizzare sul territorio; connessione tra salute, ambiente e animali; l'ospedale; rivisitazione del decreto ministeriale 70 del 2015 - che oltre ad individuare le tipologie di ospedale mette che in Italia non si può splafonare per quanto riguarda la quantificazio-

#### Sessione I

ne dei posti letto i 3,7 per ogni mille abitanti -; la questione della digitalizzazione; quinto, gli investimenti in ricerca e sviluppo». Quindi ancora una volta siamo in presenza di finanziare, perché stavolta i soldi ci sono. Stanno premendo sul Recovery Fund non più secondo le proposte del settembre scorso di Speranza, però qualche soldino c'è. E va bene. Poi c'è la questione del MES. Quindi capite che oggi la politica è tutta tesa a rifinanziare il più possibile, e siamo d'accordo, ma assolutamente non intende risolvere le criticità del sistema socio-sanitario (le criticità storiche).

Quindi io penso, per chiudere l'intervento, che oggi occorre sicuramente l'unificazione di coloro che hanno capito e che si propongono per modificare completamente, Cavicchi dice, "la quarta riforma dopo quella del '78, del '92, del '99" - che le ultime due ovviamente non sono state riforme ma sono state contro-riforme. E la seconda [cosa che occorre]: un nuovo modello di sistema socio-sanitario, dove i principi fondamentali - l'universalità, l'eguaglianza, l'equità - siano elemento di diritto alla salute e non assolutamente di compatibilità finanziaria. Oggi abbiamo Draghi. Alla fine se c'è un barlume di luce della pandemia noi rischiamo, soprattutto con l'aumento della disoccupazione e dei posti di lavoro, che la fiscalità generale venga messa in crisi proprio perché ci sono pochissimi lavoratori che finanziano il servizio sanitario nazionale. Grazie.

#### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

### Sessione II

# Per un muovo concetto di salute



Una riflessione su salute, corpi e territori, dove vorremmo elaborare una lettura per una nuova idea di cura e un nuovo concetto olistico di salute, una prospettiva ecologista e femminista sulla sindemia, un confronto tra esperienze territoriali di mobilitazione sulla salute declinate in senso ampio.

#### RISE UP FOR CLIMATE JUSTICE

Spazio politico autonomo per la giustizia climatica

Vorrei iniziare premettendo che in questa sede procedere da una prospettiva ecologica significa sicuramente analizzare le cause recenti e profonde della crisi pandemica, però anche provare a porre alcuni elementi per una riflessione sulla gestione dell'emergenza sanitaria, soprattutto alla luce del modello capitalista. Per quanto a un anno dalla pandemia non sia ancora stata fatta chiarezza sul dove e sul quando del famigerato salto di specie, che uno spillover sia stato all'origine della pandemia è un fatto assunto. Fatto anche, occorre aggiungere, largamente previsto e prevedibile.

Nei primi mesi della pandemia o sindemia era tornato in auge il volume del 2012 di Quammen Spillover grazie al quale effettivamente un pubblico più ampio ha potuto prendere familiarità non solo col concetto di salto di specie, ma soprattutto con le premesse che lo rendevano e lo rendono tuttora possibile.

La modificazione permanente del territorio, del paesaggio, crea degli squilibri che alterano definitivamente l'assetto tanto ecosistemico quanto evidentemente microbiologico, per cui se distruggiamo definitivamente gli habitat naturali degli animali ospiti e li costringiamo in ambienti antropici, antropicizzati, aumentiamo esponenzialmente l'esposizione allo spillover.

Evidentemente sterminare milioni di capi, come è successo alcuni mesi fa in Danimarca in cui 17 milioni di visoni sono stati abbattuti, non potrà essere la soluzione per sempre.

Per questo motivo fin dall'inizio della pandemia i movimenti climatici hanno riconosciuto nel virus una manifestazione degli effetti catastrofici della crisi climatica in corso, manifestazione sicuramente insolita e tuttavia la matrice comune tra eventi atmosferici estremi e pandemia è piuttosto patente. L'accelerazione dell'estrattivismo capitalista dell'ultimo secolo, quindi non solo ha provocato l'aumento esponenziale delle emissioni clima alteranti, avendo ripercussioni sui fenomeni fisici che conosciamo, ma ha a tal punto inciso sugli ecosistemi terrestri e

marittimi da esporci a virus e patogeni altrimenti in realtà forse innocui.

Tra le infinite considerazioni che una premessa di questo tipo potrebbe aprire, in questa sede per ovvie ragioni tempistiche vorrei concentrarmi su due di queste: la prima riguarda alcune correlazioni che sono state osservate tra il virus e altri fattori, ad esempio sul modo in cui il COVID (ossia uno degli effetti della crisi ecologica) e l'inquinamento dell'aria (una delle cause della crisi ecologica) interagiscono. È stata scartata l'ipotesi iniziale secondo cui il PM 2,5 potesse veicolare il virus, però si è scoperto come in realtà il covid aggredisca con più forza quegli organismi più esposti a tassi elevati di polveri sottili.

Ecco ad esempio come banalmente in Italia si potrebbe spiegare la maggiore incidenza di contagi e di conseguenza anche di morti nelle zone più pesantemente industrializzate e di conseguenza più inquinate del nostro paese.

Dall'altro lato però sappiamo anche che la letalità del virus si rivela soprattutto nel caso di sovrapposizione di patologie pregresse non trasmissibili, patologie che spesso sono legate alle abitudini alimentari, alla qualità dell'aria, allo stile di vita e che quindi in realtà un attento sforzo di prevenzione e di accesso alle cure potrebbero limitare. Questo ci dice che i fattori che aumentano l'aggressività del virus potrebbero effettivamente essere limitati ma, e questa è la cosa su cui è necessario porre l'accento, questa condizione non si può dare all'interno del regime ecologico, quindi del modo capitalista di organizzare la natura, in cui di fatto noi viviamo.

La seconda considerazione che vorrei porre come elemento di discussione riguarda invece il modo in cui i paesi soprattutto occidentali stanno cercando di arginare la sindemia. La corsa al vaccino è una strategia di fatto che non mette per nulla in discussione il contesto in cui origina e da cui origina la pandemia, è una sorta di agire post quem volto a ripristinare uno status quo.

#### Sessione II

In questa sede, va da sé, non si intende mettere in dubbio l'assoluta necessità e priorità della cura vaccinale, però crediamo che il carattere non strettamente preventivo sarebbe sicuramente un elemento da approfondire. Il vaccino indubbiamente servirà ad abbattere il tasso di mortalità della pandemia, però non può essere l'unica strategia di uscita dalla crisi sanitaria, banalmente perché non risolve le radici profonde che l'hanno scatenata.

Per di più, e su questo credo sia necessario essere il più chiare e chiari possibile, il modo in cui i vaccini occidentali sono stati sviluppati segue perfettamente ed immediatamente la logica della massimizzazione dei profitti. Ecco quindi i brevetti, i finanziamenti alla ricerca privata, le clausole commerciali piuttosto scivolose, che rendono in effetti la cura una sorta di strumento necropolitico nelle mani di chi ne detiene la proprietà intellettuale.

Questo panel di discussione appunto intitola "Per un nuovo concetto di salute", una condizione quindi a cui ambire aldilà del COVID, una condizione che i movimenti sono arrivati troppo tardi a cogliere e che implica da un lato l'abbattimento di tutti quei fattori che aggravano gli effetti della malattia, e quindi la possibilità di avere accesso alle cure e a un'informazione, i fattori socio economici, il contesto ambientale; dall'altro è una condizione che implica il radicale rovesciamento del sistema di sviluppo che rende la stessa malattia possibile.

Il capitalismo estrattivista e predatorio ha dimostrato di essere appunto alle origini della pandemia e probabilmente di tante altre pandemie che purtroppo ci toccheranno in sorte, ci ammala quotidianamente ed è stato in grado, per sopravvivere, di mettere a repentaglio la sopravvivenza della vita stessa sul pianeta. Di conseguenza, se ambiamo davvero a una nuova salute che faccia i conti non soltanto con l'assenza della malattia ma che si misuri realmente in benessere, dobbiamo sicuramente cercarla al di fuori e oltre il regime ecologico in cui viviamo, per questo una giusta e rapida transizione ecologica è quanto mai urgente, anche sebbene in termini piuttosto diversi da quelli del riformismo compatibilista e resiliente del nuovo ministero di Cingolani.

#### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

#### JENNIFER GUERRA

Giornalista professionista, si interessa di tematiche di genere, femminismi e diritti LGBTQ+

Nel mio intervento parlerò un po' del concetto di cura in una prospettiva un po' più ampia, che viene dal femminismo, che è l'ambito di cui io mi occupo, in cui milito e in cui anche credo, se così possiamo dire. Sono stata chiamata oggi per parlare di cura perché ho anche recentemente curato la postfazione di un libro molto interessante che credo possa essere molto utile al dibattito che stiamo portando avanti oggi. Questo libro è il Manifesto della cura che è uscito recentemente in traduzione italiana per edizioni Alegre, ed è un libro scritto da accademici e accademiche inglesi che hanno appunto analizzato il concetto di cura e quanto ci sia la necessità di cambiare questo concetto in una direzione radicale.

Hanno provato a immaginare una società diversa in cui questo concetto di cura non è corollario alla società ma ne è la base, è messo al centro, anziché essere un dei tanti temi del dibattito. É molto significativo che questo libro sia uscito proprio adesso perché di fatto la situazione pandemica in cui viviamo ha messo ancora più in evidenza quanto la cura sia necessaria nella nostra società. Noi siamo abituati a pensare che il lavoro di cura sia qualcosa di relegato esclusivamente nel privato tanto che il modello di famiglia e di società che noi abbiamo costruito di solito ragiona in questi termini, cioè appunto all'interno della famiglia e alla cura dei figli, degli anziani, ma anche semplicemente il lavoro domestico, demandato in maniera quasi esclusiva al genere femminile.

La critica femminista ha a lungo ragionato su questo tema e oggi è messa di fronte anche a una ulteriore complicazione di questo tema perché con la fine del modello di famiglia mono reddito e l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro, adesso abbiamo anche un'altra prospettiva da indagare e un altro problema da risolvere che è quello della razzializzazione del lavoro di cura, ovviamente legato ai fenomeni migratori per cui come sappiamo oggi il lavoro di cura è diventato un settore in cui vengono impiegate una grandissima parte di donne immigrate soprattutto.

Il Manifesto della cura prende da alcune esperienze, soprattutto esperienze di attivismo di cui tra l'altro oggi abbiamo e avremo occasione di sentire molti esempi, esperienze di cura reciproca, cura radicale, che possono essere messe in atto anche in una prospettiva più sistemica: in particolare i punti affrontati dal Manifesto della cura sono quattro cioè:

- 1) il mutuo soccorso
- 2) lo spazio pubblico
- 3) la condivisione delle risorse
- 4) la democrazia di prossimità.

Sono esperienze che nascono nell'ambito del femminismo, delle comunità della working class, della comunità lgbtq, dell'ambientalismo, e il Manifesto della cura mostra come queste esperienze che noi releghiamo in ambiti circoscritti possano essere applicati su una scala maggiore.

Noi siamo indubbiamente in un momento di crisi della cura, non solo causata dalla pandemia ma in generale, come sappiamo, dagli anni '80 in poi c'è stato un vero e proprio smantellamento del sistema del welfare e dei servizi sociali e questo ha causato anche dei problemi evidenti nella gestione della pandemia ma anche nella vita quotidiana delle persone. Ovviamente mi riferisco in particolare alla situazione delle donne durante la pandemia che oltre al lavoro salariato, sia che fosse svolto con il famoso smart working (anche se sappiamo che questo è un termine completamente inadatto per descrivere la realtà di questo lavoro) sia che fosse uno dei tanti lavori essenziali svolti dalle donne (che quindi hanno continuato a lavorare durante la pandemia) si è aggiunto anche il lavoro domestico con un carico di lavoro molto maggiore rispetto a quello degli uomini. Questo modello era in crisi anche prima, vi cito solo un dato dell'European index for gender and quality: l'81% delle donne italiane svolge quotidianamente lavori domestici contro il 18% degli uomini. Questo è un gap molto ampio, uno dei più alti

#### Sessione II

d'Europa che dimostra anche come il problema della cura sia un problema di genere oltre che ovviamente un problema sistemico economico, come abbiamo avuto modo di constatare oggi.

Per risolvere il problema della crisi della cura per ora le risposte che sono state date sono insoddisfacenti, cioè per ora è stato applicato il modello del breadwinner universale, cioè l'idea che nel momento in cui anche le donne avrebbero avuto accesso al mercato del lavoro con delle condizioni pari a quelle degli uomini, anche se sappiamo che così non sono, si sarebbe risolto questo problema. Così non è stato: evidentemente questo problema non può essere risolto pensando di bilanciare semplicemente la cura o di redistribuirla all'interno del nucleo familiare, quindi nel privato, ma evidentemente c'è bisogno di una più ampia redistribuzione che riguardi anche la socializzazione del lavoro di cura.

Questo tema quindi può essere affrontato sotto tanti punti di vista ed è chiaro che nel momento in cui, come oggi stiamo vedendo, c'è un grande ritorno del tema della cura anche dal punto di vista delle istituzioni - vi faccio banalmente l'esempio del decreto Cura Italia che è stato chiamato così ma che di cura di fatto poi non se ne occupa perché non ci sono accenni all'idea di una ricostruzione del servizio sociale che è stato smantellato - è chiaro che non si può pensare che il problema della cura possa essere risolto in una dimensione privata.

Quindi, ancora una volta e come sta dimostrando questo convegno, serve una soluzione radicale al problema della cura, una soluzione collettiva che riguarda tutta la società e che provi per una volta a mettere la cura al centro dei bisogni delle persone e delle agende politiche.

#### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

## Sessione III

# Per un vaccino bene comune



In questa sessione verranno approfonditi i temi della pandemia e della sindemia, inquadrando il tutto a partire dal tema dei vaccini e delle dinamiche di profitto ad essi legate. Vorremmo far interagire in particolare esperti/e ed epidemiologi, e inquadrare una conoscenza scientifica sul Covid-19 anche a partire dal contesto globale.

# **ERNESTO BURGIO**

Medico pediatra esperto in epigenetica e biologia molecolare

# La prima pandemia dell'antropocene

Allora molto rapidamente, già il titolo lo dice, io sono quasi fuori tema; nel senso che io farò rapidamente una corsa attraverso le diapositive per dire che questa pandemia appunto è una pandemia annunciata da vent'anni e una pandemia conseguente al modo in cui noi stiamo disintegrando - e questo è l'antropocene - l'ecosfera del pianeta terra, la biosfera. Vi faccio subito, fin dall'inizio, notare alcuni dati perché appunto questo era un convegno caduto ieri ma io faccio correre alcune immagini. Guardate questi due grafici a sinistra: vedete immediatamente come l'onda della pandemia è stata una. Non è vero che ci sono state varie ondate nel mondo, ce n'è stata una sola. É cresciuta la diffusione sia per quanto concerne i casi sia i decessi fino ai primi di gennaio. Poi come vedete é interessante che stava veramente riducendosi notevolmente nel giro di 20 giorni sia il numero dei casi che dei decessi. Questo è un punto fondamentale; ebbene da venti giorni stiamo ricominciando a crescere. Allora questo dato, che a mio parere è molto indicativo, si sposa anche con questo secondo. Se voi andate a vedere i dati nei paesi occidentali, abbiamo in generale dai 500 ai 2.000 morti per milione di abitanti con Italia, Gran Bretagna, Stati Uniti, Brasile e ancora peggio Belgio, Cecoslovacchia e Slovenia. Quindi veramente tassi di letalità (e adesso anche possiamo dire ormai di mortalità) altissimi. Al contrario i paesi asiatici hanno tassi di mortalità che vanno da uno per milione di abitanti nel Vietnam a tre in Cina fino a 30 a Cuba, insomma, siamo a livelli di mille volte inferiori. Allora questo è il primo dato su cui dobbiamo riflettere. La scelta di puntare tutto sui vaccini tipicamente (cioè proprio tipica) della mentalità della medicina occidentale è a mio parere sbagliata. Vediamo un po', tra i vari fattori (ovviamente anche qui corro: deforestazione, cambiamento climatico, wet markets, megacities, eccetera) che stanno stravolgendo da 20 anni la biosfera tra tutti i dati che conosciamo. Questo lo conosciamo meno ma è importante: il 60% degli animali sulla terra ormai sono animali da allevamento. Soltanto il 4% sono animali liberi in natura, e già questo la dice lunga. Non è da stupirsi quindi se le zoonosi continuano ad aumentare, se i virus potenzialmente pandemici continuano a fare spillover pericolosissimi. Questi sono gli allarmi degli ultimi decenni, ma soprattutto dell'ultimo decennio. Ricordiamo tutti che negli allevamenti d'Europa siamo pieni di H5N1, H5N8, H5N9, H7N1, H7N7, H9N2: i più pericolosi orthomyxovirus influenzali che ci possiamo trovare in mezzo - veramente hanno tassi di letalità potenziale 20 volte superiori a Sars-Cov-2 - ecco, dobbiamo partire da qua.

Si può pensare in una situazione come questa di fermare tutto con farmaci e vaccini? Noi sappiamo tra l'altro che il pipistrello ha sostituito le popolazioni aviarie come serbatoio naturale dei virus pandemici, sappiamo anche questo da 15 anni - ovviamente do per scontato che molti di voi sappiano tutto, ma io faccio solo un indice di tutto questo. Sappiamo che il pipistrello è un serbatoio naturale molto più pericoloso che non gli uccelli, perché è un mammifero - quindi sui virus sono molto più affini a noi. Ebola, Marburg, Nipah, Hendra, i BAT-CoV, insomma sono tutti virus potenzialmente letali e pandemici. Gli animali che ormai trasportano in giro questi virus sono tanti: guardate, questi sono gli animali che hanno già il coronavirus e che alcuni di voi conoscono. Per esempio, il visone è stato già dimostrato pieno del Sars-Cov-2.

Allora, a questo punto, questi allarmi son serviti in questi anni? Assolutamente no! Soprattutto i paesi occidentali si sono lasciati trovare totalmente scoperti. Questo è stato il primo articolo che ho scritto in aprile, in cui notavo come l'Italia fosse il primo paese colpito, ma come i casi di Sars-Cov-2 in gennaio fossero già in tutto il mondo. In tutto il mondo significa Canada, Francia, Australia, Brasile, tutto il mondo. Quindi già alla fine di gennaio eravamo in una situazione in cui un virus potenzialmente pandemico e molto contagioso girava per il mondo. A febbraio, come vedete, la società italiana di pediatria preventiva e sociale aveva messo in campo una richiesta di elaborare un piano pandemico (perché come tutti sapete non c'era); ogni tre mesi l'ho riproposta inutilmente con soprattutto il tracciamento, definito come unica strategia per fermare le catene dei contagi. Nel frattempo, i paesi asiatici avevano fermato la pandemia e si era trasferito l'epicentro prima in Europa e poi nelle Americhe - tutto questo lo sapete.

Due o tre punti essenziali sul virus. Primo: 6-8 mutazioni fin dall'inizio dalla sequenza di gen-

naio sulla proteina spike, essenzialmente nei siti dove uno se le poteva aspettare; e io non dico nulla, vi faccio solo notare che di queste mutazioni ce n'è una mai chiarita che è un sito polibasico di clivaggio molto simile a quello dei flu viruses - di H5N1 per intenderci - che non è in nessun BAT-Coronavirus. Questo è un punto su cui ovviamente non mi soffermo, ma è un punto chiave per dire da dove è venuta fuori tutta la clanistica che gira per il mondo - tutte le ricostruzioni filogenetiche si fermano a questo. Punto due, non c'è un virus chiaramente capostipite di quelli di Wuhan di quelli che girano per il mondo.

Ora tutto questo cosa significa? Significa che noi abbiamo in occidente trascurato enormemente il problema. Soprattutto dopo l'estate, quando tutta una serie di personaggi (a mio parere scriteriati) dicevano "non ci sono problemi!". Guardate come si stavano profilando gli aumenti in tutta Europa, guardate cosa è successo dopo che noi inutilmente abbiamo riproposto a settembre di fermare le catene dei contagi. Altra chiave fondamentale, molti di voi avranno letto questo articolo importante di Horton su The Lancet - il quale sostiene che non è solo una pandemia ma è una sindemia. Condivisibile a mio parere, ma attenzione: sindemia nel senso non che muoiono, come dice Horton, le persone più fragili e gli anziani. In realtà muoiono soprattutto le persone che hanno una disfunzione endoteliale - cioè obesi, diabetici, arteriosclerotici, ipertesi - e questo perché proprio nel nord del mondo, a mio parere, è importante considerare che si muore non perché il virus sia particolarmente virulento; ma perché scatena delle reazioni immuno-infiammatorie in questi soggetti. Quindi tutti i soggetti in cui il virus, se trova le arteriole a livello sistemico già infiammato, scatena reazioni paradossali perfino nei bambini. Voi tutti sapete che ci sono state già descritte delle sindrome simil-Kawasaki o Mis-C - e non entro ovviamente nei dettagli, non abbiamo il tempo.

Ora, qual è l'altro fattore fondamentale? É il particolato ultrafine. Le aree in cui il virus è dilagato (soprattutto in Europa, ma anche nelle Americhe) sono quelle più inquinate in cui c'è il particolato ultrafine. Bene, noi sappiamo da vent'anni che nelle aree in cui c'è il particolato ultrafine noi abbiamo 7-10 milioni di morti ogni anno in più. Ora tutto questo cosa significa? Significa che il particolato ultrafine agisce come massimo alleato, come co-fattore di questo virus. Penetra in tutti i vari sistemi dell'organismo e dove trova già una disfunzione microvascolare, un'infiammazione sistemica, scatena una reazione immuno-infiammatoria.

Inoltre il virus entra attraverso il nervo olfattivo, raggiunge il sistema nervoso centrale - la disosmia è solo un evento minimo, che però chiarisce questo fatto - ebbene la long covid in buona parte, che continua a diventare una minaccia significativa, potrebbe significare che il virus penetra nel sistema nervoso e potrebbe addirittura aprire la porta a malattie neurodegenerative. Per finire, il virus passa nella placenta meno di Sars-CoV-2 di Sars-CoV-1 del 2002 e meno di Mers-CoV; ma tutti sappiamo che questo significa poco perché citochine, anticorpi e stress materno da covid danneggiano potenzialmente il feto - e quindi bisognerà nei prossimi anni tenerne conto. Ora tutto questo per dire che, se l'occidente ha puntato tutto sui vaccini e sui farmaci, ha fatto un errore fondamentale. Cioè vaccini e farmaci possono essere una parte importante di una strategia complessiva; ma se non si fermano le catene dei contagi non

saranno certo i vaccini a farlo per mille criticità che gli altri colleghi sicuramente verranno a sottolineare. Prima di tutto il continuo aumento di varianti - questa che voi tutti conoscete è quella inglese, ha 17 mutazioni nei punti chiave; quella sudafricana e quella brasiliana altrettanto. Qui c'è lo spike dei contagi in Gran Bretagna quando ha cominciato a diffondersi. Sicuramente la vaccino-profilassi non fermerà questa diffusione, anzi teoricamente potrebbe creare una pressione selettiva.

Questo cosa significa, che non bisogna fare i vaccini? No, il contrario, che però si è fatto troppo in fretta. Le piattaforme vaccinali erano già pronte, bisognava prima fermare le catene dei contagi e poi cominciare a vaccinare a tappeto, quando si era pronti per farlo. Ultimo passaggio, proprio accennato, tra le due piattaforme vaccinali (che sono totalmente diverse, come sapete), per Pfizer e Moderna abbiamo un virus che praticamente non esiste (cioè è una sequenza RNA sintetica), importante come trigger potenziale sia di una reazione diciamo immunologica che speriamo para fisiologica; potrebbe essere efficace, ma appunto lo vedremo nel medio-lungo periodo. L'altro invece (AstraZeneca, lo sottolineo) è sicuramente, come tutti sapete, un virus di scimpanzé geneticamente modificato con una spike simile a quella del virus - che però (come del resto anche Pfizer) non è detto che dia un'immunità duratura. Non sappiamo ancora soprattutto (anzi è quasi sicuro di no) se può collaborare a eradicare la circolazione del virus in quanto di fatto blocca soltanto l'aggancio del virus alle vie aeree; quindi il virus continuerà a circolare come prima, diventando potenzialmente endemico.

Ho detto tutto in modo molto rapido, se si può tornare su alcuni di questi passaggi ne sarei contento. Direi però che il succo del discorso è che noi abbiamo due pandemie che si stanno congiungendo: quella da patologie croniche e quella da patologie infettive, che rischiano di diventare in qualche modo una vera e propria sindemia globale. Non la fermeremo certo con farmaci e vaccini, la fermiamo solo se, come Vietnam, Cambogia, Australia, eccetera fermiamo le catene dei contagi. Non è assolutamente polemica tutto questo, però credo che bisognerà tenerne conto.

## MAURA BENEGIAMO

Ricercatrice e attivista di POE e Rete Ecologia Politica

# Oltre il vaccino: rischio, crisi e prospettive di ricostruzione

Buongiorno a tutte e tutti intanto, e ringrazio moltissimo le organizzatrici e gli organizzatori per l'invito e per appunto aver organizzato questo convegno. Come dire, io non sono né prettamente epidemiologa né un'esperta prettamente diciamo del campo della salute, ma penso che il mio intervento sarà abbastanza in linea anche con quello che è stato appena detto.

Io sono una ricercatrice, mi occupo di ecologia politica e in questi mesi pandemici insieme a una vasta rete di attivisti, esperti, accademici (non solo italiani) abbiamo in qualche modo contribuito ad alimentare una lettura che oramai è abbastanza diffusa e che inserisce questa pandemia e le crisi che ha generato all'interno di quel percorso e di quei ragionamenti che già avevano letto la crisi climatica e la crisi ecologica come prodotta e interna al capitalismo; mostrando quindi da un lato l'urgenza di un superamento del capitalismo stesso, ma anche l'urgenza di una comprensione del capitalismo in chiave socio-ecologica; quindi come un processo di alterazione costante dei ritmi di vita e delle forme della riproduzione e della sottomissione di queste forme alla logica della crescita, la logica del valore.

a questa discussione è derivata soprattutto l'idea che la sfera della produzione della vita umana, delle specie, degli animali, delle piante, degli ecosistemi in generale sia sottoposta alla logica della produzione oggi in una maniera così profonda che il capitalismo stesso in qualche modo si è trasformato in una crisi ecologica, climatica e sanitaria di portata globale. Quindi non è tanto l'idea di un capitalismo in crisi, ma di un capitalismo come crisi. Ed è interessante notare che questo non è più un tabù per nessuno, non è un non detto perché - lo diceva molto bene in realtà anche appena adesso Ernesto Burgio, ma giusto per citare diciamo fonti più mainstream - leggevo proprio nel rapporto della piattaforma intergovernamentale sulla biodiversità che è un'organizzazione voluta dalle Nazioni Unite e che [un po' come il panel

sul climate change ha quel tipo di ruolo di coordinamento del dibattito] ha dichiarato nel suo ultimo report che l'umanità (c'è sempre questa retorica del tutti sullo stesso piano) è ufficialmente entrata nell'era delle pandemie. Questo, lo spiegava bene l'intervento precedente, non perché improvvisamente i virus [abbiano] deciso di fare la guerra alla specie umana, ma perché gli umani (o perlomeno una parte di loro) ha dichiarato guerra al vivente per lo meno da due secoli, cioè con il capitalismo industriale. Ma in maniera più generale, se vogliamo seguire l'ipotesi del capitalocene, possiamo rintracciare l'origine di questo processo con l'inizio della trasformazione coloniale e della specifica organizzazione del rapporto società-natura che quella trasformazione ha messo in campo. E che si traduce oggi, appunto, in questa distruzione generalizzata degli ecosistemi, della deforestazione e in tutti i fattori che sono strettamente legati all'emergere delle recenti pandemie che, come è stato detto, sono delle zoonosi principalmente legate alle attività industriali e agroindustriali. E questo mi sembra un punto interessante e che va sottolineato perché è rilevante anche indipendentemente dal fatto che questo virus sia effettivamente un virus prodottosi in natura o come alcuni dicono (non è la mia posizione, ma io non sono assolutamente in grado di valutare la questione) da un laboratorio. Ma comunque anche se fosse un virus scappato da un laboratorio, credo che se si studiano questi virus, sia all'interno di questo quadro di crisi. Quindi anche questa seconda teoria non inficia questo tipo di analisi.

'altro elemento che è emerso, appunto, è l'idea di questa sindemia che ci rimanda sempre a questo elemento situato e sociale della questione pandemica. Ricordandoci appunto che le cause principali di co-mortalità sono legate ad alterazioni croniche del metabolismo: cioè, ancora una volta, delle forme della riproduzione sociale, delle forme metaboliche [della riproduzione sociale] in questo caso del metabolismo umano e legate appunto ai modi di vita, agli

stili alimentari delle società industriali e postindustriali. Queste malattie hanno una diffusione diversa anche in base però alle geografie della povertà, dell'accesso alla cura e al cibo di qualità; e quindi aggravano e mettono in campo oggi delle nuove forme, le nuove forme che prende il ricatto salute-lavoro a cui molte persone sono sottoposte e lo sono oggi in maniera ancora più diffusa. Questo ricatto contraddistingue la contraddizione insanabile tra tutela della salute e diritto al reddito, così come è organizzato nella società capitalista dove il reddito è sempre sottomesso alla produttività, ma dove non tutto è considerato come avente valore e come produttivo.

ricollocare la questione pandemica dentro un'analisi socio-ecologica dell'evoluzione capitalista credo sia allora rilevante non solamente per, come è stato detto, andare in qualche modo a sottolineare la logica che ha prodotto questa pandemia e il fatto appunto che "ritorno alla normalità" significa ritornare alle condizioni che l'hanno causata; ma anche perché questo ci permette di sottolineare come le modalità con cui si sta gestendo il problema non si distanzino bensì confermino la logica che sottende e che ha già sotteso la gestione della crisi climatica. Si tratta ovvero di quel processo di ristrutturazione del capitalismo sotto il segno del neoliberismo che è in corso già da tempo e che avevo provato in alcuni interventi precedenti a definire come capitalismo del rischio - cioè l'idea che il rischio e la sua incidenza stiano subendo un processo di naturalizzazione, che assume come data la totale contingenza e sperimentabilità dell'esistenza. Segue ovvero l'idea che se la vita su questo pianeta è un sistema aperto in continua espansione (proprio come ci raccontano sia il capitalismo) allora in qualche modo i limiti della prima ed i limiti del secondo non solo non sono dati: ma non sono neanche un problema perché possono co-evolvere. Quindi i dissesti ecologici e sociali a cui siamo confrontati non sono sufficienti, di per sé, a mettere in questione il sistema - anzi lo chiamano ad evolversi, ovviamente preservando la logica di fondo. Questo elemento secondo me è un tema centrale, almeno è quello che vorrei provare a mettere a dibattito nel mio contributo di oggi, perché è collegato alla questione del dibattito sui vaccini. Nel senso che la soluzione del vaccino avviene in assenza di un reale dibattito allargato, diffuso, istituzionale - su appunto le cause da un lato, ma anche le forme di adattamento che ci vengono e ci verranno richieste su più livelli.

Pensiamo a come è già cambiato il diritto sul lavoro, a come sta cambiando la gestione dello spazio pubblico e, come abbiamo visto oggi, a come sia anche modificata la questione della salute e della sanità. Questa assenza di dibattito diciamo sulle origini e sulle forme di adattamento, secondo me non può essere letta solo come un tentativo di occultare o di non andare a cercare le responsabilità, di non puntare il dito appunto contro la bio-industria e contro il dissesto ecologico. Suggerisce anche un altro meccanismo un po più perverso, ovvero l'idea che se ogni crisi è naturalizzata - cioè se le crisi sono naturali anche quando sono sociali, perché è così che va il mondo e perché non c'è differenza tra il mondo e il mondo nel capitalismo, il mondo dentro il capitale - allora se ogni crisi è sempre naturale, è normale accettare come dato di fatto il rischio e la sua gestione autoritaria, quale forma di difesa della società. E vediamo allora che questo vaccino, seppur importante (io sono la prima ad essere contenta in qualche modo che le persone intorno a me stiano accedendo al vaccino, finalmente) non è

tuttavia cura sociale, non è la cura di cui abbiamo discusso oggi, è emergenza.

Vado a concludere con tutto quello che l'emergenza ha come portato di governo neoliberale, ma soprattutto anche di militarizzazione della salute. Volevo citare una frase di un libro di Melinda Cooper "La Vita come Plusvalore", che ho riscoperto e riletto tantissimo in questa fase pandemica, che dice che è proprio quando il corpo e l'ambiente diventano dei limiti da superare, su cui si può speculare, che la possibilità di realizzare una militarizzazione permanente in nome della vita non solo diviene un'opzione concreta ma diviene l'opzione correlata alla crescita. mostrando con ciò tutta la perversione di un sistema che da un lato accetta che il rischio debba far parte della sua evoluzione, ma assume anche come normale di poter estremizzare qualsiasi processo in nome del fatto che ci sarà una soluzione.

Ecco, per chiudere, penso che questi elementi richiedano di essere analizzati, di essere messi a tema e richiedano di essere analizzati insieme agli impliciti che veicolano e che traducono nelle pratiche sociali. E in qualche modo il dibattito che abbiamo fatto oggi, il dibattito sull'ecologia politica ci permette di metterli a tema ripensando la cura fuori dal modello emergenziale e da quello della mera sopravvivenza. Perché, per dirlo proprio in due parole in modo da chiudere, va bene il diritto alla salute ma: o questo diritto é inteso come è stato fatto oggi in maniera innovativa, collegando i vari nodi che sono emersi dal dibattito, oppure restiamo schiacciati là dove esattamente il sistema ci sta schiacciando: cioè a chiedere di sopravvivere e delegando totalmente questa speranza di sopravvivenza a strutture sempre più verticali, sempre più autoritarie e sempre più settarie. nvece ripensare le relazioni tra cura, salute e territorio significa connettere esperienze che mettono in discussione l'idea che la riproduzione sociale debba essere subordinata al profitto; ma ripensano anche percorsi di autonomia per quelle che secondo l'espressione felice di Stefania Barca sono chiamate le forze della riproduzione. Vedo che il mio tempo è finito, quindi dico semplicemente che oggi sono emerse delle parole secondo me importanti come solidarietà, come comunità; che sono importanti per ricordarci che, se ce la stiamo facendo ad uscire da questa crisi, non è grazie al capitalismo ma nonostante il capitalismo; che non solo non è stato efficiente nella gestione della crisi ma appunto non ha fatto niente per evitarla.

# **VITTORIO AGNOLETTO**

Medico, docente di "Globalizzazione e Politiche della salute" all'Università degli Studi di Milano e proponente della campagna europea No Profits On Pandemic

# O i brevetti o la vita! La salute tra i diritti e profitti

Buonasera a tutte e tutti e grazie moltissimo dell'invito. Sono molto contento perché avrò partecipato a non so quanti webinar ma mancava un'impostazione di lettura politica di quello che sta accadendo e questa mi sembra un'opportunità veramente importantissima.

Due premesse: sono totalmente d'accordo con quello che hanno detto Ernesto e Maura. In particolare, dietro l'incapacità della medicina occidentale - e in particolare del sistema sanitario lombardo che rappresenta la punta di avanzata dell'applicazione del neoliberismo in ambito sanitario - vi sono due aspetti fondamentali.

Primo, una concentrazione di spesa, in particolare nel Servizio Sanitario della Regione Lombardia, rivolta soprattutto sulle cure ad alta tecnologia con farmaci costosissimi che quindi di per sé possono essere dedicate a un gruppo limitato di persone che, non raramente, possono co-partecipare alla spesa. Salute, sanità, sistemi sanitari non significano solo cura: significano prima di tutto prevenzione e anche prendersi cura delle persone che non si possono curare - e la cura stessa non significa solo alta tecnologia, terapie costose.

Secondo passaggio: il disastro è frutto di un servizio sanitario centrato sul profitto, dove ciò che produce profitto (essendo presente una fortissima componente privata) è il malato e la malattia e non la salute, e questo è un elemento di contraddizione enorme.

Adesso vi parlo dalla Lombardia. Se la Lombardia fosse una nazione come anni fa volevano Bossi e la Lega, sarebbe il primo Paese al mondo per numero di decessi in relazione alla popolazione. 301 decessi ufficiali da coronavirus ogni 100mila abitanti: non c'è nazione che abbia un dato di questo tipo. I Paesi percentualmente più colpiti, secondo le statistiche ufficiali,

sono Gibilterra e San Marino attestate su 270 decessi ogni 100.000 abitanti – la Lombardia ha superato i 300 - questo avviene in una delle punte avanzate della cosiddetta sanità occidentale.

Arriviamo ai brevetti e ai vaccini: lo scontro sui brevetti a mio parere è la rappresentazione plastica al massimo livello dello scontro tra profitto e vita, e tra modello neoliberista e un futuro necessario per tutta l'umanità.

In quale condizione noi oggi siamo? Noi disponiamo di alcuni vaccini. Sottoscrivo quanto detto da chi mi ha preceduto in merito alla questione che non saranno i vaccini da soli a salvarci. Mi concentro sullo scontro sui vaccini.

Noi abbiamo dei vaccini che sono stati prodotti con ingenti finanziamenti pubblici (parliamo di alcuni miliardi di dollari) stanziati della Commissione Europea a nome nostro, dagli Stati Uniti e dal Canada e da altre nazioni per svilupparne la ricerca. Quello che però ne è conseguito è che i brevetti sono rimasti totalmente in mano privata: questo significa che in base agli accordi sulla proprietà intellettuale del 1995 (i cosiddetti accordi TRIPS inseriti all'interno dell'OMC, l'Organizzazione Mondiale del Commercio,) chi ha il brevetto ha l'esclusiva per 20 anni nella produzione, nella commercializzazione, nella possibilità di stabilire accordi e di decidere quanto e dove produrre. E ovviamente ha un peso enorme, agendo in una condizione sostanzialmente monopolistica-oligopolistica, nel poter stabilire il prezzo. La follia è che le istituzioni hanno messo i soldi e hanno lasciato il brevetto totalmente in mano alle aziende farmaceutiche.

Ancora più folle è la secretazione di questi accordi; è un atto grave, non solo perché non è chiaro quanto paghiamo per ogni dose, ma non sono chiare anche altre cose. Per esempio,

ogni quanto tempo determinate dosi devono essere consegnate? Non ha senso dire: mi devi consegnare tot milioni di fiale entro il 31 marzo, entro il 30 giugno ecc. Devi sapere settimana per settimana quando ti consegnano le dosi, soprattutto se sono vaccini che richiedono un richiamo. Altrimenti in termini di sanità pubblica non puoi programmare. Ma non è solo questo che non sappiamo: per esempio, ci risulta che sia stato aperto, su richiesta di Big Pharma, un tavolo di trattative con l'Unione Europea per stabilire che saranno gli Stati e la Commissione Europea a risarcire eventuali danni provocati dai vaccini, danni relativamente alle persone. Questa è una cosa che non è mai avvenuta, perché chi immette un prodotto nel mercato si deve assumere totalmente la responsabilità delle possibili conseguenze. Questo aspetto è stato totalmente secretato ma noi sappiamo, grazie a un gruppo indipendente di giornalisti d'inchiesta, che questa è stata una delle cose che la Pfizer ha tentato di imporre in tutti i paesi dell'America Latina. Pensate che l'Argentina, che ha fornito 5.000 cittadini al trial di sperimentazione per arrivare all'approvazione di Pfizer (ed è argentino uno dei massimi dirigenti di quel progetto di ricerca), alla fine ha scelto il vaccino russo - perché la Pfizer aveva chiesto, come garanzia dei risarcimenti, addirittura di poter andare a intaccare le riserve auree dell'Argentina. E questa cosa è stata chiesta anche agli altri paesi latinoamericani - alcuni hanno accettato e si sono messi totalmente nelle mani della multinazionale; altri non hanno accettato ed hanno dovuto ricorrere ad altri vaccini, oppure ne sono rimasti senza.

Quando noi poniamo questo problema ci viene detto: ma se non ci fossero le aziende private non si svilupperebbe la ricerca farmaceutica.

Non è vero. Una ricerca condotta da diverse università USA dimostra che i finanziamenti del NIH, l'Istituto Nazionale della Salute, hanno contribuito a sostenere la ricerca pubblica associata a quasi la totalità dei 210 nuovi farmaci approvati negli Stati Uniti tra il 2010 e il 2016. Che cosa vuol dire? Che il pubblico si assume il rischio d'impresa e che il privato invece si intesta i profitti. Il finanziamento nella prima fase, quella a maggior rischio, è pubblico; quando poi attraverso una startup sostenuta da finanziamenti pubblici, si arriva a individuare ad es. un nuovo ed efficace principio attivo a quel punto la multinazionale, l'acquista, lo sviluppa, ha la logistica necessaria e fa profitti veramente incredibili. E' quanto è avvenuto con il Sofosbuvir, il farmaco per l'epatite C.

La prima proposta per modificare questa situazione è di 'India e Sudafrica che - con il sostegno di oltre 100 Paesi - hanno chiesto la moratoria temporanea sui brevetti, prevedendo anche un risarcimento per le aziende produttrici. Questa proposta è stata, fino ad ora, bloccata da Stati Uniti, Unione Europea, Gran Bretagna, Singapore, Svizzera, Giappone, Australia e dal Brasile di Bolsonaro.

C'è un'altra possibilità? Si, i governi, a cominciare dal nostro, potrebbero applicare la "licenza obbligatoria", che è una clausola di salvaguardia prevista negli accordi TRIPS che stabilisce che un Paese in difficoltà economica che deve confrontarsi con una pandemia, se non trova un accordo con le aziende farmaceutiche può scavalcare il brevetto, autorizzare le proprie

aziende a produrre farmaci e vaccini; poi dovrà risarcire le aziende, ma ad un prezzo non distante dal costo da queste sopportato per produrli. Nel 2001, la stessa OMC con la Dichiarazione di Doha affermò che "la tutela del brevetto non deve mai mettere in discussione la possibilità per i governanti di tutelare la salute dei loro cittadini"; tale dichiarazione fu firmata da tutti i Paesi, compresa l'UE, ma la Commissione Europea dal momento stesso della firma ha utilizzato ogni strumento a sua disposizione per boicottare qualunque tentativo di applicare la clausola sulla licenza obbligatoria".

Pensate che dal 2001 al 2008 la Commissione Europea ha preteso in molti accordi commerciali con Paesi terzi esterni all'Unione Europea (accordi commerciali che potevano riguardare il caffè, le banane, macchinari o altre merci e che non c'entravano nulla con i farmaci) che costoro dichiarassero che non avrebbero mai fatto ricorso alla licenza obbligatoria.

Noi abbiamo lanciato una campagna europea https://noprofitonpandemic.eu/it. É un'ICE, un'Iniziativa dei Cittadini Europei – uno strumento istituzionale, previsto dai regolamenti dell'Unione Europea. Se raccogliamo un milione di firme a livello europeo, la Commissione Europea è obbligata a fare un'audizione pubblica con i proponenti e ad aprire un dibattito in parlamento e in consiglio sottoponendo loro le nostre proposte.

#### Cosa chiediamo concretamente?

Desecretazione dei contratti firmati dalla Commissione, loro ridiscussione a cominciare da quelli che hanno beneficiato di un forte contributo pubblico, in quel caso anche il brevetto deve essere pubblico; appoggio alla proposta di moratoria avanzata da India e Sudafrica che tornerà in discussione a maggio all'Organizzazione Mondiale del Commercio e nessuna opposizione ai Paesi che decidessero di ricorrere alla "licenza obbligatoria".

Credo che questa vicenda ci faccia capire tante cose.

La necessità di un'azienda farmaceutica pubblica a dimensione europea. Questa porterebbe a tre vantaggi: primo, una diminuzione dei costi su farmaci e vaccini; secondo, una ricerca orientata, anche sulle neglected diseases, le malattie dimenticate che colpiscono le popolazioni più povere e che quindi non costituiscono un interesse per il mercato. Terza cosa importante di cui non parla nessuno, se avessimo fatto una ricerca pubblica avremmo stabilito nei trial di ricerca degli endpoint diversi; cioè avremmo cercato di misurare l'efficacia dei vaccini nel bloccare la trasmissione del virus.

Infatti, ad oggi è stata misurata l'efficacia nel bloccare il passaggio dall'infezione alla malattia conclamata; non la capacità del vaccino di evitare l'infezione. Per quello che ne sappiamo oggi (in futuro vedremo i risultati di nuove ricerche quando saranno realizzate) uno, pur essendo vaccinato, può infettarsi, non sviluppare la malattia ma trasmettere ad altri il virus. Perché? Perché alle multinazionali farmaceutiche durante i trial sperimentali interessava dimostrare

#### Sessione III

il prima possibile di aver ottenuto un'alta percentuale di successo nel bloccare l'evoluzione della patologia e poter mettere il loro prodotto sul mercato. Verificare la capacità di evitare la trasmissione del virus avrebbe significato tempi più lunghi e soprattutto il rischio di ottenere percentuali di successo minori e quindi meno spendibili nel mercato globale della comunicazione. Tanto più che i media mainstream, come era ampiamente prevedibile, si sono ben guardati dallo sforzarsi di capire a cosa esattamente si riferissero le percentuali di successo dichiarate. Tutto questo non significa che tali vaccini non siano utili, bloccando l'evoluzione della malattia producono una forte diminuzione della mortalità e questo è un risultato importante; ma se a condurre la ricerca fosse stata un'azienda pubblica avrebbe individuato fin dall'inizio degli end point differenti meno orientati alla ricerca di enormi profitti immediati e più rivolti alla tutela della salute di tutt\*.

E chiudo chiedendovi ancora un minuto per riprendere la conclusione del ragionamento di Maura. E' uscito un file che racconta cosa è accaduto in una riunione tra dirigenti di Pfizer e rappresentanti di fondi finanziari. I dirigenti Pfizer si complimentavano con sé stessi per i guadagni che accumuleranno. Solo sui vaccini si stima complessivamente un'entrata di 10 miliardi di dollari all'anno per i prossimi 4-5 anni. Ma loro facevano un altro ragionamento. Il loro obiettivo non è l'eradicazione del virus; è la trasformazione della pandemia in una patologia endemica che richieda periodicamente un nuovo vaccino, in modo tale di garantirsi un mercato di milioni di persone ogni anno e quindi un'ingente entrata economica, periodica e programmabile da inserire nel bilancio. E' paradossale, ma le aziende che producono i vaccini non sono preoccupate più di tanto di un'eventuale sviluppo di ceppi virali maggiormente aggressivi perché pensano di poter arrivare un domani a produrre delle nuove versioni di vaccini garantendosi nel tempo un ricco mercato. Ovviamente, nel frattempo moriranno tantissime persone. Ma questa è una questione che non li riguarda.

É la stessa ragione per cui l'UNAIDS, l'Agenzia delle Nazioni Unite contro l'AIDS, anni fa, accusò Big Pharma di aver lavorato per cronicizzare la malattia da HIV e di non essere invece interessata a trovare un vaccino in grado di estirpare l'infezione.

Questo è il quadro dentro il quale siamo. Credo che raramente nella storia umana recente sia stato così evidente uno scontro tra neoliberismo da una parte e altermondialismo dall'altra parte. Le due cose sono totalmente incompatibili e una ci conduce alla distruzione del pianeta.

### SINDEMIA 0202 | convegno sulla salute 2021

# **GIORGIO SESTILI**

Fisico e curatore della pagina Facebook Coronavirus dati e analisi scientifiche

# Raccontare la disuguaglianza sociale attraverso i dati sui vaccini nel mondo

Grazie a tutte e tutti per questo invito. Prima di cominciare con la mia relazione, vorrei anche un po' interloquire con il dibattito visto che siamo alla fine, al termine di un lungo dibattito cominciato addirittura questa mattina. La prima cosa che mi sento di dire è che all'interno di questa tragedia, perché di questo si tratta, che stiamo vivendo ormai da oltre un anno, sono emerse anche delle cose belle, eccezionali. Noi qui siamo in qualche modo a rappresentare questo: persone che hanno messo a disposizione le loro competenze in ambiti diversi per raccontare questa pandemia, e raccontare un'altra storia di questa pandemia rispetto a quella che in qualche modo è il racconto mainstream che sentiamo un po' quotidianamente su canali ufficiali.

Io ho avuto già modo di interloquire con Vittorio sul suo libro, che credo che sia un libro di testo che dovrebbero adottare le scuole nei prossimi anni, per veramente avere un'idea e studiare quello che è accaduto veramente in Italia nella gestione di questa pandemia. E sono molto, molto d'accordo con tutti gli interventi ma in particolare con quanto ha detto Ernesto, il primo intervento di questa sessione perché mi sembra fondamentale. Se sono d'accordo Vittorio ed Ernesto su questo ci tornerei nelle prossime settimane. Mi sembra fondamentale raccontare questa verità che oggi è totalmente assente dal dibattito mainstream, ovvero i vaccini non sono e non saranno la soluzione definitiva di questa pandemia. Questo non lo dice nessuno, non lo dice nessuno e credo che sia un qualcosa sul quale tornare. L'altra cosa è che io penso che questi dibattiti appunto politici, perché di politica si tratta, debbano in qualche modo trovare un ambito che sia in grado anche di innescare un processo; non più dibattiti estemporanei, perché io è da un anno che nel mio piccolo col mio lavoro di ricerca e di divulgazione sulla

pandemia cerco di dire che questa tragedia ha fatto esplodere delle contraddizioni che però non sono nuove: esistevano già. I problemi sulla salute, sulla mancanza di una sanità territoriale, i problemi di accesso alle cure per le fasce più deboli, il problema del lavoro e della crisi economica che oggi sta diventando micidiale ma che appunto sta mettendo per l'ennesima volta a rischio le fasce, i soggetti più deboli e adesso sui vaccini.

E quindi arriviamo anche alle poche cose che vorrei dire, perché molte sono già state dette: ecco, sono contraddizioni latenti di fondo, già presenti nella nostra società, che in qualche modo la pandemia ha fatto riemergere, ha fatto esplodere; e dovrebbero essere anche un po il punto di partenza, il collante per provare a immaginare insieme un mondo diverso e un sistema alternativo. Quindi il mio invito, la mia speranza è che questi dibattiti non siano estemporanei ma trovino in qualche modo anche una forma di messa in atto di un processo.

Allora, condivido il mio schermo perché chiaramente qualcosa ho preparato, e ho preparato qualcosa sempre a partire dai dati. Perché secondo me i dati riescono a spiegare molto meglio poi anche quello che vogliamo dire. Allora, questo è un grafico che mostra quella che è in questo momento la situazione dei vaccini nel mondo. Sappiamo che Israele è il paese che ha vaccinato di più. Questi dati sono in rapporto alla popolazione - quindi vaccini effettuati in rapporto alla popolazione. C'è poi il Regno Unito che ha vaccinato moltissimo, però fa impressione vedere un po' la situazione dei vari continenti: Nord America, poi c'è l'Unione Europea, poi c'è il Sud America, poi c'è l'Asia e in fondo c'è l'Africa. In qualche modo la situazione dei vaccini somministrati rispecchia perfettamente quello che è il PIL, se vogliamo, dei paesi. E quindi paesi più ricchi hanno vaccinato di più e poi via via andando nei continenti più poveri

vediamo che i vaccini sono stati somministrati sempre di meno. Questo grafico tra l'altro è abbastanza schiacciato proprio perché c'è la curva di Israele e del Regno Unito che, se eliminiamo, mostra ancora di più quella che è la situazione dell'Asia ma in particolare dell'Africa - dove potremmo dire che i vaccini non sono praticamente, quasi per niente arrivati. Si vede ancora meglio la situazione da questa mappa, in cui vediamo che ci sono delle zone del mondo, in Africa e in alcuni paesi asiatici, da cui non pervengono proprio dati. Quelle zone grigie non sono zone dove si vaccina poco ma sono zone da dove i dati non pervengono nemmeno, quindi possiamo immaginare la situazione e chiaramente le difficoltà che si vivono in queste zone.

Allora perché mostro questi dati? Perché secondo me questa mappa indica bene due problemi enormi che noi abbiamo di fronte: da una parte c'è un problema che riguarda l'uguaglianza e riguarda il diritto di tutti di poter accedere alle cure e ai vaccini. In questo momento noi vediamo una corsa sfrenata ad accaparrarsi le dosi di vaccino tra i paesi occidentali, nessuno si sta ponendo il problema di come portare le stesse cure e quindi anche i vaccini ai paesi che in questo momento hanno più difficoltà economiche e sanitarie. Poi qualcuno potrebbe anche dire che non ce ne importa nulla a noi occidentali di portare i vaccini nei paesi più in difficoltà - chiaramente non mi riferisco alle persone qui presenti - però si potrebbe anche fare questo ragionamento. Ebbene, lo ha spiegato prima benissimo Ernesto Burgio, questo è un virus che ha una elevatissima capacità di mutare, e più noi lasciamo il virus libero di circolare più aumenta questa probabilità di mutazione. Allora possiamo anche pensare di vaccinare tutti i paesi occidentali, raggiungere un'immunità che non raggiungeremo mai, ma pensare di poter raggiungere un'immunità nei paesi occidentali; ma se il virus continuerà a circolare in Africa, nei paesi asiatici, in sudamerica state certi che prima o poi arriverà una mutazione resistente ai vaccini; e state certi che prima o poi in un mondo globalizzato e connesso come il nostro il virus e le mutazioni del virus troveranno una via per rientrare anche nei paesi occidentali. Quindi portare il vaccino in tutti i continenti e in tutto il mondo non è solo un problema enorme (e che per me è la cosa più importante di uguaglianza e di pari accesso alle cure per tutti e tutte) ma è un problema anche sanitario; perché se vogliamo combattere questa pandemia non dobbiamo debellare il virus ovunque, e non solo in occidente.

Quello che sta avvenendo con questa rincorsa al vaccino mi pare che sia ben sintetizzato da questa frase di Boris Johnson che ha detto che la Gran Bretagna sta vaccinando così velocemente grazie al capitalismo, grazie al libero mercato e grazie all'avidità del libero mercato. Questo sintetizza bene la situazione, ma vorrei sottolineare che questo capitalismo e questo libero mercato e la situazione dei brevetti che è già stata affrontata da Vittorio e sulla quale tornerò brevemente,non sta mettendo in difficoltà solo i paesi più poveri, l'Africa o alcuni paesi asiatici. Sta mettendo in difficoltà anche l'Europa, anche l'Italia, perché l'Europa sta trovandosi in una situazione in cui è in continua lotta con le case farmaceutiche che non rispettano i contratti, che non stanno mandando nei nostri paesi le dosi di vaccino che in qualche modo erano state messe nero su bianco sui contratti preliminari; e tutto questo non solo per problemi di produzione - che però anche in questo caso sono dovuti al fatto che non vengono condivisi i brevetti - ma anche perché i vaccini vengono offerti ai migliori offerenti e quindi le

case farmaceutiche hanno la volontà chiaramente di trarre il maggior profitto possibile dalla vendita dei vaccini.

E proprio oggi sull'Espresso c'è una bellissima storia di Michele, ZeroCalcare dalla quale ho estratto solo questa vignetta che però rispecchia bene un po' il senso di questa sessione sui vaccini bene comune. L'Europa, ma in generale gli stati occidentali, hanno investito milioni e milioni - complessivamente hanno investito miliardi - di soldi pubblici per finanziare prima la ricerca e lo sviluppo dei vaccini e quindi delle case farmaceutiche che hanno investito in ricerca sui vaccini, e poi per comprare in anticipo delle dosi già nella fase di sperimentazione - quindi assumendosi quello che viene definito il rischio d'impresa. E non sono pochi i soldi investiti, perché noi vediamo che solo l'Unione Europea ha investito 100 milioni di euro in ricerca e sviluppo per il vaccino di Pfizer e Biontech e 280 milioni di euro di dosi comprate già nelle fasi di sperimentazione per i vaccini di Pfizer e Moderna e altri 336 milioni sempre ricerca e sviluppo più le dosi acquistate per quanto riguarda il vaccino di AstraZeneca. Sono cifre importanti, soldi che provengono dalle tasche nostre, dalle tasche dei cittadini europei che oggi si ritrovano in una situazione in cui i vaccini non arrivano e quando arrivano costano un sacco di soldi perché (a parte AstraZeneca che l'unica che ha deciso di mettere il vaccino a 2,80€, a prezzo di costo; ma ripeto, AstraZeneca è quella che sta consegnando meno vaccini, e bisognerebbe capire dove stanno andando i vaccini che invece non vengono consegnati) gli altri vaccini costano veramente tanto. Pfizer 13€, Moderna addirittura mi sembra 18€ a dose.

E allora sorge spontanea una domanda: ma se il rischio è stato socializzato perché il profitto deve essere privato? Questa mi sembra in questo momento la cosa dalla quale ripartire per mettere a critica l'attuale sistema del libero mercato, l'attuale sistema capitalistico.

Poi l'altro elemento di forte disuguaglianza, (perché così ho voluto chiamare questa relazione) che stanno producendo i vaccini lo comprendiamo se guardiamo al nostro interno; cioè alla composizione ormai delle società occidentali, una composizione che vede tantissime popolazioni migranti (questi dati sono in milioni, chiaramente quindi nella sola Europa ci sono più di 89 milioni di immigrati). Tra questi immigrati chiaramente, per fortuna, la maggior parte sono regolari e hanno accesso alle cure, hanno tutta una serie di diritti; ma c'è anche un'enorme fetta di migranti irregolari che sono gli invisibili e che non esistono in alcun piano nazionale vaccinale. Se voi vi prendete le tredici pagine del piano nazionale vaccinale del ministero della salute e del governo non c'è alcun accenno alle vaccinazioni per i migranti, per i richiedenti asilo, per gli immigrati irregolari. Eppure ci sono fior fior di studi scientifici o anche di report fatti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità esattamente come dal CDC e da altre organizzazioni non governative che mostrano come chiaramente la pandemia ha enormemente aggravato le condizioni di questi soggetti più deboli; sia in termini sanitari, di salute, sia in termini economici. In Italia l'ultimo censimento degli immigrati irregolari parla di oltre 500mila persone che in questo momento non hanno accesso a tutta una serie di diritti e quindi a cure sanitarie e che in questo momento non vengono minimamente presi in considerazione e censiti per quanto riguarda le vaccinazioni. Io credo che in questo c'è un altro punto importantissimo da sottolineare, e sul quale provare a sviluppare un'azione politica.

# Conclusioni

L'interesse per la salute attraversa trasversalmente ambiti di lotta e pratiche molto variegate, quindi siamo nella particolare situazione che la salute è sicuramente l'orizzonte di mobilitazione necessario ma nessuna delle formule organizzative che oggi lo contempla risulta sufficiente ad agire incisivamente. Da questo convegno vogliamo far emergere solo indicazioni di massima sulla complessità del tema ma non una precisa soluzione organizzativa che in questo momento ancora non c'è, desideriamo continuare la nostra strada nel tentativo di trovarla e renderla utile in primis per una fuoriuscita dalla pandemia che sia realmente migliorativa per la salute di tutte e tutti e in secundis per armarci di strumenti di cambiamento generale e di autodifesa e autogestione della salute delle nostre comunità contro un modello capitalista che ha come unico fine il profitto a discapito delle nostre vite.

In prospettiva quindi abbiamo deciso che questo convegno sia solo il primo di tanti appuntamenti di dibattito che ci proponiamo di costruire mano a mano, per continuare a creare e condividere saperi e conoscenze dal basso che poi si tramutino in strumenti per una riappropriazione dell'ambito della salute e un ribaltamento del reale.

Per accedere al materiale completo di #sindemia0202 e rimanere aggiornati sui nuovi appuntamenti, è possibile consultare il sito www.congressiperlasalute.it

# 2020 AIM DUIS

28.03.2021 • convegno sulla salute





www.convegnosalute21.it



















