

l'Altra Italia
il nostro
Tsipras
a pag. 47

Racconti e Opinioni

lavoroesalute

www.lavoroesalute.org

31°
anno

AVVISO AI CITTADINI

Fate attenzione alle favole che vi raccontano. Da anni la pubblica amministrazione non integra gli organici con il blocco delle assunzioni nel pubblico impiego e intanto negli ultimi anni ha perso 350.000 lavoratori a causa del blocco del turnover e altre decine di migliaia sono stati persi con tagli diretti agli organici, e i contratti sono bloccati da tanti anni.

Se rendi precario il lavoro pubblico riduci anche la loro propensione alla spesa che quindi toglierà ulteriori soldi al commercio. Se rendi precario il lavoro pubblico non aspettarti il dovere o il piacere di un sorriso, in particolare da chi avrà uno stipendio da 400 euro al mese ed un contratto in scadenza ogni mese.

L'ORGOGGIO DI ESSERE DIPENDENTI PUBBLICI, NONOSTANTE TUTTI! A PAG. 26

elezioni RSU a marzo
VOTA E FATTI VOTARE

a pag. 48

Tante parole a noi, tanta politica sui giornali

I PDROLAI

Chiamparino, Presidente dei governatori, ha promesso nuove assunzioni nella sanità ma solo dopo averla "riordinata". Come manterrà la parola se, dopo il governativo depauperamento delle risorse finanziarie e umane delle strutture pubbliche, ci dirà che non ci sarà più bisogno di altro personale sanitario con le sue asl riordinate? Pochi ma fessi! Le modifiche appena decise sulla Rete Ospedaliera confermano nella sostanza le nostre perplessità sullo sbandierato riordino che si riduce a tagli e accorpamenti chirurgici, sulla falsariga di Cota.

Interlocuzione con Saitta Pag. 4

abbiamo fame di infermieri

a pag. 6



--- racconto/2 ---

FICTION di cura

ASL, Case di cura e...

--- pag. 14 ---

10- **sovracup**
Call-center e affari o servizi?

13- **ad Avigliana**
Il centro flop assistenza

16- **sicurezza lavoro**
Le nostre responsabilità

16- **come averla**
La pillola del giorno dopo

22- **epidemie vere**
HIV ancora da combattere

23- **epatite C**
Virus e mercato dei farmaci

29- **jobs act**
Miserabili e ammalati

32- **donne e lavoro**
La maternità è una guerra

40- **scuola e salute**
I danni della scuola azienda

42- **psicologia**
web, realtà e cambiamenti

46- **cos'è il TTiP**
vite vendute alle multinazionali

> **e altro ancora**
nelle 48 pagine

O ti racconti
O sei raccontato
Scrivi a
Lavoro e Salute

editoriale



di Franco Cilenti

*La Speranza
ha due
bellissimi figli:
lo sdegno
e il coraggio...
Lo sdegno
per la realtà
delle cose,
il coraggio
per cambiarle"*
Pablo Neruda

Finisca l'ipocrisia, in alto e a metà della piramide

Perchè continuano a farci sopportare le immagini e le parole sui Pronto Soccorso ridotti a Lazzaretti, con persone accalcate nei corridoi e negli sgabuzzini in attesa di un posto letto per giorni? Perchè le Regioni, a iniziare dal Piemonte, continuano a cincischiare con Piani, riordini studiati a tavolino senza conoscere, o fregandose, dello stato reale in cui versano le asl?

Possiamo chiedere di finirla con l'ipocrisia insopportabile mentre si apprestano a tagliare entro fine mese, in ossequio alla legge di stabilità del governo Renzi? Eppure anche la Corte dei Conti e l'OCSE hanno tuonato contro la scure che i continui tagli gettano sull'accessibilità e qualità dei servizi pubblici, ridotti ai minimi termini e con enormi differenze tra Regioni a causa del federalismo leghista, sposato anche dagli ultimi governi, che hanno dato vita a 20 sistemi sanitari differenti che penalizzano oltre la decenza il sud, dove si continua a morire di più e prima, taglio dei Livelli essenziali di assistenza e la revisione dei ticket con ulteriore e pesante aggravio per le tasche dei cittadini.

Perchè si nasconde l'ulteriore taglio di servizi e posti letto, nonostante gli oltre 70.000 già tagliati dal 2000 ad oggi, infoltendo enormemente la

massa degli attuali 9 milioni di persone che non hanno accesso alle cure?

Intanto, lasciando perdere i paroloni di Saitta e Chiamparino, la Giunta piemontese, fedele esecutrice del governo, sulla scia della Giunta Cota riduce ancora la sanità pubblica (ricordiamo che molte delibere, oggi messe alla gogna, sono passate senza colpo ferire), taglia i trasporti locali, le risorse ai comuni, mentre sostiene grandi opere inutili e dannose come la TAV.

Almeno su una cosa il Chiampa promette ma non mantiene. Dopo aver detto che piuttosto di aumentare le tasse si sarebbe dimesso, ci ha propinato una stangata da 73 milioni che non ha precedenti nella nostra Regione, attraverso l'aumento dell'addizionale regionale IRPEF, bollino blu delle auto, ed impianti termici. Ancora non soddisfatto applica pedissequamente il famigerato decreto "sblocca Italia" e svende il patrimonio pubblico modificando le norme relative alla gestione dell'acqua, imponendo un gestore unico per ambito territoriale, favorendo, per questa via le multi utilities in barba al dettato referendario

votato da oltre il 90% dei cittadini italiani.

E in questo stato di cose che va inquadrato lo stato comatoso del nostro lavoro nella sanità pubblica - lavoro strettamente dipendente dalle condizioni ambientali ed economiche - aggredito dalle politiche dei tagli, da quelli lineari a quelli mirati, alla distruzione della sanità e del nostro lavoro. E allora per fermare questo mas-

sacro delle nostre condizioni di vita e di lavoro, vi pare peregrino o vetero il messaggio che noi comunisti diamo da sempre: non ci si adegua ma si lotta? Non credete anche voi, colleghi/colleghe - e cittadini - che non sia oramai questione di vita degnamen-

te vissuta o di morte delle nostre condizioni materiali, nel nostro quotidiano di vita e di lavoro? Non vi pare che siamo arrivati al capolinea e - finendola di farci inibire dalle opinioni difformi, dalle diverse culture e dalle appartenenze politiche e sindacali - sia arrivato l'ultima occasione per invertire la rotta convincendoci che si deve e si può solo attraverso una lotta senza quartiere, della difesa del posto di

CONTINUA A PAG. 3



CHE GENTE SIAMO.....
*noi lavoratori che non apprezziamo
 il decisionismo isituzionale di
 questa Giunta post Cota?*
*Ma questi sono così veloci
 nell'evitarci che non ci vedono
 proprio..... come Cota e soci.*
*Dite che è la teoria degli
 opposti estremismi (privatisti)?*



cile54
2015

Finisca l'ipocrisia

CONTINUA DA PAG. 2

lavoro, della salvaguardia i territori, a difesa del servizio sanitario e dei servizi pubblici in generale?

Per quanto ci riguarda direttamente vogliamo chiederci se otto ore sono già troppe in questa disorganizzazione aziendalista del lavoro nei nostri ospedali invece di continuare a tappare, ad esempio con reperibilità e straordinari, i buchi prodotti dai manager ci rende complici di questo stato di cose presenti? Rivendichiamo il sempre più attuale e urgente "lavorare meno, lavorare tutti" per nuova occupazione, a beneficio degli attuali precari e disoccupati, come della salute di tutti.

Sono certo che dopo il tragico caso all'ospedale Martini (dell'infermiere 43enne colpito da emorragia cerebrale dopo un turno di 12 ore di fila al pronto soccorso dovendo far fronte ad oltre quaranta pazienti in barella) e dopo le tante pagine sui giornali e le dichiarazioni fiume dell'assessore, di Chiamparino, medici e opinionisti, tutto sarà archiviato come caso singolo e tra un anno, come da oltre vent'anni, ci ritroveremo nelle stesse condizioni.

Questo lo sappiamo tutti, noi che ci lavoriamo negli ospedali e negli ambulatori territoriali, ma inconsapevolmente o meno partecipiamo a questa sceneggiata credendo di non poter farci nulla perchè "non contiamo niente". Scusate ma a me pare un pensiero costante ma anche inconsapevole ipocrisia che preferiamo nascondere anche dietro l'indignazione per il nostro prostante stato di operatori della salute ma evitiamo di affrontarla per non analizzarla, per non correre il rischio di smascherarci e rivelarci come soggetti deviati dal malcostume altrui.

Non vi pare la stessa ipocrisia di chi ci governa quando scopre che ci sono pochi infermieri - guarda caso a causa dei loro tagli di personale e posti letto - e troppa affluenza, guarda caso per ricaduta delle loro politiche economiche - e l'additare alla pur presente collocazione professionalmente inappropriata di una piccola parte degli infermieri tutta la colpa dello stato dei pronto soccorso?

Ecco cosa significa quando più volte abbiamo scritto di stress da lavoro correlato dei lavoratori della sanità svolto in condizioni massacranti a causa della carenza di personale e dell'inefficiente organizzazione della sanità, anche piemontese.



Condizioni di lavoro inaccettabili che in questo caso diventano pubbliche e oggetto di denuncia ma che caratterizzano l'operato quotidiano degli operatori della sanità nell'indifferenza e passività generale.

Meditate colleghe e colleghi. La salute dei cittadini si difende a partire dal nostro stato di salute, perchè il caso del collega del Martini ci deve svegliare sui nostri ospedali, in particolare sui reparti di pronto soccorso, e sulle drammatiche condizioni in cui medici ed infermieri sono costretti a lavorare.

In questo contesto ci fa piacere concordare qualche volta con il sindacato medici ANAAO che denuncia come ormai il nostro SSN stia precipitando nel "baratro dell'incapienza" di posti letto, di medici, di infermieri, di operatori socio-sanitari, di

risorse, di formazione.

Quindi come non sottolineare positivamente quanto afferma "Non abbiamo dubbi che non vi saranno azioni concrete per arginare ed invertire le condizioni, indegne di un paese civile, in cui si ritrovano pazienti e parenti, medici, infermieri e tutti gli operatori sanitari dei nostri nosocomi.

Chi accede e chi lavora in un pronto soccorso ha ben presente di cosa stiamo parlando. Anche gli utenti-cittadini-pazienti hanno capito chi li ha ridotti in queste condizioni, grazie alle facce stravolte di chi cerca di trovargli un posto letto, una barella, una sedia o, in casi non così rari, una scrivania dove stendersi ed essere assistito".

Siamo agli ultimi posti nella graduatoria dei paesi europei come numero di posti letto per mille abitanti, sotto la media UE per le risorse destinate alla sanità, ed il personale continua inesorabilmente a calare rendendo incompatibile assistenza e sicurezza.

Ricordo che 10 anni fa una Direttiva Europea obbligava i datori di lavoro a

rispettare il recupero psicofisico del lavoratore, imponendo riposi di 11 ore tra un turno e l'altro. L'Italia nel 2003 si è arrogata la possibilità di derogare per il personale sanitario, per questo è incorsa in una onerosa procedura di infrazione per inadempimento delle misure sulla sicurezza sul lavoro, in sanità come in tutti gli altri settori produttivi.

E, pensate che vigliacchi, hanno la spudorataggine di portarci alla gogna sulle tv e sui giornali come fannulloni e assenteisti!

**Ogni giorno
sul blog**

www.blog-lavoroesalute.org

**Racconti e Opinioni
di Lavoro, Salute, Politica,
Cultura, Relazioni sociali
pagine di ALTRAinformazione
a cura di franco cileni**

Interlocuzione con le dichiarazioni di Saitta

Caro Assessore, in queste ultime settimane si sono lette molte dichiarazioni, che mettevano in evidenza, il suo interessamento a trovare strade che potessero smatassare alcune criticità, però, le chiediamo: l'emergenza dea è forse un problema di quest'anno? **NO!**, si presenta ogni anno e si finisce sui giornali ogni anno, poi se ne dicono tante ma non si fa niente senza soluzione di continuità. Inutili gli emergenziali spostamenti di organico all'ultimo minuto, quindi prima che ci si renda conto di ciò che richiede la criticità, il picco d'emergenza è finita e rimane quella quotidiana che per noi operatori è ancora più pesante perché, appunto, spalmata sull'intero anno, moltiplicata per tanti anni..... pesi Lei la nostra fatica e responsabilità.

Il problema vero è che non c'è volontà di rivedere il fabbisogno di personale, della verifica di chi fa cosa, a riguardo provi a chiedere alle asl l'ultima volta che hanno fatto un censimento sull'organico eppure è stato richiesto. Parliamo di personale che non ce la fa più, ma allora mi si dovrebbe spiegare, perché professionisti con 60 anni sono in reparti pesanti, da 30 anni e i neo laureandi negli ambulatori, logica vorrebbe il contrario, anche per l'altro problema un giovane non avrebbe problemi a andare a sopprimere emergenze, in quanto perfettamente aggiornato.

Abbiamo letto dichiarazioni su infermieri adibiti a altre attività, qui c'è un'aggravante per chi governa le asl: "lo sai e non procedi alla verifica?"

Però, deve sapere caro Assessore, che nelle aziende se qualcuno, sindacalista o meno, obietta a proposito di queste situazioni (comunque da verificare caso per caso) c'è il silenzio tombale e chi dovrebbe non interviene. Non lo trova strano?



Altre dichiarazioni dicono che l'utilizzo di personale interinale risolverebbe il dramma, chi l'ha detto conosce poco la realtà e gliene frega niente, o forse ignora la questione, della continuità di cura che verrebbe meno con l'esternalizzazione; della formazione strettamente legata alla qualità della prestazione professionale; del costo per il bilancio regionale, sapendo bene che un infermiere afferente a un studio associato costa all'asl 29,90 EURO all'ora, contro i 21,40 euro di costo orario di un infermiere dipendente.

Di certo sappiamo che una mossa come questa, mettendo fuori gioco la contrattazione sindacale, stabilirebbe rapporti poco trasparenti nella scelta.

Altro punto, perché non si è ancora attivato un percorso ospedale territorio, come per altro previsto, in modo da fotografare la reale situazione?

Anche lì ci sorge un dubbio: è meglio che non si verifichi quanto si spende - anche inutilmente - sui percorsi dei pazienti (Dea-reparto-struttura)?

Se serve diamo un piccolo quadro d'insieme su questo percorso. Una persona va in Dea, viene quindi ricoverato, viene predisposta una richiesta di lungodegenza e il paziente viene trasferito in una struttura apposita ma, in assenza dei controlli previsti, rimane ricoverato per mesi finché, cause

varie ed eventuali, ritorna in Dea per poi essere ancora inviato in altra struttura d'accoglienza. Risultato? Cure inappropriate e spesa abnorme per mancanza di verifica.

Infine, caro Assessore, si rende conto che rimettere mano alla rete ospedaliera nel chiuso delle vostre stanze, senza relazioni sindacali e istituzionali sul territorio, è una scelta di autarchia politica? Le modifiche appena decise sulla Rete Ospedaliera confermano nella sostanza le nostre perplessità sullo sbandierato riordino che si riduce a tagli e accorpamenti chirurgici, sulla falsariga di Cota.

Ai vostri predecessori vi unisce anche l'allarmismo. Si rende conto che quando afferma che la grave situazione economica della Sanità piemontese comporta il rischio di un fallimento della Sanità pubblica pare che legga un prestampato preparato da Monferino e Cavallera?

Lei afferma che "La situazione dei conti in rosso che la nostra Regione presenta dal 2010 ci richiede innanzitutto di intervenire sui costi, soprattutto quelli di produzione, controllando la spesa ospedaliera, centralizzando alcune gare d'appalto e la spesa farmaceutica - ha spiegato -. Dobbiamo anche ricomporre la frammentazione, applicando i parametri indicati dal patto per la salute: la moltiplicazione dei numeri dei primari e dei reparti in cui la produzione è bassa costituisce infatti un rischio per la salute".

Nei prossimi mesi avremo modo di verificare, sperando di non subire danni come operatori e cittadini, la bontà delle sue affermazioni, Intanto non vorremmo che Lei e Chiamparino foste coscienti che questa riorganizzazione non funzionerà creando più confusione, ma siete sicuramente gratificati dall'aver dato dimostrazione di decisionismo.

A noi operatori, e a tutti i cittadini, non serve!

L'AZIENDA E LA SALUTE? fanno a pugni

La parola Azienda sta a significare che gli interessi dei privati, quindi del profitto, sono entrati a far parte della Sanità Pubblica in quanto diversi servizi sono stati dati in appalto ad esterni al sistema. Questa è ormai la verità che i cittadini danno per scontato anche se sanno bene che ogni mese a tutti, lavoratori e pensionati, viene trattenuto dalla busta paga/pensione una somma per il Servizio Sanitario Pubblico ma nel contempo accettano le lunghe attese nella sanità pubblica per andare presso gli ambulatori privati.

Hanno accettato supinamente e consapevolmente, altrimenti non avrebbero accettato - anche dopo i primi primi anni di credulonità - che avvenisse questa spregiudicata presa per i fondelli.

Stessa cosa succederà se passerà l'accordo USA/Europa - nascosto dietro le sigle TTIP e TISA - che darà potere assoluto alle multinazionali del farmaco, per quanto riguarda la sanità e alle multinazionali in altri campi ad esempio come l'agricoltura e l'acqua.

Per restare al presente vogliamo chiederci perchè si è caduti nella trappola della libera professione intramoenia quando ci hanno raccontato che per rispondere al problema delle lunghe liste d'attesa per le prestazioni?

Di fatto si è riportato all'interno delle strutture pubbliche ciò che era effettuato fino ad allora solo privatamente (in modo spesso "oscuro").

In questo modo si è concesso al singolo medico l'utilizzo legale dell'attrezzatura ospedaliera e si determinava per questo una tariffa (parte alla struttura e parte al medico).

Risultato: il paziente paga, le liste d'attesa rimanevano intonse (in caso contrario l'affare non avrebbe più funzionato).

Con l'arrivo della crisi si è assistito - e si assiste-

I CONTI DELLA "CORTE DEI CONTI" CI DANNO RAGIONE.

Saranno mica dei comunisti anche loro?

Nel 2013, al netto degli altri ticket sulla diagnostica e le prestazioni specialistiche, i cittadini hanno versato 1.436 milioni, pari all'1,3% della spesa sanitaria corrente complessiva, con una media di circa 24 euro a testa. Nel quadriennio esaminato dalla corte, è stato registrato un aumento del numero di ricette del 6,3%, e un boom del 66,6% dei ticket e compartecipazione. L'obiettivo di diminuire la spesa farmaceutica ospedaliera, e quella per beni e servizi, è stato mancato. In altre parole, i tagli alla sanità sono stati pagati, in gran parte, dai cittadini stessi. A questo è servito

l'aumento dei ticket che, insieme al blocco del turnover del personale, finanzia ciò che lo Stato nega. Senza dimenticare l'aumento stellare delle addizionali Irpef e Irap, fondamentali per far quadrare i conti alle Asl e agli ospedali.

L'ansia di essere più austeri dei loro mandanti ha spinto gli enti locali a ridurre, in quattro anni, di circa il 68% la quota di spesa per la sanità pubblica non coperta dal finanziamento al quale concorre lo Stato.



ad una riduzione delle entrate dei ticket (un po' generalizzata) e cioè una riduzione delle prestazioni in regime di SSN. Con il superticket poi per alcune prestazioni era addirittura conveniente effettuarle privatamente. Inoltre, con la riduzione del personale e ancora una volta problemi (organizzativi? culturali? deontologici?) mai voluti risolvere, le liste d'attesa non hanno subito molte variazioni. Ma gli ospedali hanno pensato di confermare la politica dell'intramoenia con l'idea di avvicinarsi al consumatore applicando le "tariffe calmierate" per "fare saltare" le liste a chi può indipendentemente dalla appropriatezza delle prestazioni.

Ma i medici coinvolti cosa dicono (organizzativamente, culturalmente e deontologicamente, ovviamente)? Cosa rispondono quando si chiede dell'appropriatezza delle prestazioni? Silenzio assoluto!

Ora, il pericolo è enorme (riduzione del SSN e ingresso delle polizze assicurative) e bisognerebbe rendere economicamente favorevole azioni sanitarie che abbiano come finalità l'avvicinamento alla salute e non la produzione di prestazioni. Questo passa per l'eliminazione della tariffa sulla singola prestazione in primo luogo e un finanziamento complessivo (quota capitaria pesata secondo alcuni indicatori di salute).

C'è anche un'altra scelta fondamentale da fare per rendere economicamente favorevole per i cittadini le azioni sanitarie, è quella di nuova occupazione, infermieristica in particolare, per coprire una voragine sempre più larga e profonda nei nostri ospedali. Oramai si parla, nonostante i tagli di decine di migliaia di posti letto e di centinaia di intere strutture - piccoli ospedali e ambulatori sul territorio - della manzanza di oltre trecentomila infermieri.

Ancora una volta, come facciamo da decenni, ne parliamo con dati alla mano anche nelle prossime pagine di questo numero di Lavoro e Salute.

L'Italia ha bisogno di infermieri

Più di 5 mila in Piemonte

L'*Italia a partire dalla metà degli anni Novanta sino alla fine dello scorso decennio è stata caratterizzata da un consistente flusso migratorio di infermieri. Nella 'mappa' dei professionisti della salute stranieri che lavorano nel nostro Paese i più numerosi sono gli infermieri professionali. Secondo gli ultimi dati Ipsvi, si attestano a 35 mila, per lo più di nazionalità romena (circa il 43%) e polacca (il 14%) e impiegati in prevalenza al Centro e al Nord dell'Italia. Mentre i medici di origine straniera iscritti ai diversi Ordini d'Italia sono circa 15.000, per il 42,3% donne, e per il 67,5% in una fascia di età tra i quaranta e i sessantaquattro anni.*

Dove sono indirizzati? Cliniche private, case di riposo, istituti per anziani e disabili non autosufficienti. Senza contare il fabbisogno che dell'assistenza domiciliare ne mancano altri 40/60 mila. Ne servono almeno 5 mila solo in Piemonte. Mentre in tutta Italia i neolaureati in scienze infermieristiche sono appena 9 mila l'anno, con un ricambio fisiologico di 13/14 mila unità. Che fare?

E' vero che nessuno in Italia vuole davvero più fare l'infermiere tanto che bisogna andarne a prendere all'estero? Crediamo che sia un luogo comune, la verità è che la figura dell'infermiere in Italia sia tenuta davvero da poco conto ed insieme ad essa tutte le altre figure professionali dei paramedici che popolano le corsie degli ospedali italiani.

Da alcuni anni ormai il trend delle aziende sanitarie locali è quello di risparmiare, e su cosa poterlo fare? Sul personale ovviamente, non su tutto il personale, ma esclusivamente su quello "non medico".

Lo stipendio medio di un infermiere professionale assunto nel pubblico a tempo indeterminato si aggira sui 1300-1400 euro. In queste 1400 euro vi sono compresi il rischio biologico, quello radiologico (quando si lavora in aree dove vi è il rischio di esposizione a raggi x e gamma) e l'indennità notturna, ovvero il compenso aggiuntivo che viene pagato quando si lavora di notte, il quale ammonta a ben 2- 2,5 euro per ora!

Aggiungete a tutto questo "ben di dio" delle reperibilità le ore di straordinario mal pagate (o a volte non pagate affatto) e al carico di responsabilità che si ha nel lavorare con la salute delle persone e cosa ne viene fuori? O fai l'infermiere per vocazione, o perchè non sei riuscito a fare altro, o fai semplicemente altro.



Gli italiani invecchiano e la domanda di assistenza sanitaria sale. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20% supera i 65 anni di età e, secondo i dati Istat, nel 2050 circa l'8% degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale paramedico. Si calcola che la carenza di infermieri, già importante soprattutto al Nord, aumenti ogni anno a causa dello squilibrio tra i pensionamenti (17 mila all'anno) e le nuove assunzioni (8 mila all'anno). È quanto emerge dal rapporto Ocse 2008 sulle risorse umane italiane in ambito sanitario.

Troppi medici

L'Italia ha il più alto numero al mondo di medici per abitante: più di 600 medici ogni 100 mila abitanti nel 2005. I medici appartenenti alla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) sono circa 370 mila, di cui un terzo lavora negli istituti pubblici. Inoltre, secondo l'Ocse, la competizione tra medici nel settore pubblico è molto alta e spesso i più giovani devono aspettare a lungo prima di riuscire a ritagliarsi un posto di lavoro. Questo esubero si è sviluppato tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, periodo in cui il numero degli studenti di medicina è aumentato notevolmente: solo nel 1980, 17 mila studenti iscritti. Dagli anni Novanta, il numero chiuso alle università ha portato a una riduzione del numero di iscritti, che nel 2006 è sceso a 5623.

Il settore pubblico offre scarse opportunità a lungo termine e questo spinge a cercare lavoro all'estero: molti dei cosiddetti "cervelli in fuga" sono, non a caso, medici. D'altra parte, l'Ocse sottolinea come il mercato del lavoro italiano in ambito sanitario soffra di una cronica mancanza di fondi, scarse opportunità di carriera e nepotismo, risultando quindi poco attraente per i professionisti stranieri.

Pochi infermieri

Il settore infermieristico deve far fronte al problema opposto. L'Italia ha meno infermieri che dottori, la maggior parte dei quali (70%) lavorano in strutture pubbliche. L'università italiana non forma abbastanza infermieri e, secondo la Federazione nazionale Ipsvi, nel 2006 la carenza ammontava a circa 60 mila, per una mancanza di copertura dei posti di lavoro pari al 15%. Per questo motivo l'università ha incrementato la capacità dei corsi per le professioni paramediche, ma le domande di ammissione rimangono più alte dei posti disponibili, soprattutto al Sud.

Per risolvere la carenza cronica di infermieri, alcune Regioni hanno creato nuove figure professionali come quella dell'assistente e operatore socio-sanitario, riducendo così il carico di lavoro degli infermieri specializzati che storicamente svolgono anche compiti di pulizia e movimento dei pazienti.

Risorse dall'estero

La carenza di infermieri potrebbe essere in parte colmata dall'assunzione di personale proveniente dall'estero. Ma a causa della competizione con i Paesi esteri, che offrono

L'Italia ha bisogno di infermieri

CONTINUA DA PAG. 6

salari più alti e condizioni di lavoro migliori e delle complesse politiche di immigrazione, il numero di infermieri stranieri in Italia è ancora molto basso: 6730 nel 2005, di cui un terzo proveniente dall'Unione europea.

Nel 2004, secondo i dati Ocse, la maggior parte del personale straniero autorizzato a venire in Italia è stato assunto con contratti dai 12 ai 24 mesi. Gli infermieri che arrivano in Italia hanno mediamente tra i 20 e i 39 anni e provengono generalmente da Romania (circa 60%), Polonia (25%), Perù, Albania, Serbia e India.

La Fp-Cgil mette in fila i numeri della crisi del sistema

Persi 23.500 operatori sanitari, di cui 5mila medici, dal 2009 al 2013; 32mila gli operatori sanitari con contratti precari su un totale di 670mila; 31 i miliardi di tagli tra il 2009 e il 2015, a cui si aggiungono i 4 previsti dall'ultima legge di stabilità che, ricadendo sulle regioni, colpiranno inevitabilmente il Servizio Sanitario Nazionale; persi 1,3 posti letto ogni mille abitanti in 12 anni, passati da 4,7 a 3,4 a fronte una media Ocse al 4,8; sotto la media anche la spesa sanitaria complessiva, che in Italia è poco superiore al 9% del pil. Senza contare che l'Italia è stata deferita alla Corte Europea di Giustizia per l'assenza di una normativa sull'orario di lavoro per i medici, che dovrebbe prevedere un massimo di 48 ore settimanali e riposi giornalieri di 11 ore. "Dati - sottolinea il sindacato - che permettono di capire le ragioni del caos che caratterizza il lavoro nei Pronto Soccorso. Mentre si riduce la capacità del sistema ospedaliero di rispondere ai sempre maggiori bisogni di cura dei cittadini, questi ultimi si rivolgono più frequentemente ai soli presidi h24 accessibili, ma non idonei".

Le assunzioni dall'estero possono essere facilitate tramite contatti diretti tra le istituzioni. Gli accordi intrapresi in questo senso sono ancora pochi, ma alcuni sono risultati di particolare efficacia. La Spagna per esempio, che presenta un esubero di infermieri, ha un accordo interistituzionale con l'Italia che facilita l'assunzione del personale.

Alcune Regioni hanno iniziato a richiamare personale dall'estero tramite accordi bilaterali tra gli istituti di formazione. La Regione Veneto, per esempio, ha stipulato un accordo bilaterale con alcuni istituti di Bucarest e Pitesti e la Provincia di Parma con la Provincia di Cluj-Napoca.

Dei 7 mila infermieri stranieri presenti in Italia, la maggior parte lavora nel settore privato. L'unico accordo che coinvolge direttamente le autorità nazionali è quello che l'Italia ha con la Tunisia tramite il ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche

sociali. Le reazioni al flusso di infermieri dall'estero sono state molto positive anche se persistono alcune preoccupazioni legate alle difficoltà linguistiche e alla necessità di formazione iniziale. Malgrado la forte domanda di personale paramedico, l'Italia rimane un Paese poco attraente per gli infermieri stranieri: lo stipendio non è competitivo (circa 1600 euro al mese), le politiche di immigrazione sono sfavorevoli e la scarsa diffusione della lingua italiana all'estero rende la comunicazione più difficile.

Studenti stranieri

L'Italia non ha mai avuto un grande afflusso di studenti stranieri, anche se negli ultimi anni la loro percentuale ha avuto un leggero incremento. L'assenza di una politica specifica in questo senso abbandona gli studenti alle loro risorse, anche se i posti a disposizione per gli stranieri sono quattro



volte quelli attualmente occupati. Molti degli studenti provenienti dall'estero frequentano corsi di medicina: il 6,9% degli studenti che conseguono questa laurea sono stranieri, contro il 2,9% dei corsi di infermieristica.

Assistenza sanitaria a casa

L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre maggiore

impegno nell'assistenza agli anziani.

L'invecchiamento della popolazione italiana richiede sempre più assistenza agli anziani. La domanda di badanti e assistenti/operatori socio-sanitari eccede addirittura quella degli infermieri. Recenti indagini stimano che gli stranieri che in Italia lavorano in questo ambito sono circa 500 mila. La carenza dell'assistenza pubblica e i cambiamenti sociali delle famiglie italiane hanno incrementato il mercato dell'assistenza tramite badanti privati, la maggior parte dei quali stranieri.

Molti di questi lavoratori non hanno un regolare permesso di soggiorno, ma il loro ruolo è ormai essenziale per la società italiana: si tratta fondamentalmente di immigrati provenienti da Ucraina, Romania, Polonia, Moldavia, Ecuador e Perù, spesso privi di preparazione in ambito sanitario. Per accrescere le loro competenze, molte autorità locali hanno organizzato corsi di formazione per il primo soccorso e le cure di base.

Conclusioni

L'Italia deve fronteggiare la questione delle risorse umane nel settore sanitario. L'eccesso di medici, ma soprattutto la scarsità di infermieri e di personale paramedico in genere, è un problema da risolvere al più presto. L'aumento dei corsi di formazione per infermieri sta iniziando a colmare queste carenze, ma la domanda di personale è ancora molto elevata. Gli ostacoli burocratici e le contraddizioni interne al sistema universitario e a quello sanitario rendono la situazione molto complessa, ma le risorse umane straniere possono contribuire a risolvere la questione.

a cura del **Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute**

Quale futuro per formazione e lavoro medico?

In questi ultimi tempi sono venute alla luce vecchie e nuove problematiche. E anche vecchie e nuove proposte. Dalla possibilità di accedere al Ssn con la sola laurea e abilitazione, come avveniva fino al 1987, alla riduzione della durata delle specializzazioni. Tutte ipotesi da non scartare a priori ma che vanno affrontate con la consapevolezza che tra i nodi restano quello del rapporto Università-Ssn e quello del precariato "a vita"

I problemi della formazione medica in Italia sono sostanzialmente 4:

1) L'imbutto formato da numero di laureati, in crescita costante (almeno 16 mila accessi questo anno, con un tasso di laurea stimato tra l'82-85%) e numero di contratti di formazione specialistica, in riduzione per carenze economiche, in cui migliaia di medici costituiscono un esercito di riserva nel limbo della disoccupazione o sottooccupazione o "precariato stabile";

2) La lunghezza del periodo formativo con tardiva età di ingresso dei giovani specialisti nel mondo del lavoro;

3) La qualità del prodotto universitario, ancora grezzo alla fine di cicli formativi di 5-6 anni; 4) Il monopolio della Università, unico caso in Europa, anche nel rilascio dei titoli.

Documenti ufficiosi di un tavolo Ministero della Salute-Regioni, ex art.22 del Patto della Salute,

prevedono la possibilità di accedere al lavoro nel SSN con la sola laurea ed abilitazione, come, prima del 1987, sono entrati molti dei Medici e dirigenti sanitari attualmente in servizio.

Una soluzione certo parziale, ma non da scartare a priori, consentendo di avvicinare l'incontro tra mondo formativo e mondo assistenziale, offrendo una possibilità di lavoro, e di mantenimento delle competenze professionali, a quanti non vincono il concorso per la specializzazione o un ricorso, e di formazione professionalizzante con standard, tutor e certificazione.

Meglio dell'attuale precariato fuori controllo nei numeri, nelle tipologie e nella durata.

Una idea che però non può essere accettata a qualunque costo, in soluzioni tecniche confuse ed ambigue. Non è accettabile se accompagnata da un inquadramento contrattuale di Medici, comunque abilitati a ruoli e funzioni mediche, nel comparto, o da una attribuzione ex lege di livelli retributivi predefiniti e, guarda caso, uguali a quelli dei caposala. Come se si trattasse di figure professionali



intercambiabili.

Tanto meno può essere condivisa una concomitante desertificazione delle piante organiche degli specialisti, a prescindere da fabbisogni, standard, modelli organizzativi, che, paradossalmente, taglia il numero di posti di lavoro proprio mentre si propone di fare crescere la platea dei possessori dei requisiti per occuparli. In una logica da supermercato del prendi 2 e paghi 1. L'operazione non deve ridurre gli spazi di reclutamento nelle piante organiche, mettendo i nuovi assunti in competizione con l'esercito di precari di corso più o meno lungo, che vedrebbero allontanarsi ogni prospettiva di stabilizzazione, o con i sottoccupati per la copertura del turnover.

Mi sembra però che il tavolo di discussione sia già stato sgombrato da queste questioni dalla azione tempestiva, fin dal mese di giugno, dell'Anaa e delle altre OOSS. Anche se, curiosamente, i commentatori della ultima ora fanno finta di non saperlo costruendo una inutile corona di no che mirano solo a nascondere l'intento di salvaguardare il monopolio universitario, con un pò di belletto pur di non cambiare niente.

In verità, Regioni e Governo non hanno chiarito se pensano a modalità di accesso con laurea ed abilitazione al mondo del lavoro, su posti liberati dal turnover, con contratti a tempo indeterminato ed inquadramento al primo scalino della carriera dirigenziale, un po' come i vincitori di concorso per giudici che hanno prima un periodo di uditore giudiziario.

Oppure, visto che si parla di accesso in soprannumero alle scuole di specializzazione, superando i limiti numerici attualmente previsti, a due canali di formazione, paralleli ma destinati ad incontrarsi, l'uno gestito dalla Università, l'altro dal SSN in un percorso formativo non di serie B ma tutelato sia nella responsabilità che nelle competenze.

Nell'uno e nell'altro caso non si vede il perché della riduzione contestuale della dotazione organica, che rischia di essere una costante periodica fino ad un sostanziale svuotamento ed un fattore di decapitalizzazione del lavoro specialistico.

L'ipotesi di una parte di formazione gestita dal SSN aprirebbe finalmente la strada ad un suo ruolo di co-protagonista in un processo centrale quale la formazione medica, prendendo atto che né la Università né il SSN sono in grado da soli di uscire dalle sabbie mobili attuali.

Certo, la introduzione nel sistema di una nuova figura professionale, sia pure in una prospettiva di formazione, quale il Medico laureato non specialista "con mansioni proprie della professione in coerenza con il grado di conoscenze e competenze acquisite", richiede, per non farne una area di precariato, la contestuale indicazione delle modalità di ingresso (contratto a tempo determinato?) e della durata della permanenza in questo limbo (il periodo della formazione?), nonché una declaratoria dei livelli di autonomia e responsabilità professionale per

CONTINUA A PAG. 9

Quale futuro per formazione e lavoro medico?

CONTINUA DA PAG. 8

mansioni che potrebbero sovrapporsi a quelle della dirigenza medica e sanitaria.

Insomma, una vera job description che chiarisca anche le differenze rispetto al percorso professionalizzante degli specializzandi e le motivazioni per un livello retributivo diverso da quello degli specialisti.

Agli oneri conseguenti si può fare fronte sia con la riduzione della durata degli studi che con le risorse economiche che le regioni già spendono per la formazione o con fondi europei, visto che i nostri vicini di casa assumono specialisti formati a nostre spese. Anche se un problema importante, come la qualità professionale dei futuri medici, potrebbe essere meritevole di un investimento economico, come è stato fatto per la scuola. Impossibili reali innovazioni ad invarianza di risorse, che certo non possono essere sottratte, ancora una volta, al personale in servizio. Altro che primariati ridondanti!

Attualmente va in pensione circa il 3% della dotazione organica medica ogni anno. Tra il 2016 e il 2017 le uscite saranno del 6-7%. Nel 2020 avremo più di 20000 laureati che si contendono l'accesso a circa 6000 contratti di formazione specialistica. Appare inevitabile l'aumento del numero dei contratti di formazione, in due canali o in quello tradizionale, che però non ha

dato brillante prova di sé, fino ad assorbire tutti o quasi i laureati, insieme con una drastica riduzione degli accessi a Medicina, per alcuni anni a 4000-5000/anno, per recuperare la pleora attuale determinata dai ricorsi al TAR.

Per anticipare l'età di ingresso nel mondo del lavoro, avvicinandola allo standard europeo, e migliorare la formazione professionalizzante, si potrebbe dividere il percorso formativo in due tronconi, il secondo dei quali, caratterizzato più sul versante lavoro che su quello formazione, affidato al SSN, contrattualizzato, o permettere l'accesso al concorso a tempo indeterminato fin dalla metà del percorso formativo, da completare successivamente ai fini della progressione di carriera.

Insomma, affrontare il rapporto mondo formativo-mondo assistenziale dal vertice della piramide formativa e non dalla base, viste anche le resistenze, di fronte alle quali anche il grande rottamatore si arrenderà, del mondo universitario, che recluta allo scopo, in una versione inedita della sindrome di Stoccolma, anche le vittime del proprio fallimento.

E persistendo il dubbio che le Regioni usino la possibilità di accesso con la sola laurea come tattica e non come ipotesi strategica per diventare coprotagoniste del sistema formativo, alibi per una rideterminazione al ribasso delle dotazioni organiche.

Quello del tasso di occupazione dei medici e dirigenti sanitari è l'altra posta in gioco, misconosciuta, nella guerra delle professioni sanitarie.

Un modello di accesso al lavoro potrebbe essere costituito anche dalla riedizione del tirocinio, introdotto, per motivi simili, negli anni 80, retribuito

e valido ai fini della anzianità di servizio, momento di passaggio per l'accesso alla formazione specialistica. Con gli stessi limiti, però, di cui si diceva prima.

L'insieme di tali considerazioni riguarda anche i professionisti sanitari non medici, considerati i differenti regimi attualmente esistenti tra formazione specialistica medica e sanitaria non medica, ed i corsi di medicina generale, una materia che meglio sarebbe trasformare in disciplina specialistica. Dubito che il sistema formativo possa uscire dalla attuale emergenza, che ha ricadute tragiche sul lavoro medico, sulla credibilità e sulla stessa sostenibilità del SSN, con strumenti convenzionali.

Tornare 30 anni indietro, pur rispettando alcune specificità e condizioni, potrebbe essere uno scossone anche per un corpo professionale, quale il nostro, stanco ed in attesa della fine pena. Ed una occasione per trasferire know how. Quello che è certo è che abbiamo bisogno di soluzioni capaci di tenere insieme gli interessi dei giovani e del SSN, non a caso dentro "tutte" le rivendicazioni e le parole d'ordine delle OOSS degli ultimi anni.

Non certo di pasticci improvvisati in una logica gattopardesca e pagati al massimo ribasso. Il problema è il mantenimento o meno di un sistema che oggi dà più lavoro a giudici ed avvocati di quanto ne dia ai medici, palesemente inadeguato rispetto alle necessità, anche se molti sono quelli interessati a mantenerlo in vita.

Occorre partire da una seria analisi dei fabbisogni per garantire a tutti i laureati la possibilità di completare l'iter formativo, diminuendo la durata e riducendo il numero dei corsi di specializzazione e migliorando il prodotto finito attraverso un maggior coinvolgimento del SSN, per anticipare l'incontro con il mondo del lavoro. In gioco è il futuro di un SSN che rischia di impoverirsi di competenze professionali, marginalizzato alla assistenza dei poveri in un progetto di sanità duale che è sempre dietro l'angolo, anche nella versione soft dell'universalismo selettivo. Se non si cambia non c'è salvezza per nessuno: né per gli Ospedali, né per le Scuole universitarie di medicina.

Costantino Troise

Segretario Nazionale Anaa Assomed
www.sossanita.it



Sovracup: call-center o sportelli telefonici? *Affari o servizio, questo è il dilemma!*

Dopo qualche anno torniamo a raccontare le vicende del "Sovracup" il servizio di prenotazioni sanitarie della regione Piemonte, o meglio del suo call-center. Nato nel 2007 come esperimento è stato prima confermato e poi, nel 2010 esternalizzato. Questa operazione è costata il taglio del trenta per cento degli stipendi degli operatori che erano tutti interinali, e senza l'intervento della Filcams sarebbe stata anche una mattanza per i lavoratori; la ditta vincitrice aveva infatti dichiarato di voler utilizzare solo il cinquanta per cento circa dei sessanta lavoratori impiegati al momento del subentro. E' stata solo la lotta dei lavoratori con il Sindacato che ha permesso di tamponare una situazione disastrosa, anche con grandi sacrifici, come l'autoriduzione delle ore procapite, per potere ampliare il numero di colleghi da assumere.

Nel tempo la costante azione Sindacale, unita ad una maggiore maturità del gruppo di lavoro, che è riuscito se non a riconoscersi in classe, almeno a capire che l'unità è la base di ogni lotta hanno portato ad aggiustamenti e miglioramenti.

L'appalto, scaduto a Luglio 2014, è stato prorogato al 31 dicembre 2014, ma ad oggi nulla si muove; gli apparati della Regione Piemonte paiono dormire beati sonni mentre i 50 addetti vivono con ansia la più totale incertezza sul loro futuro.

A pensare male sembra che a nessuno interessi il futuro del Sovracup.

Temiamo che risvegliati dal sonno i funzionari regionali improvvisino un bando carente limitandosi a rispettare i principi di risparmio, ma comprimendo e limitando le risorse per i lavoratori; oppure lanciandosi nella soluzione più semplice, ma più spaventosa per i lavoratori: affidare l'intero pacchetto call-center ad una ditta specializzata che lo rilevi chiavi in mano delocalizzando magari all'estero. La delocalizzazione, per un call-center è una operazione tecnicamente semplice e gli esempi non mancano. Inoltre sono ormai molti gli immigrati che sono tornati

nei rispettivi paesi di origine avendo constatato che l'Italia non è un paese per poveri, portando con sé una buona conoscenza della lingua italiana, ottimi futuri fornitori di manovalanza a basso prezzo, utilissimi inoltre al capitale per fomentare quella guerra tra poveri necessaria al mantenimento dello status quo e fortuna di tanti movimenti e partitucoli pseudo fascisti e certamente razzisti.

Nel frattempo a Torino i lavoratori e la Filcams non dormono. I rappresentanti sindacali lavorano sia per

migliorare le condizioni di lavoro: a Giugno è stato siglato un accordo integrativo legato ad una razionalizzazione del lavoro, che oltre ad essere un evento controcorrente nel settore, dimostra anche che i lavoratori possono entrare con le loro competenze nella organizzazione del lavoro, sia per preparare un cambio appalto che possa mantenere e migliorare le condizioni attuali.

Inoltre i fatti di Firenze dimostrano che se internalizzare un servizio analogo è possibile in Toscana nulla vieta che possa essere fatto anche in Piemonte. Nessuno nega le differenze e le difficoltà, ma ci sembra che una porta sia stata aperta, che finalmente si stia entrando nell'ordine di idee che un servizio

esternalizzato costa di più e rende di meno, almeno nei termini di efficienza e funzionalità. In questi giorni il mondo degli operatori dei vari Cup unici telefonici è scosso dalle notizie che arrivano dalla Regione Toscana.

Infatti dopo una dura lotta condotta dalla CGIL toscana la ASL10 Toscana che ha "Governance" del servizio, ha deciso di internalizzare il servizio. La decisione è arrivata dopo la constatazione che la gara di appalto era stata vinta, con la formula del massimo ribasso, davvero al massimo.

Infatti la Ditta vincitrice aveva proposto un ribasso di quasi due milioni di euro su un totale di sei. E' apparso subito chiaro che, questa volta i prodi



Sovracup

CONTINUA DA PAG. 10

burocrati di apparato avevano esagerato. Sta bene anche a noi proporre soluzioni che portino ad un effettivo risparmio per le pubbliche amministrazioni, ma non come al solito, sulla pelle dei lavoratori e sulla qualità del servizio che si riversa inevitabilmente sugli utenti.

Ancora di più, quando si tratta di Sanità il concetto di risparmio deve essere attentamente valutato in rapporto al soggetto che riceve il servizio.

Tanto per essere chiari, a forza di tagli lineari e di colpi di scure sui servizi e sul personale si finisce inevitabilmente per peggiorare la qualità del servizio, vengono a mancare i posti letto, i tempi di attesa per le prestazioni diventano biblici, si chiudono presidi e ospedali.

Quella Sanitaria è una macchina complessa il cui funzionamento non si risolve solo nelle sale degli Ospedali e nei corridoi degli ambulatori, ma anche negli uffici amministrativi, soprattutto quelli dove ha accesso il pubblico. Rendere difficoltoso l'accesso ai servizi è un modo simpatico per non erogarli. Quando un utente ha di fronte la prospettiva di attendere ore per arrivare allo sportello per prenotare una visita, rinuncia e se può si rivolge al privato se non può, prega che gli vada bene.

Per questo la soluzione dei call-center o centri di prenotazione telefonica è valida: permette di prenotare con una semplice telefonata visite ed esami, inoltre gli operatori sono in grado di proporre la scelta migliore in rapporto ai tempi e alle strutture di scelta del paziente. Infatti di solito, sono in grado di consultare le agende di tutte le strutture e le Asl coinvolte nel progetto rendendo più semplice ed agevole l'accesso ai servizi.

I CUP telefonici hanno quindi un doppio valore: facilitare l'utente nella scelta della struttura ed essere spesso la prima interfaccia tra la popolazione e le Asl, la prima voce della pubblica amministrazione. A questo punto è necessaria una considerazione:

questi Cup telefonici si devono considerare call-center o altro? La risposta cambia e di molto la sostanza: un call-center risponde a logiche di mercato per essere "logico" per potere sopravvivere deve essere redditizio deve cioè produrre un alto numero di chiamate, in entrata o in uscita poco conta. Con economie di scala uguali a quelle di una catena di montaggio, alla quale per altro assomiglia molto. In un determinato periodo di tempo devono essere prodotti un determinato numero di pezzi. In un call-center, questo si traduce in un alto numero di telefonate per unità di tempo, anche superiori al numero prestabilito, questo per tamponare i momenti di fisiologico calo delle chiamate. E a queste rese sono spesso legati il salario e il mantenimento del posto di lavoro degli operatori, che si vedono assegnare un numero minimo di chiamate per unità di tempo.

Quindi l'operatore che in un dato momento è "sotto" di un certo numero di chiamate tenderà a velocizzare e massimizzare il suo tempo chiamata. E se dalle sue prestazioni dipende non solo il suo stipendio ma il suo stesso posto di lavoro, è facile capire come si comporterà l'operatore medio, che non è un mostro insensibile, ma una lavoratrice o un lavoratore come gli altri, che dipende dal suo salario per sopravvivere. Si potrebbe scrivere un manuale con le varie tecniche e artifici per accorciare la durata delle telefonate. Se questo può andare bene alle aziende del settore privato, dove il rapporto tra chiamante e chi risponde si risolve entro i confini dei rapporti contrattuali tra privati nel settore pubblico, soprattutto in sanità, pone problemi importanti sia etici che legali. Meglio sarebbe considerarli sportelli telefonici, dove l'operatore non stressato dalla necessità di resa, possa dare al paziente tutta quella attenzione e quella cura che merita. E' anche per questo che, chi scrive auspica con forza che questi servizi vengano tutti internalizzati, con il mantenimento del personale addetto.

Alessandro Rossi

RSU CGII Filcams Torino



*Sul fabbisogno
di personale e della
verifica di chi fa cosa*

**STRALCI DEL
COMUNICATO
CGIL-CISL-UIL ASL TO2**

L'ASSESSORE E I SUOI DIRIGENTI DI ASL

In merito all'articolo pubblicato in data 18.01.2015 su "La Repubblica", le scriventi Organizzazioni Sindacali esprimono sconcerto e sdegno per quanto affermato dal Direttore Amministrativo dell'ASL TO2.

La carenza di personale non può essere liquidata attaccando i diritti dei Lavoratori. (...). Oggi non si può nascondere la propria incapacità gestionale attaccando i diritti dei Lavoratori, come ad esempio quello alla maternità. (...).

Ci pare alquanto ridicolo poi il fatto che si possa prediligere assumere Personale dalle Agenzie Interinali, al quale peraltro è applicato lo stesso contratto del Personale Dipendente, con gli stessi diritti (ad esclusione del Part-time) come quello alla Legge 104 o alla Maternità. In più oltre al costo del dipendente bisogna aggiungere gli oneri pagati all'Agenzia Interinale. (...).

Ci chiediamo inoltre come la nostra Azienda possa pensare di esternalizzare i servizi infermieristici, nonostante siano evidenti i fallimenti delle esternalizzazioni di questi anni su servizi come quelli di Magazzino, mensa, portierato, pulizie e non ultimo i servizi CUP. (...). Forse, prima di dare fiato alle trombe, sarebbe opportuno pensare alle conseguenze delle parole... E cercare di eliminare anche in questo caso gli sprechi...



IL MAURIZIANO?

Prendiamo a esempio il pronto soccorso

Su un organico di 43 collaboratori professionali sanitari infermiere si deve garantire giornalmente la presenza di 10 infermieri al mattino, 10 infermieri al pomeriggio e 6 infermieri nel turno notturno, in più i 15 posti letto dell'O.B.I. (osservazione breve intensiva) appaltati ad uno studio associato.

Che ne dice l'assessore, si può lavorare adeguatamente con questi numeri, assicurando la salute dei cittadini malati, la qualità del servizio e, per ultimo, salvaguardando il nostro stato psicofisico?

*I delegati CUB dell'Ospedale denunciano
il degrado della struttura*



I recenti fatti dell'ospedale Martini dove Pier Angelo Bozzetto, infermiere del Pronto Soccorso, è stato colpito colpito da ictus cerebrale hanno portato all'attenzione dell'opinione pubblica i disservizi e i disagi legati al sovraffollamento di pazienti e al sovraccarico di lavoro degli operatori nei Pronto Soccorso, e non solo, degli Ospedali di Torino. Che finalmente si parli di questa scandalosa situazione è un bene, certo però il degrado degli ospedali non è un fatto nuovo ed inaspettato. All'ospedale Mauriziano la CUB da anni denuncia pubblicamente questa situazione.

Fra le molte iniziative, nel 2012 abbiamo presentato un dettagliato esposto alla Procura della Repubblica seguito da verifiche degli Ispettori del Lavoro.

Dopo le verifiche, però, ma tutto è stato insabbiato, perché come al solito in questo paese se non succedono fatti clamorosi, le Istituzioni preposte non ascoltano i segnali di allarme e di aiuto lanciate da Utenti e Operatori del settore. Va poi detto che non ci sono solo i tagli, gravissimi, imposti da Governo e Regioni ma anche il sistema clientelare di favoritismi e privilegi a favore di soggetti raccomandati dai sindacati concertativi e compiacenti.

È questo il motivo per il quale numerosi infermieri non svolgono più il proprio lavoro ma li troviamo impegnati in attività amministrative e/o di coordinamento senza che abbiano fatto alcun concorso, come avviene al Mauriziano e altre aziende.

**Salvatore SPITALERI
Giuseppe DELL'AREA**
Torino, li 16/1/2015

*Le operazioni di taglio e cucito
di questa Giunta regionale
L'esempio flop in Val Susa*

HAI MAI SENTITO PARLARE DEL CENTRO DI ASSISTENZA PRIMARIA (CAP) DI AVIGLIANA?

Il CAP è un Centro Medico Polifunzionale sito nei locali dell'ex-ospedale di Avigliana, che dovrebbe fornire una prima assistenza sia nella diagnosi che nella cura di malattie (o infortuni) che non sono così gravi da richiedere un intervento come quello fornito da un pronto soccorso (es. codici bianchi). Dovrebbe rivolgersi alle persone che vivono nei comuni della Bassa Val di Susa.

La funzione di un tale centro, sarebbe quella di evitare il sovraffollamento dell'ospedale e del Pronto Soccorso di Rivoli, e garantire una sanità di prossimità che permetterebbe a tutti di risparmiare tempo e risorse pubbliche per poter avere una diagnosi e/o una cura vicino a casa.

Il CAP dovrebbe essere tenuto in piedi dai medici di base, che però in parte lo boicottano, perché ritengono più fruttuoso avere il proprio studio privato (spesso e volentieri in prossimità di qualche farmacia a cui garantiscono la clientela proprio grazie alla vicinanza fisica fra studio e negozio).

Quindi, se ti manca l'informazione rispetto a cos'è il CAP di Avigliana, è perché da un lato il tuo medico

di famiglia non avrà probabilmente ritenuto utile informarti dei servizi offerti da questa struttura, ma dall'altro lato, l'ASL TO 3 non ha a sua volta pubblicizzato la riconversione dell'ospedale in un centro medico polifunzionale, pur essendo la promotrice del progetto che dovrebbe portare la Regione a risparmiare un bel po' di denaro pubblico sul capitolo "Sanità".

Si deve dar atto del fatto che, dopo sollecitazione dell'amministrazione di Avigliana, l'ASL abbia promesso di inviare dei volantini informativi alle famiglie dei comuni della Bassa valle, e di fare due serate informative il 13 ed il 20 gennaio 2015 (rispettivamente ad Avigliana e ad Almese).

Per il momento però, non è ancora arrivato nulla, e si può trovare qualche informazione solo su internet, alla pagina: <http://www.aslto3.piemonte.it/info/riuniti/avigliana.shtml>

Peccato che in Italia, la parte di popolazione più debole abbia ancora difficoltà a procurarsi gli

strumenti per poter reperire le informazioni su internet, mentre anche chi sa usare un computer e spesso "naviga" in internet, non abbia molti stimoli a "navigare" su un sito come quello dell'ASL! In sostanza, senza un'informazione capillare che spieghi alle persone di cosa si tratta e come se ne può usufruire, anche un servizio come quello del CAP, inventato per sopperire alla chiusura dell'ospedale vero e proprio, finirà con l'essere sottoutilizzato, fornendo alibi per la sua soppressione a coloro che preferiscono alla sanità pubblica, gratuita e per tutti, quella privata, costosa e per pochi.

Per questo bisogna continuare a lottare contro le privatizzazioni dei servizi alla persona, contro la chiusura e la limitazione delle strutture pubbliche, contro i tagli alla sanità.

Continua a tenere alta l'attenzione su quello che succede ai servizi pubblici che dovresti avere e che ti stanno scippando, noi continueremo a cercare di darti le informazioni che ti servono!

Circolo di Rifondazione Comunista Avigliana



FICTION DI CURA

racconto seconda puntata

**CASE DI CURA, ASL
e tante varie
ed eventuali**

Chiudono le residenze per anziani gestite dai comuni, intanto ci si convenziona con i privati che fanno lo stesso lavoro.

Si dichiara che assumendo infermieri interinali si risparmierebbe, ma nelle strutture private le proprietà li assumo a tempo indeterminato.

Negli ospedali pubblici tutto costa il doppio se non il triplo che nel privato, intanto si parla di “fannulloni”.

I veri “fannulloni” sono i vertici delle azienda che, come minimo sono incapaci di fare quello che un ragioniere riesce a fare in una struttura privata.

Non c'è nemmeno più l'alibi delle troppe garanzie nel pubblico impiego dopo le recenti riforme, gli unici garantiti sono gli amministratori messi lì da una politica che di politico ha ben poco, sembra uno scontro tra bande.

Non è affermare slogan o frasi fatte, è evidenza nella migliore delle ipotesi, d'incapacità. Riprendendo il discorso delle dimissioni post ricovero, questa volta parlerò di quello che in gergo viene definito “giro ville”.

Riparto con il solito esempio fatto con parole semplici affinché sia ben comprensibile questo meccanismo perverso.

Il Sig. Arnaldo arriva al pronto soccorso, ha patologie (patologie!) diverse, viene ricoverato in reparto di medicina, magari dopo qualche giorno passato in barella nell'attesa che il posto letto si liberi.

Arriva finalmente in reparto, riceve cure e esami adeguati, terapia adeguata e per il reparto sarebbe “inquadrato” ma non guarito. A questo punto la famiglia di Arnaldo non ha possibilità d'offrigli a casa l'assistenza necessaria, seguirlo nella somministrazione della terapia e lo dichiara in reparto. Viene allertata l'assistente sociale che si occupa di compilare la documentazione per le dimissioni protette.

Le aziende sono convenzionate con strutture private, queste possono essere in centro di Torino, come a



Carl Jung disse: “ In ogni caos c'è un cosmo, in ogni disordine un ordine segreto”.

Ritenero che ciò che accade in questi giorni nel mondo della sanità, nei pronto soccorso, anche se può apparire “complotto”, per una persona che da oltre 40 anni lavora nel settore non mi pare azzardare l'ipotesi. Ritengo ciò che accade parte di un disegno preciso volto a distruggere il nostro sistema sociale.

Bardonecchia. Generalmente e per necessità si accetta d'essere accolti nel primo posto disponibile.

Arnaldo dopo 59 giorni dovrebbe lasciare la

struttura ma non è ancora autonomo, non è dimissibile. Per contro terminano i 60 giorni che l'asl dov'era stato ricoverato aveva disposto.

A quel punto Arnaldo viene portato in ambulanza al pronto soccorso di zona della struttura (tenete a mente “di zona”), si fa qualche mezza giornata in pronto soccorso e viene nuovamente inviato nella struttura dalla quale proveniva.

Dopo 60 giorni, stessa storia e così via passano i mesi e a volte gli anni, ovviamente a tariffa piena. Adesso vediamo cosa succede ai conti delle ASL.

L'Azienda paga regolarmente la fattura dei primi 60 giorni avendo inviato lei stessa il paziente mettiamo che fosse gennaio. Da marzo in poi perde traccia del paziente.

CONTINUA A PAG. 15



FICTION DI CURA

CONTINUA DA PAG. 14

C'è un solo piccolo particolare, ovvero che a fine anno l'ASL che l'ha inviato si vede arrivare il conto dell'intero anno, perchè per uno strano meccanismo il paziente che andò al pronto soccorso il 59° giorno rimarrà in carico all'azienda inviante e a tariffa piena. Nessuno ha controllato nulla, si paga e basta, le aziende non si sono parlate, la struttura ha taciuto per ovvi motivi e con buon diritto "formale".

Si definisce anche "giro ville" perchè il paziente in un anno potrebbe anche essere inviato in tre o quattro strutture diverse. Cosa non ha diciamo.....funzionato?

Tutto non ha funzionato. Per prima cosa non è chiaro come un paziente arrivi nella struttura di Bardonecchia piuttosto che Torino, quali criteri, quali meccanismi.

Nei primi due mesi nessuno ha controllato il paziente, nessuno ha informato l'Azienda di quanto accade e men che meno l'azienda si è presa il mal di pancia di controllare. Idem per i periodi successivi, il paziente non è stato valutato da nessuno dei pagatori, basta la parola della struttura privata e l'intensità di cura (soldi), rimane la stessa.

Basterebbe che tutto fosse in rete, basterebbe che i controlli venissero fatti, basterebbe volerlo. La domanda a questo punto è solo una: a chi non converrebbe?

Arnaldo Sanità

in libreria

Terza età' occultata

La strage degli innocenti, un volume di inchiesta e di riflessione che parte dalla stridente contraddizione fra le teorie dei cosiddetti difensori della vita (caso Englaro, aborto, eutanasia ecc.) e il silenzio catacombale che incombe sul fenomeno raccapricciante dell'emarginazione sociale, la sofferenza, la reclusione in istituti e la morte di milioni di anziani e meno anziani socialmente fragili.

Della morte evitabile di migliaia di vecchi e meno vecchi (o anche non vecchi) in condizioni di fragilità che scompaiono, fra gravi sofferenze, a causa di una assistenza socio-sanitaria carente e/o inadeguata, in un paese che è considerato dall'Oms al secondo posto nel mondo dal punto di vista della efficacia efficienza del suo sistema socio-sanitario, nessuno parla.

Questo silenzio è catacombale. E ciò che appare più intollerabile è che, mentre questo sterminio si consuma, ogni qual volta le circostanze lo permettono, si ritorna a straparlarne di "difesa della vita".

Che un settantenne povero e solo sia "vivo" almeno come un embrione a poche ore dal concepimento, o come un malato in stato vegetativo da anni, o come un paziente oncologico deciso a porre fine alle sue sofferenze appare difficilmente contestabile. E allora perché nessuno si occupa delle peripezie che questi cittadini fragili devono affrontare, quando vanno incontro non a eventi eccezionali, ma ad accidenti



del tutto comuni nella vita di un uomo e di una donna? Queste peripezie, per una serie di ragioni, che questo libro si incarica di analizzare e denunciare, rischiano quotidianamente di condurli ad una morte dolorosa e indecente, dopo un periodo più o meno lungo di cosiddetta cronicità. E il particolare non trascurabile da porre in evidenza è che si tratta di persone che non vogliono morire. Che vorrebbero vivere e, ove possibile, recuperare ciò che è recuperabile della propria autonomia e che non possono farlo perché non sono messe nella condizione di riuscirci.

Chi pensasse che tutto questo accade per semplice (ancorché colpevole) sciatteria o insipienza da parte delle istituzioni preposte a intervenire in questi casi (le Asl e gli enti locali) sbaglierebbe di grosso. Nella patogenesi di questo mostruoso e ignorato fenomeno, purtroppo, ci sono motivazioni tutt'altro che casuali. Ci sono gli interessi colossali di un mondo imprenditoriale che infila la sanità pubblica per fare affari.

È su questo scandalo, avvolto fra i veli di un'ipocrisia pelosa, incredibilmente ignorato dai media, con l'aggravante della insufficiente e distorta attenzione espressa da parte di chi politicamente dovrebbe difendere gli interessi delle classi vittime di questa situazione, che questo libro intende gettare un fascio di luce.

Roberto Gramiccia

"La strage degli innocenti. Terza età: anatomia di un omicidio sociale", euro 15, pp 272, ed. Ediesse

SICUREZZA SUL LAVORO

LE RESPONSABILITÀ DEL LAVORATORE

Un breve saggio di Olympus si sofferma sul ruolo e sulle responsabilità del lavoratore in materia di sicurezza sul lavoro. Il lavoratore non è più soggetto passivo, ma attore capace di influire e influenzare l'organizzazione della sicurezza.

Più volte abbiamo ricordato come il D.Lgs.81/08 non solo confermi l'impianto normativo precedente, ma presenti alcune novità rilevanti. Partendo ad esempio dalla premessa che la sicurezza sul lavoro si possa ottenere solo con il contributo di tutti coloro che operano sui luoghi di lavoro, il Decreto 81 coinvolge nella gestione della sicurezza tutti i soggetti impegnati nell'attività lavorativa, ciascuno in proporzione alle proprie possibilità e competenze.

Su questo tema e in particolare sul coinvolgimento e le conseguenti responsabilità del lavoratore interviene un Working Paper, pubblicato da Olympus nel mese di giugno 2014, dal titolo "L'individuazione e le responsabilità del lavoratore in materia di sicurezza sul lavoro" e a cura di Mariantonietta Martinelli (Avvocato del Foro di Trani, Specialista in Diritto del Lavoro e Sicurezza Sociale presso l'Università di Bari).

Nel breve saggio l'autrice prende le mosse dall'evoluzione storica della normativa in materia, chiarendo la ragione che ha indotto il legislatore ad attribuire al lavoratore il nuovo ruolo di collaboratore di sicurezza del datore di lavoro e a considerarlo non più solo soggetto passivo, dal quale esigere il rispetto e l'esecuzione di ciò che altri soggetti abbiano stabilito.

Successivamente vengono analizzati i vari obblighi generali e specifici, le conseguenze degli inadempimenti del lavoratore agli obblighi di sicurezza e la loro incidenza sulla imputazione e sulla ripartizione delle responsabilità.

Con il nuovo Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro oltre ai soggetti tradizionalmente considerati titolari delle posizioni di garanzia, quali datore di lavoro, dirigenti e preposti, tenuti a garantire il rispetto della disciplina prevenzionale per la tutela dell'incolumità del prestatore di lavoro, anche lo stesso lavoratore è stato onerato di obblighi finalizzati proprio a prevenire il verificarsi di un evento lesivo in danno proprio, di altri lavoratori o di terzi.

In particolare è l'articolo 20 del Testo Unico a prescrivere obblighi a carico dei lavoratori in materia di sicurezza. E, sottolinea l'autrice, il suo ambito di



applicazione è alquanto esteso rispetto a quello di cui all'abrogato articolo 5 del D.Lgs.626/94, in considerazione dell'ampia nozione di lavoratore e di soggetti a lui equiparati, fornita dall'articolo 2, lettera a) del D.Lgs.81/08.

Si segnala che mediante tale ampia nozione di lavoratore e tramite la tecnica dell'equiparazione, sono stati ricompresi nell'ambito di applicazione del Decreto Legislativo in materia di salute e sicurezza, come soggetti beneficiari della normativa, tutte le tipologie contrattuali autonome, subordinate, anche flessibili, nonché del cosiddetto non lavoro, compreso il volontariato.

Riguardo poi agli obblighi già presenti nella normativa previgente, sono aggiunte due significative e importanti disposizioni. Si tratta della lettera h), che impone ai lavoratori di partecipare ai corsi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro e della lettera i), che impone l'obbligo di sottoporsi ai controlli sanitari.

Secondo alcuni questo nuovo ruolo costituisce il nucleo centrale del sistema di prevenzione soggettivo, fondato, appunto, sulla partecipazione individuale dei singoli lavoratori.

JOBS ACT

IN ARRIVO
NUOVE

“SEMPLIFICAZIONI”
ALLE NORME
SU SALUTE
E SICUREZZA

Riporto a seguire un breve articolo del Quotidiano giuridico Studio Cataldi sull'entrata in vigore della Legge n. 183/2014 (“Jobs Act”), che riassume (in maniera fin troppo sintetica) il contenuto della Legge. Pregio dell'articolo è che riporta il testo della Legge, come approvata da Senato e Camera e come pubblicata in Gazzetta Ufficiale.

Ricordo che ad oggi il Governo, in forza della delega contenuta nel Jobs Act, ha già approvato due decreti: quello relativo al cosiddetto “contratto a tutele crescenti” (che di fatto cancella l'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori) “Schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di contratto di lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti”, scaricabile all'indirizzo:

http://www.governo.it/governoinforma/documenti/cdm_20141224/JobsAct_20141224.pdf

- quello relativo alla nuova disciplina degli ammortizzatori sociali “Disciplina della Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego (NASPI)”, scaricabile all'indirizzo:
http://www.governo.it/governoinforma/documenti/cdm_20141224/nuova_aspi_20141224.pdf

Oltre a tali decreti e a quelli che seguiranno con l'intento nemmeno troppo nascosto della

Per non dimenticare i propri diritti e doveri!

NEWSLETTER PER LA TUTELA DELLA SALUTE
E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI

Consulenze gratuite su tematiche relative a salute e sicurezza sui
luoghi di lavoro. (a cura di Marco Spezia - sp-mail@libero.it)



riduzione dei diritti al/sul lavoro, di cui si è ampiamente parlato in vari ambiti, metto in evidenza, perché tocca direttamente il tema della tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, il comma 5 della Legge 183/2014, il quale prevede l'emanazione da parte del Governo (a seguito della delega contenuta nella Legge) di “uno o più decreti legislativi contenenti disposizioni di semplificazione e razionalizzazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese” con l'obiettivo di “conseguire obiettivi di semplificazione e razionalizzazione delle procedure [...] in materia di igiene e sicurezza sul lavoro”.

Per ora il Jobs Act non entra nel merito di quali saranno le “disposizioni di semplificazione e razionalizzazione”, rimandando ovviamente ai decreti attuativi. Il comma 6 della Legge, esemplificando i “principi e criteri direttivi” di attuazione della delega di cui al comma 5, non specifica infatti come il governo intende procedere in tal senso.

Colpisce comunque la lettera f) del comma 6 che parla di “revisione del regime delle sanzioni, tenendo conto dell'eventuale natura formale della violazione, in modo da favorire l'immediata eliminazione degli effetti della condotta illecita, nonché valorizzazione degli istituti di tipo premiale”.

E' facile immaginarsi la solita diminuzione generalizzata dell'apparato sanzionatorio per datore di lavoro e dirigenti del D.Lgs.81/08, sulla scorta di quanto già fatto dal governo Berlusconi con il D.Lgs.106/09.

Appare poi del tutto contrario a ogni intento di repressione dei mancati adempimenti alle norme il concetto di “valorizzazione degli istituti di tipo premiale”, secondo il quale, molto probabilmente non si farà nulla di più per sanzionare i reati relativi a salute e sicurezza sul lavoro, ma si introdurranno “premi” per le aziende conformi alla normativa, come se rispettare la legge non fosse un obbligo di legge, ma un comportamento virtuoso.

In mancanza di ulteriori indicazioni, va ricordato che nel passato le “semplificazioni” in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro, hanno sempre comportato una notevole riduzione di tale tutela.

E' quindi facile immaginare quali saranno i contenuti dei decreti governativi: meno tutele per i lavoratori e più libertà per le aziende di ridurre la salvaguardia su salute e sicurezza.

Il Jobs Act rilancia poi in maniera decisa la volontà di creare un ente unico per le attività ispettive,

CONTINUA A PAG. 19

JOBS ACT E SICUREZZA

CONTINUA DA PAG. 18

quando alla lettera l) del comma 7 prevede la "razionalizzazione e semplificazione dell'attività ispettiva, attraverso misure di coordinamento ovvero attraverso l'istituzione, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, di una Agenzia unica per le ispezioni del lavoro, tramite l'integrazione in un'unica struttura dei servizi ispettivi del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, dell'INPS e dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), prevedendo strumenti e forme di coordinamento con i servizi ispettivi delle aziende sanitarie locali e delle agenzie regionali per la protezione ambientale".

Anche in questo caso mancano ulteriori indicazioni di dettaglio, per cui occorrerà attendere i decreti legislativi per poter giudicare l'effetto dell'accorpamento delle attività ispettive all'interno o sotto il controllo di un'unica "agenzia". E' indicativo comunque che già fin d'ora non si preveda un potenziamento degli organici degli enti ispettivi ("senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili").

Visto poi l'aria che tira in molte Aziende Sanitarie Locali e Ispettorati del Lavoro, è ragionevole aspettarsi una centralizzazione delle attività ispettive con lo scopo di togliere quel poco di autonomia decisionale lasciata oggi agli ispettori dell'ASL o dell'Ispettorato, al fine di ammorbidire i controlli e ridurre i "fastidi" per le aziende non a norma.

Marco Spezia

DIAMOCI UNA MOSSA

Il Job Acts è il principale strumento per togliere tutti i diritti a chi lavora in pochi anni, la distruzione dei sindacati che ancora, pur tra mille difficoltà, svolgono ancora il loro lavoro cercando di salvaguardare i diritti di chi lavora.

I lavoratori in questo momento più a rischio se visti in prospettiva, sono quelli assunti a tempo indeterminato che hanno dai 30 ai 50 anni.

Per quali ragioni? Sarà conveniente "cacciare" dai luoghi di lavoro tutti quelli che hanno ancora i diritti, come l'articolo 18, per poi assumere quelli che non li hanno e che non hanno l'anzianità di servizio che è molto più costosa per le aziende.

Certo, non riguarderà tutti, una piccola parte sono indispensabili alle aziende per il loro lavoro altamente quali-

ficato, degli altri si potrà fare a meno.

Meno diritti, tenere tutti sotto un ricatto costante e liberarsi di sindacati che tutelano veramente chi lavora. Non a caso tutti i sindacati hanno indetto scioperi e indetto proteste. Saranno i principali beneficiari di questa controriforma del lavoro.

Un sindacato aziendalista fa comodo e dà coperture anche alle peggiori nefandezze. Gli esempi sono tanti in questi anni e sono sotto gli occhi di tutti.

E' per questo che occorre "darsi una mossa" e non aspettare quello che succederà, o sarà troppo tardi.

Carlo Soricelli



DONNE E SALUTE

Pillola del giorno dopo, la prescrivono se minacciati di denuncia. Fatevi valere

Pillola del giorno dopo, istruzioni per ottenere la ricetta. Ecco il testo da dare al medico obietto

Uno dei motivi più ricorrenti addotti dal sanitario è quello di un presunto dubbio sul meccanismo d'azione del farmaco che può anche essere un abortivo.

Qualunque laureato in medicina e chirurgia abilitato alla professione può rilasciare la ricetta del farmaco, anche un ortopedico. E' altrettanto importante sapere che ogni medico è tenuto, su richiesta del paziente, a rilasciare una relazione sulla prestazione sanitaria eseguita. Nei Pronto soccorso è inoltre obbligatoria la registrazione del paziente con l'apertura della scheda clinica.

Ecco quindi che abbiamo preparato un testo con la consulenza delle legali dell'associazione. Nel caso abbiate bisogno di ricorrere alla contraccezione di emergenza stampatelo e portatelo con voi per consegnarlo al personale sanitario che vi opponesse un indebito rifiuto. In caso di problemi telefonate al numero di Vita di Donna: 333 9856046

Associazione Vita di Donna Onlus ha istituito un servizio denominato "SOS Pillola del giorno dopo".



testo della lettera

Gentile dottore,

come sicuramente Lei saprà, in data 4 febbraio 2014 l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha chiesto ed ottenuto la correzione del foglietto illustrativo del levonorgestrel, riconoscendo che non si tratta di un anti annidante ma solo di un inibitore dell'ovulazione. Ne consegue che il NORLEVO, la cd "pillola del giorno dopo", è un farmaco a base di levonorgestrel, farmaco che risulterebbe praticamente inefficace in seguito all'eventuale annidamento dell'embrione, in quanto l'efficacia tempestiva, stimata intorno all'85%, si ha solo con una tempestiva assunzione in seguito ad un rapporto non protetto.

La contraccezione d'emergenza può essere venduta dietro prescrizione medica con ricetta non ripetibile. Per poter assumere il farmaco è quindi necessario rivolgersi a un consultorio, presidio istituzionalmente deputato ai temi della contraccezione e della procreazione responsabile, al proprio medico di famiglia, a un ginecologo, al pronto soccorso oppure a un presidio di guardia medica.

In Italia, in particolare, la prescrizione relativa è da considerarsi prestazione d'urgenza, perché eventuali ritardi potrebbero correlarsi ad un maggior rischio di gravidanza indesiderata.

La prescrizione medica in questione non può essere quindi a discrezione del medico, a parte motivi sanitari, a cui si rivolge il paziente ma è un atto dovuto a tutela della paziente, perché, nel caso specifico, non è possibile da parte del sanitario esercitare l'obiezione di coscienza o clausola di coscienza, riconosciuta solo o per l'interruzione della gravidanza o per pratiche il cui meccanismo può lasciare dei dubbi.

Alla luce di queste premesse, stante i doveri professionali conseguenti l'esercizio della professione medica, la volontà di non prescrivere il farmaco equivarrebbe ad un mancato soccorso della paziente e ad una responsabilità a tutti gli effetti nel caso in cui si sviluppasse una gravidanza indesiderata, quale logica conseguenza del ritardo nell'assunzione.

Qualora Lei persista nel rifiuto di prescrivere il farmaco dovrà comunque rilasciarmi una relazione scritta supportata da idonee motivazioni, che appunto non potranno riguardare né l'obiezione né la clausola di coscienza.

DONNE E SALUTE

Cosa succede dopo la pillola del giorno dopo

La pillola del giorno dopo, ma è meglio chiamarla contraccezione d'emergenza, sono in realtà due pillole. La più nota è il levonorgestel (nome commerciale Lonel o Norlevo) la meno conosciuta, ma più cara e più efficace è l'Ulipristal, (nome commerciale Ella-One).

L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), il 4 febbraio 2014, le ha classificate definitivamente fra i contraccettivi e non fra gli abortivi.

Questo perché si assumono subito dopo un rapporto (entro 72 ore il levonorgestrel, fino a cinque giorni l'ulipristal, ma prima è e meglio è) e hanno come effetto di inibire l'ovulazione.

Niente ovulazione, quindi, niente concepimento, niente problema religioso per nessuno. L'AIFA ha anche chiesto di modificare il foglietto illustrativo del farmaco nel punto in cui si diceva che non si poteva escludere l'azione antiannidante.

Niente effetto antiannidante, niente perdita dell'ovulo fecondato... niente obiezione di coscienza, quindi. Per avere la ricetta fate una pressione decisa e informata.

Nonostante questo molti medici dal nord al sud rifiutano ancora la prescrizione, per difesa, per ignoranza (nel senso latino di non sapere), per non avere problemi, per disprezzo per queste ragazzine "che le madri non le sorvegliano e poi vengono qui per farsi proteggere da noi, che invece abbiamo fatto i medici per curare le persone".

E' bene che questi medici sappiano, e voi potete farglielo notare, con garbo, ma con decisione, che se non è possibile invocare l'obiezione di coscienza, si entra nell'inquieto campo del mancato soccorso.

Se tu non mi prescrivi la pillola del giorno dopo e non c'è un motivo sanitario (che mi devi mettere per iscritto), e poi io resto incinta, insomma.. Non è che bisogna denunciare i medici ad ogni piè sospinto, ma il dovere del medico è soccorrere un paziente, a prescindere da cosa pensa. E siccome non è un abortivo, e non si può fare obiezione di coscienza la cosa migliore è mostrarsi un poco decise.

Alcuni, pensando di essere furbi, fanno firmare un consenso informato così minaccioso (senza motivo, perché il progestinico non aumenta il rischio di trombosi) che poi le donne tornano a casa e piuttosto che prendere un farmaco così "pericoloso" preferiscono rischiare di fare un aborto.

Avete preso la pillola del giorno dopo, cosa vi succederà?

Ma mettiamo che abbiate ricevuto questa benedetta ricetta (pensate bene, l'ulipristal costa di più, ma è



più sicuro), che abbiate preso la pillola del giorno dopo, o contraccezione d'emergenza con il vostro medico di medicina generale, il pronto soccorso dell'ospedale, la guardia medica, vostro marito otorino, il vostro vecchio pediatra, o il vostro ginecologo (se non vi ha detto "io non me la sento, vai all'ospedale", come abbiamo sentito), o con Vita di Donna, con l'AIED, il CEMP, il CED, CPD (i consultori laici della Lombardia).

Insomma in qualche modo l'avete avuta e ora l'avete anche inghiottita. Meglio se con un poco di bevande gassate di quelle che "sturano", così va giù meglio. E adesso? non avete prestato attenzione a quello che vi hanno detto, o forse non ve l'hanno detto, o insomma si apre il buio completo.... allora, cosa può succedere?

Niente, il più delle volte non succede proprio niente. Non c'è nausea, non si vomita, non viene mal di pancia, non si espone (questo certo, perché non ha niente a che vedere con una bomba, come si dice comunemente... potenza delle stupidaggini).

A volte dopo quattro o cinque giorni si perde un poco di sangue, come una mestruazione, o un po' di meno. A volte niente di niente, fino alla mestruazione successiva.

Se si perde del sangue di solito la mestruazione ritarda dalla sua data prevista e arriva 30 giorni dopo quelle perdite, se non si perde niente allora la mestruazione arriva di solito al suo momento giusto, a meno che non fosse imminente e allora può arrivare in ritardo. Comunque fate un test di gravidanza dopo 15 giorni, per massima sicurezza.

Guardatevi questo sito canadese (www.planb.ca). Non prescription medication, vuol dire che si acquista senza ricetta, dopo un breve colloquio con il farmacista che ti chiede cosa fai di solito.

Insomma, non vi preoccupate, e se potete fatevi fare una ricetta preventiva... non si sa mai quando vi può servire, se usate il profilattico!

Lisa Canitano

Associazione Vita di Donna Onlus

HIV in Italia. Un nemico tutt'altro che sconfitto

In Italia ogni anno 4.000 persone si infettano, andando ad ingrossare il grande numero dei pazienti seguiti dal nostro sistema sanitario: circa 120.000. Ma fa notizia solo il 1 dicembre, giornata mondiale dell'AIDS. Il problema dell'informazione e della prevenzione: solo il 35% dei giovani utilizza il preservativo.

L'Istituto Superiore di Sanità stima che in Italia, nel 2013, circa 123.000 persone (range da 115.000 a 145.000) avessero l'infezione da HIV e di questi circa 20.000 probabilmente non ne erano a conoscenza, rischiando di sviluppare le gravi complicanze dell'infezione e di contagiare altri. I pazienti con HIV seguiti nei nostri Centri di Malattie Infettive erano circa 95.000 e di questi circa 60.000 erano in terapia, con una spesa in diagnostica e farmaci che è stimata dai 7 ai 12.000 euro per persona per anno.

Il dato più preoccupante è però quello dell'incidenza: nel 2013 sono stati registrati circa 4.000 nuovi casi di infezione, 11 al giorno. Si tratta soprattutto di soggetti italiani in 3 casi su 4, di maschi con un rapporto di circa 3:1 e con un'età media di 39 anni per gli uomini e 36 per le donne. Nel 2013, le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, la Lombardia e il Piemonte. L'incidenza più bassa è stata osservata in Calabria.

Nella maggior parte delle regioni l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV sembra avere un andamento stabile, anche se in alcune (Piemonte, Toscana, Abruzzo, Calabria) sembra essere in aumento e in altre si osserva un andamento in diminuzione (Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trento, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Sardegna). Il numero di nuovi infetti è di



gran lunga inferiore rispetto agli anni 80 e 90, ma stabile negli ultimi anni. Nel 2013 sono stati notificati circa 1000 casi di AIDS, la fase più avanzata della malattia, anche questo un dato stabile rispetto agli ultimi anni. Le cause del perdurare dell'epidemia sono probabilmente più di una. Si è diffusa una certa sottovalutazione dell'infezione, per la disponibilità di farmaci efficaci. Tuttavia, è innegabile che rispetto all'inizio dell'epidemia, da anni l'infezione da HIV non è più al centro dell'attenzione dei media, delle istituzioni sanitarie e della politica.

La trattazione di questi temi nelle scuole è affidata alla discrezione e alla buona volontà degli insegnanti. La proposta di rendere disponibili gratuitamente i profilattici nelle scuole è rimasta lettera morta[2].

Rispetto al passato, la via di trasmissione tramite scambio di siringhe tra tossicodipendenti è ormai un fenomeno marginale e la quasi totalità delle nuove infezioni avviene per via sessuale e

CONTINUA A PAG. 23

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST

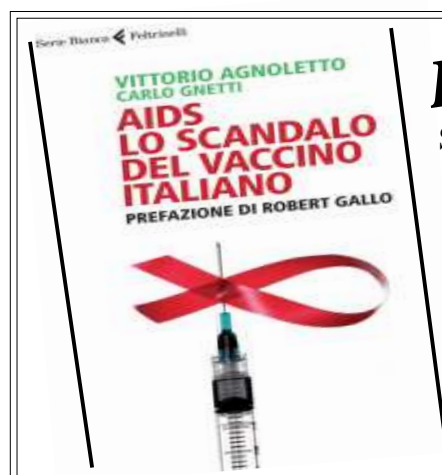
Ospedale Amedeo di Savoia
C/SO Svizzera 164 TORINO
011/4393788

tram: 3, 9; bus 59, 60

lunedì/martedì
giovedì/venerdì
Orari: 8,30-10,00
Disponibili 15 posti
Esami al Pad. RUDIGOZ

Ritiro a libero accesso:
lun/mar/gio/ven
13,00 - 14,30;
mer 9,00 - 11,00
Attività infermieristiche
(prelievi,
terapie post visita)

Non è necessario prenotare;
non è necessaria l'impegnativa del medico
Su richiesta è garantito l'anonimato;
visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali



DOCUMENTAZIONE
SULLE TROPPE OMERTÀ
DI QUESTO SETTORE
DEL MONDO SCIENTIFICO

E' ORA DI FARE CHIAREZZA
SUI FONDI E SUGLI INTERESSI
CHE CIRCOLANO ATTORNO AL
VACCINO ITALIANO SULL'AIDS.

in libreria

HIV in Italia

CONTINUA DA PAG. 22

principalmente eterosessuale. Eppure secondo una recente indagine dell'Eurisko condotta su un campione di mille italiani, l'80% ritiene di non essere a rischio e il 60% ritiene che sia facile contagiarsi ma che siano a rischio soltanto tossicodipendenti e omosessuali. Solo il 35% dei giovani utilizza il preservativo e solo il 29% ha eseguito il test per l'HIV[3].

Le terapie sono efficaci nel rimuovere il virus dal sangue e quindi hanno anche un effetto sulla trasmissione.

Addirittura è stato proposto l'uso dei farmaci come profilassi, prima di rapporti sessuali a rischio. I farmaci tuttavia, hanno effetti collaterali anche pesanti, soprattutto nel lungo termine, ed un costo molto elevato, soprattutto per i farmaci di ultima generazione. La possibilità di avere un vaccino preventivo efficace non è una prospettiva a breve o medio termine. In conclusione dobbiamo investire in prevenzione, informazione, sensibilizzazione. E non solo il 1 dicembre.

Enrico Tagliaferri

Infettivologo, Azienda

ospedaliera-universitaria pisana.

Risorse

Sorveglianza dei nuovi casi di HIV e AIDS [PDF: Mb] Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2014; 27(9): supplemento 1.

Bibliografia

1. Sorveglianza dei nuovi casi di HIV e AIDS [PDF: Mb] Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2014; 27(9): supplemento 1.

2. Agnoletto A. AIDS, le colpe della politica: 11 infettati al giorno, ma la prevenzione non si fa più.

Ilfattoquotidiano.it, 01.12.2014.

3. Patitucci D. AIDS, in Italia record di sieropositivi. UNAIDS: "Battere HIV entro il 2030."

Ilfattoquotidiano.it, 01.12.2014.

<http://www.sossanita.it/>



Epatite C, ne ammazza più il mercato dei farmaci che il virus

Da qualche settimana l'Egitto fornisce in ospedale il Sofosbuvir. Non è ancora chiaro quando sarà messo in vendita in farmacia e a quale prezzo, ma se stai male e ti fai ricoverare, lì non corri il rischio di morire. Viceversa in Italia, dove 600mila persone affette da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) di genotipo 1 rischiano la "pelle", il tema fatica a farsi spazio tra i dibattiti su Ballarò Renzi Clooney Camusso Renzi Armani gli immigrati sporchi cattivi che tolgono il lavoro portano la tbc non pagano le tasse e intascano 40 euro di mancia al giorno.

Di fatto la soluzione a portata di mano per debellare questa pericolosa malattia non rientra in nessuna agenda istituzionale. Così fino a stamane quando l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha espresso parere favorevole per l'attivazione di un 'programma di uso terapeutico di un medicinale sottoposto a sperimentazione clinica' nei pazienti affetti da epatite cronica C ad alto rischio di progressione della malattia. Si tratta del nuovo farmaco senza interferone prodotto dall'azienda AbbVie.

L'AbbVie ha già presentato all'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) la richiesta di autorizzazione all'immissione in commercio per il suo regime sperimentale - completamente orale e privo di

interferone - per il trattamento di pazienti adulti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) di genotipo 1.

Ora, la decisione dell'Aifa di consentire l'uso del nuovo medicinale nei casi più gravi. Ma che vuole dire tutto ciò? Semplice, spiegano allo Spallanzani di Roma: "Vuol dire che si è autorizzati a usarlo se lo compri all'estero o in qualche maniera lo rimedi in uso compassionevole". Ovvero? "Se un medico riesce a ottenerlo almeno per i trapiantati che non possono fare Interferone".

Bene così. Intanto, è ancora aperta la discussione in merito all'altro farmaco di ultima generazione che promette di sradicare il virus dell'epatite C nell'arco di 12-24 settimane, il Sofosbuvir dell'azienda Gilead: il suo arrivo in Italia e in diversi Paesi europei e' infatti ancora in discussione per il prezzo molto alto, che si aggira sui 58mila euro a paziente.

Il Sofosbuvir verra' però prodotto in versione low cost per 91 paesi in via di sviluppo.

Ma per i malati in Italia ci sono comunque ragioni di speranza: sono 700 i malati di epatite C che hanno fatto già domanda per ricevere il trattamento per uso compassionevole con Sofosbuvir, e che hanno ricevuto o riceveranno a

CONTINUA A PAG. 24

Epatite C, ne ammazza più il mercato dei farmaci che il virus

CONTINUA DAPAG. 23

brevissimo la cura, ha annunciato nelle scorse settimane Luca Pani. In Italia, i pazienti che sono stati inclusi nel programma per l'uso compassionevole del Sofosbuvir sono complessivamente circa 1300.

Ne mancano quindi altri 600, che sono ancora in attesa perché devono farne richiesta. A ricevere il farmaco saranno anche i pazienti con carcinoma epatocellulare (HCC) e cirrosi compensata (MELD15) in lista d'attesa per trapianto e che presentino una lesione del massimo diametro di 5 cm o al massimo tre lesioni, la maggiore delle quali con diametro sino a 3 cm.

In Europa si stima siano nove milioni le persone con infezione da Hcv che, se non trattata, può causare gravi danni al fegato, fra cui la cirrosi (le cicatrici dell'infiammazione distruggono via via il fegato funzionante) e il tumore (carcinoma epatocellulare, in parte evoluzione negativa della cirrosi) al fegato.

L'infezione da Hcv è, di conseguenza, anche la principale causa di trapianto di fegato in Europa. E, per chi non è al corrente, un trapianto d'organo ha costi (tra intervento, rianimazione, degenza, farmaci anti-rigetto e complicanze varie) che superano i centomila euro in un servizio sanitario nazionale come il nostro.

Questo per spiegare come un farmaco, seppur costoso, può rivoluzionare la situazione se, come sembra, azzerà del tutto il virus dell'epatite C e può anche fare regredire situazioni avanzate di cirrosi. Se l'obiettivo è un Paese epatite C free, il costo vale la candela. E attenzione ai numeri:

sebbene le nuove diagnosi di epatite C siano in calo, dal momento che occorrono circa 20-30 anni prima che i sintomi si manifestino, si prevede che tra il 2030 e il 2035 si verificherà un picco di casi di epatite C.

Oggi, però, si è aperta finalmente la via di cure risolutive.

"È in atto una rivoluzione dopo quasi trent'anni di stallo - spiega al Corriere della Sera Mario Rizzetto, epatologo delle Molinette di Torino -. Per questa malattia c'era negli scorsi anni solo l'interferone, cui alla fine degli anni '90 è stata aggiunta la ribavirina. Un trattamento empirico, di modesta efficacia, di lunga durata (da 24 a 48 settimane), con effetti collaterali tossici e a volte molto gravi.

Sono ora divenute disponibili almeno tre combinazioni di farmaci contro il virus dell'epatite C, capaci di guarire dal 93% al 99% dei pazienti trattati, senza distinzione di età, sesso, profilo patologico del fegato, genotipo del virus Hcv, fattori genetici dell'ospite.

Per cicli di cura di sole 8-12 settimane la risposta è ottima anche nei pazienti più difficili, sopra il 94% in quelli che non hanno prima risposto all'interferone e del 90% in chi ha già una cirrosi in atto compensata".

I farmaci in questione hanno già in alcuni casi nomi commerciali, come il sofosbuvir in combinazione con ledipasvir oppure l'ombitasvir in combinazione con dasabuvir, il simeprevir in varie combinazioni. Altri sono in avanzata fase di sperimentazione clinica e sono noti con sigle: come MK-5172 o MK-8742. Tutti si assumono per via orale, hanno scarsi effetti collaterali e richiedono una minima sorveglianza medico specialistica. "Ne consegue - continua



Rizzetto - che la gran maggioranza dei pazienti con epatite cronica C è candidabile a una cura di facile amministrazione, rapida e senza problemi".

Per l'accesso a questi farmaci, però, c'è un forte ostacolo, sottolinea il servizio realizzato dal quotidiano di via Solferino. L'aggiunta del ledipasvir o simeprevir aggraverà di certo la spesa, per non parlare dei controlli, test diagnostici e visite mediche (netamente minori di quelle previste per i trattamenti attuali). Anche se un'eventuale guarigione taglierebbe poi altri importanti costi, diretti e indiretti, per epatiti, cirrosi, tumori. Fino a quelli di un eventuale trapianto.

E mentre, in Italia, si affronta lo scoglio prezzo che deve tener conto di un servizio sanitario pronto alla sfida di "azzerare" del tutto l'epatite C, si è aperto un mercato per pazienti ricchi. Pericoloso quello virtuale delle farmacie online, più sicuro quello di San Marino. Comunque quasi "illecito", perché i nuovi farmaci ancora non sono stati autorizzati in Italia (scoglio prezzo da sciogliere entro il 19 giugno) dall'Aifa ma lo sono stati dall'agenzia europea (Ema).

Un'inchiesta giornalistica dell'agenzia AdnKronos, a firma Barbara Di Chiara, ha svelato questo mercato parallelo. Tre pazienti hanno ordinato uno dei nuovi farmaci, il primo in vendita negli Stati Uniti e in altri Stati

CONTINUA A PAG. 25

Epatite C, ne ammazza più il mercato dei farmaci che il virus

CONTINUA DAPAG. 24

europei (il sofocon), a San Marino, due avevano già completato il ciclo di 3 confezioni. Costo: 19.000 euro a ciclo di cura (28 compresse da 400 milligrammi). Prima di spedire, le farmacie della Repubblica del Titano richiedono un bonifico per procedere con l'ordine, e il saldo avviene nel momento del ritiro. Disponibilità in tutte le sei farmacie Sanmarinesi, ma occorrono comunque una o due settimane per averlo. Da evitare invece le farmacie virtuali, come la Indian Pharma Network: se va bene e non becchi il "pacco" ottieni, nel migliore dei casi, qualcosa di non garantito per efficacia e sicurezza dirottato dal Canada.

Tutto ciò non sorprende considerando che si tratta di un nuovo mercato emergente, a cui sono molto interessati anche gli usurai. Perché di pazienti disposti a indebitarsi per guarire dall'epatite C ve ne sono. Soprattutto chi ha la malattia in fase molto avanzata e teme che l'attesa sia fatale. La criminalità organizzata poi sta fiutando un nuovo business.

E' ora di portare l'Egitto in Italia.

Pino di Maula

23/09/2014

www.ilrestomancia.info



La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino

Questo rapporto, risultato di una ricerca condotta nell'ambito del Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF), evidenzia i problemi di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante nella città di Torino. Partendo dal contenuto normativo del diritto fondamentale alla salute come sviluppato a livello internazionale, lo studio descrive la situazione esistente nell'area torinese e analizza le questioni che non trovano adeguata soluzione. In sintonia con il metodo proprio di LDF, con ampio ricorso a interviste agli operatori del settore, il testo offre una panoramica della realtà studiata, andando oltre gli aspetti teorici o astrattamente legali e concentrandosi invece maggiormente sul grado di attuazione concreta del diritto alla salute. L'attenzione è particolarmente concentrata sulle conseguenze che la realtà sociale produce sul godimento effettivo e non discriminante del diritto fondamentale alla salute, da parte degli appartenenti a fasce sociali specialmente vulnerabili. Lo studio si propone così di stimolare il dibattito sulla necessità di un approccio fondato sui diritti umani nello sviluppo di politiche sanitarie, nelle iniziative legislative e nella pratica messa in opera degli strumenti utili, anche attirando l'attenzione sulla responsabilità dell'Italia nei confronti degli obblighi internazionali in materia di diritti umani.

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF) di Torino considera i diritti fondamentali delle persone nel concreto dei diversi momenti, luoghi e occasioni della vita. Nella sua attività di studio incontra sia coloro che nell'attività professionale affrontano i problemi che si frappongono alla piena realizzazione dei diritti umani, sia coloro che ne sono i titolari. LDF ricerca le soluzioni idonee e praticabili tratte dall'esperienza o dallo studio interdisciplinare. Per riprendere una formula della Corte europea dei diritti umani, le ricerche di LDF riguardano "diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori".

Irene Biglino e Anthony Olmo

sono ricercatori del Laboratorio dei Diritti Fondamentali.

www.ilmulino.it

lettera ai cittadini

L'ORGOGLIO DI ESSERE DIPENDENTI PUBBLICI, NONOSTANTE TUTTI!

Se, sostiene qualcuno, la statistica e' l'arte di far dire ai numeri quello che vuoi, perché non ricorrere all'arte per far passare l'ideologica tesi che i dipendenti pubblici sono tutti fannulloni, così da dare una mano al governo a sfoltire la pubblica amministrazione e tagliare i servizi pubblici? È quello che devono aver pensato quegli artisti di smantellamento dei diritti che rispondono al nome di Confindustria, scomodando il loro Centro Studi per "dimostrare" che le assenze dei dipendenti pubblici pesano per 3,7 miliardi l'anno.

Attenzione, non si tratta di un aumento dei costi per la Pubblica Amministrazione dovuto alle assenze dei "fannulloni", come si induce strumentalmente a far credere, ma di eventuali e possibili risparmi laddove ne venisse ridimensionata la soglia.

Quindi, da una parte, un colpo pesante ai diritti che sottendono la legittimità delle assenze stesse (matrimoni, malattia, maternità, legge 104, permessi sindacali, donazione di sangue, cure oncologiche, ecc).

Dall'altra un'entrata a gamba tesa nella stucchevole discussione sul licenziamento dei pubblici (come se non fosse già tutto scritto!) con l'indicazione al governo di dove andare a colpire quando, a breve, la riforma della PA sarà di nuovo all'ordine del giorno.

Più in generale l'ennesima riprova che la discussione sulle regole del mondo del lavoro, dal jobs act alla riforma della P.A.,



altro non è che un'infame speculazione sulla pelle dei lavoratori dipendenti. utile per scatenare una guerra tra poveri propedeutica a togliere diritti e tutele a tutti e tutte. Certo, per alcune di queste assenze dovranno vedersela col Papa e con quanti quotidianamente si vantano di investire in bonus bebè e premi per famiglie numerose, ma all'uopo potrebbe tornare utile l'esibizione di qualche pancione illustre di Montecitorio!

Per passare, invece, dai possibili e virtuali risparmi alla moneta sonante non ci sembra altrettanto legittima la spesa (ben al di sopra dei 3 mld) alla quale l'imprenditoria stracciona di questo Paese costringe e attinge da sempre sotto forma di sgravi e aiuti di Stato salvo poi delocalizzare, licenziare e inquinare impunemente interi territori. Profitto di pochi, debito per tutti: Alitalia, Ilva, Fiat gli esempi più esaltanti!

Per non parlare poi dei soldi pubblici spesi per l'utilizzo improprio della Cassa Integrazione o di quei padroni che costringono i lavoratori alla malattia così da accollarne il costo alla casse pubbliche dell'INPS.

Davvero dei campioni di esempio questi di Confindustria! A ben vedere degni compari di quello Stato che attraverso

i suoi governi non rinnova il contratto ai suoi 3 milioni di lavoratori e lavoratrici dal 2007, rendendoli creditori di almeno 6,500 euro a testa per un totale di 21,4 miliardi fino ad oggi.

Ma Confindustria non si accontenta di colpire nel mucchio punta anche specificatamente il dito sulle donne, colpevoli di assentarsi in misura notevolmente maggiore dei colleghi uomini.

Un vero scoop nel Paese dove le donne sono sempre più costrette nel lavoro di cura dal continuo taglio del welfare e dei servizi!

Fuori da ogni strumentale banalità la pubblica amministrazione in Italia costa meno della media europea; impiega molti meno dipendenti, dei quali una parte consistente precaria e ha perso oltre 350.000 lavoratori a causa del blocco del turnover; condannata così ad una età media molto elevata e, grazie alla Fornero, anche ad un fine lavoro mai. Non uno sprezzante "travet" ma scuole, asili, ospedali, tribunali, tutela del territorio e dei beni culturali, pensioni, sicurezza dei luoghi di vita e lavoro, ricerca, lotta all'evasione fiscale, e ancora tanto altro.

Diritti e funzioni essenziali per tutti i cittadini; a rischio, come ci ricorda la Corte dei Conti nel suo resoconto.

Servizi pubblici da difendere e rilanciare. Lavoratori e lavoratrici da tutelare, a cominciare dai 20.000 licenziamenti delle Province.

Noi intendiamo farlo con la lotta: dal posto di lavoro ai territori, con gli scioperi e con le imminenti RSU del Pubblico Impiego, per il rinnovo del contratto e per condizioni di lavoro dignitose.

Contro l'ennesimo governo che ci ha dichiarato guerra ma anche contro quei sindacati che in questi anni si sono resi complici di un attacco così feroce al mondo del lavoro.

**USB -
Unione Sindacale di Base**

Dipendenti pubblici fannulloni: i dati smentiscono il 'senso comune'

Tempi duri per i dipendenti pubblici, attaccati dal governo Renzi e da un senso comune che invece di prendere posizione a partire dalla realtà dei fatti preferisce farsi guidare dal pifferaio magico di turno. E' bastato che media e governo montassero a Capodanno alcuni casi eclatanti - "vigili urbani assenti a Roma", "spazzini assenti a Napoli", "macchinisti assenti a Roma" e così via - per scatenare la consueta e aggressiva ondata di critiche, contumelie, accuse e offese nei confronti di milioni di dipendenti pubblici già alle prese con tagli, decurtazioni salariali, aumento degli orari di lavoro, blocco del contratto e chi più ne ha più ne metta.

E come al solito sono i luoghi comuni a farla da padrone, con i sentiti dire che diventano scienza esatta e sapere popolare, alimentati da una stampa di servizio - nei confronti di governo e padroni ovviamente - che si presta a sostenere una campagna politica orchestrata a tavolino dai poteri forti nazionali ed europei e che mira a ridurre lo Stato a vantaggio di un privato che funziona spesso peggio e con costi assai più alti per i contribuenti.

Certo bisogna riconoscere che aver scelto come bersaglio della campagna di capodanno contro i dipendenti pubblici uno dei settori più odiati dalla popolazione - i Vigili Urbani - è stata una mossa geniale da parte di Renzi e compagnia.

Senza andare troppo a zonzo nella rete basta vedere i commenti ai nostri articoli sull'affaire 'Vigili Urbani' per imbattersi nei classici luoghi comuni sul settore pubblico sui quali il governo più antipopolare



che questo paese abbia conosciuto negli ultimi decenni sta incredibilmente costruendo un consenso che non merita. I più frequenti affondano e condannano il settore pubblico in quanto tale, senza fare differenze e distinguo, confrontandolo con un settore privato nel quale invece i dipendenti sarebbero inesorabilmente obbligati a 'sudarsi la pagnotta' - come si dice a Roma - senza privilegi e con abnegazione. Senza nasconderci che in alcuni - ma solo alcuni e sempre meno - settori della Pubblica Amministrazione i ritmi di lavoro non sono propriamente sfiancanti, basterebbe analizzare qualche dato per sfatare il mito di un settore pubblico descritto come dominio dei fannulloni.

Ad esempio quelli pubblicati all'inizio di ottobre dall'Ufficio Studi della CGIA di Mestre nel 2012 (ultimo anno in cui i dati sono a disposizione). Secondo i quali i giorni di malattia di cui usufruiscono mediamente i lavoratori pubblici italiani non sono centinaia l'anno come sembrerebbe di capire dalla manifestazione così creativa della vox populi a proposito del caso 'Vigili Urbani', ma molti, molti di meno. Non solo. Se si raffrontano i giorni di malattia dei dipendenti del settore pubblico con quelli del

settore privato ci si accorge che la differenza è minima e che anzi, in realtà nel settore privato ci si ammala di più. Nel 2012, ci dice la CGIA, mediamente ciascun lavoratore dipendente italiano si è ammaloato 2,23 volte ed è rimasto a casa un totale di 17,71 giorni; complessivamente sono stati quasi 106 milioni i giorni di malattia persi durante tutto l'anno.

Da notare che oltre il 30% dei certificati medici che attestano l'impossibilità da parte di un operaio o di un impiegato di recarsi nel proprio posto di lavoro è stato

presentato di lunedì. Perché in alcuni casi il dipendente cerca di allungare indebitamente il fine settimana di qualche giorno, magari per riposarsi dagli impegni o dai bagordi del sabato e della domenica.

Ma anche - e lo diciamo per esperienza personale - perché magari durante la settimana precedente si è andati a lavoro nonostante il crescente malessere per continuare a svolgere qualche mansione indispensabile e irrimandabile mentre il fermo del finesettimana ha causato poi una "esplosione" della malattia. Inoltre, considerato che chi si ammala di venerdì aspetta il finesettimana per capire se si tratta di una cosa serie e che la maggior parte dei medici di base non lavorano il sabato e la domenica è ovvio che un gran numero di certificati di malattia si accumulino il lunedì.

Ssecondo i dati è vero che nel pubblico ci si ammala più spesso, ma è anche vero che si perdono meno giorni di lavoro che nel settore privato.

Nel 2012, infatti, i giorni di malattia medi registrati tra i lavoratori

Dipendenti pubblici fannulloni

CONTINUA DA PAG 27

del pubblico impiego sono stati 16,72 (con 2,62 eventi per lavoratore) mentre nel settore privato le assenze per malattia hanno toccato i 18,11 giorni (con un numero medio di eventi per lavoratore uguale a 2,08). Da notare che dalla CGIA sottolineano che la malattia di un lavoratore viene considerata come unico evento anche nel caso di più certificati tra i quali intercorra un intervallo di tempo non superiore a 2 giorni. Inoltre, viene segnalato che questi dati sono stati estratti dall'Osservatorio sulla certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti privati e pubblici dell'Inps, avviato nel 2011.

I dati mostrano che la durata media degli eventi di malattia è, comunque, relativamente breve. A livello nazionale, nel 71,7% dei casi la guarigione avviene entro i primi 5 giorni dalla presentazione del certificato medico.

Se si disaggregano i dati, emerge che i lavoratori più cagionevoli si concentrano nel Sud Italia - senza grandi differenze tra pubblico e privato - mentre ovviamente i lavoratori anziani sono più a rischio dei giovani. Dalla rilevazione emerge infatti che le assenze aumentano in misura corrispondente all'avanzare dell'età. Se fino a 29 anni il numero medio di giorni di malattia per lavoratore è pari a 13,2, nella classe di età tra i 30 e i 39 anni sale a 14,9, per toccare il valore massimo sopra i 60 anni, con 27,4 giorni medi di assenza all'anno. Il che dimostra anche che l'aumento dell'età pensionabile imposto in tutta Europa e anche in Italia negli ultimi anni con la scusa che l'età media della popolazione è aumentata in realtà non è proprio una scelta oculatissima.

In aggiunta ai dati forniti dalla Cgia, l'Inps ha messo a disposizione un aggiornamento relativo al 2013 pubblicato nel novembre

scorso: l'Istituto dice che in quell'anno "sono stati trasmessi 11.869.521 certificati medici per il settore privato e 5.983.404 per la pubblica amministrazione; nel settore privato il numero dei certificati di malattia trasmessi è stato sostanzialmente uguale a quello del 2012, con un aumento dell'1,1%, mentre per la pubblica amministrazione complessivamente si rileva un aumento del 9,2%". L'istituto dice che "confrontando le serie mensili dei certificati medici trasmessi per settore, emerge che nel settore privato l'andamento è abbastanza stabile nel triennio 2011-2013".

Nel pubblico, invece, lo stesso periodo "evidenzia un trend crescente". Ecco qua, penserà qualcuno, la prova che comunque i dipendenti pubblici sono dei fannulloni. Ma forse la spiegazione del trend in aumento nel settore pubblico sta proprio nell'invecchiamento progressivo dei pubblici dipendenti, alle prese ormai da molti anni con il blocco del turn over con il conseguente aumento dei carichi di lavoro (e dello stress) e con lo stop all'assunzione di giovani leve in sostituzione di coloro che hanno la fortuna di andare in pensione. E come abbiamo visto - ma non ci vuole uno scienziato per capirlo - più aumenta l'età media più si moltiplicano i casi di malattia.

Insomma la realtà smentisce il cosiddetto 'senso comune', che altro non è che il frutto di anni di campagne denigratorie contro i pubblici dipendenti. Appare quindi

i miserabili del Jobs Act

Ma cos'è il pubblico impiego? E perché da anni è diventato il bersaglio preferito di governi e poteri forti? Tutti gridano allo scandalo dell'assenteismo ma il dato politico rilevante è però dato dalla lettura della questione, su cui in molti si stanno esercitando dalle pagine dei quotidiani, che vede il mondo pubblico come un luogo di privilegiati di scarsa efficienza, e di dubbia qualità, colpevole del mal funzionamento della macchina statale che, pertanto, va asciugata attribuendo sempre più compiti al "privato" che saprà renderlo invece produttivo ed efficiente. vogliono stroncare anche solo l'idea che il conflitto, in qualsiasi modo esercitato, possa essere uno strumento utilizzabile per impedire che questi processi vadano in porto

Tutto l'impianto governativo reca la firma di Pietro Ichino, noto personaggio legato al PD.

Una elaborazione che parte da un assunto sbagliato: l'idea che in Italia il lavoratore consideri il suo posto inamovibile e che per cambiare questa mentalità considerata nociva serva che l'impresa possa sempre manipolare la sua forza lavoro.

Con il decreto tutto questo si avvera e si avvererà anche nel Pubblico Impiego, anche se, mentendo sapendo di mentire, affermano che riguarda solo il lavoro nel privato.

quanto mai paradossale e autolesionistico che i dipendenti del settore privato e i giovani precari, di fronte al rapido peggioramento delle proprie condizioni di lavoro, invece di far fronte comune con i lavoratori pubblici chiedendo un miglioramento per tutti, si schierino contro la pubblica amministrazione sfogando così le proprie frustrazioni sul bersaglio sbagliato. Speriamo che il 2015 porti consiglio...

Luca Fiore

4/1/2015 www.contropiano.org

I MISERABILI DEL JOBS ACT

In questo articolo evidenziamo alcuni concreti elementi del Jobs Act, sottaciuti dal governo e dai mezzi di comunicazione, e dal PD. Perché Ichino, "il Licenziatore", non stupisce più

AMMALATI DI LICENZIAMENTI

Considerate le opportune proporzioni - soprattutto in ragione delle due età anagrafiche, significativamente diverse - confesso che il disincanto procuratomi dalla scoperta che sotto la folta barba bianca di Papà Natale si celasse, in realtà, il pur amorevole viso del mio babbo, si ripeté, in sostanza, quando appresi chi era stato, veramente, Voltaire.

Apprendere, attraverso il mio vecchio professore di stenografia - un ebreo fornito di una cultura enciclopedica e sopravvissuto "all'inferno in terra" di Auschwitz - che l'illustre rappresentante dell'Illuminismo era stato, in effetti, visceralmente anticristiano e profondamente antisemita, fu sconcertante.

Scoprire un filosofo che scriveva: "Si guardano gli ebrei con lo stesso occhio con cui guardiamo i negri, come una specie d'uomini inferiori" e, contemporaneamente, da razzista e sostenitore dello schiavismo, era azionista di una società di Nantes per la tratta dei "negri", ebbe su di noi, giovani "sessantottini" di un Istituto Tecnico napoletano, un effetto pari a quello di un odierno tsunami. La stessa, sconvolgente e attonita reazione che accoglierebbe la notizia di Pietro Ichino improvvisamente convertito alle "ragioni" dei lavoratori. Parleremmo, nel caso, di un'azione "contro natura"! Era, quindi, solo la vana ricerca di un'illusione che mi stimolava a leggere la sua "Storia segreta, articolo per articolo, del contratto a tutele crescenti".

Con quel testo, Ichino, "il Licenziatore", offre una scheda tecnica sui contenuti dei dodici articoli che compongono lo schema del primo decreto legislativo approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 dicembre 2014, in attuazione della delega di cui alla legge 10 dicembre 2014, n. 183.

Naturalmente (e non potrebbe essere diversamente) il suo è un commento "di parte" (datoriale), che non lascia alcun dubbio al lettore circa la "collocazione" politica dell'autore e gli interessi dei quali è realmente portatore.

Ci sono, però, almeno due questioni che vanno evidenziate affinché nessuno possa mai più dimenticare o, peggio, fare finta di non aver ancora capito, che "il Licenziatore" rappresenta, a



tutti gli effetti, una "controparte" molto determinata. La prima, tra l'altro, riguarda materie che non compaiono nel testo definitivo del decreto. Riguarda, infatti, due articoli - sui contratti a termine e su alcune tipologie contrattuali - che facevano originariamente parte della bozza di decreto predisposta dal ministero del lavoro e successivamente depennati.

Relativamente ai rapporti di lavoro a termine, era stata prevista la riduzione - da 36 a 24 - del periodo di durata massima.

Ebbene, anche di fronte a quello che sarebbe stato apprezzato come "un rigurgito di onestà intellettuale" del ministro Poletti - la riduzione della durata massima dei tempi determinati (già, ingiustamente, "acausal"), a fronte della soppressione delle garanzie di cui all'art. 18, per i nuovi assunti con il contratto a tutele crescenti - non veniva meno quella che appare sempre più come una tenace, determinata e, soprattutto, gratuita astiosità del "Licenziatore" nei confronti dei lavoratori.

A suo giudizio, infatti, ciò avrebbe rappresentato un messaggio rovinoso agli investitori economici! L'altro articolo, non più presente nel testo "licenziato" dal Consiglio dei Ministri, prevedeva - "niente meno" e "addirittura", a parere del "Licenziatore" - il superamento dei contratti di associazione in partecipazione, di lavoro intermittente e di lavoro ripartito.

In sostanza, un piccolo deterrente all'attuale, dilagante, condizione di precarietà di centinaia di migliaia di lavoratori cui spetterebbe, piuttosto, la costituzione di un normale rapporto di lavoro subordinato.

Anche qui - "Per fortuna", a giudizio di Ichino - è scattato il segnale dello scampato pericolo e nel testo del decreto non c'è più alcun riferimento alle suddette tipologie contrattuali.

Laddove, però, si assiste all'apoteosi della "missione" cui si sente investito "il Licenziatore", è nell'illustrazione e commento di una seconda

Ammalati di licenziamenti

CONTINUA DA PAG. 29

parte - successivamente soppressa - del terzo comma dell'art. 3 del decreto.

La norma in oggetto prevedeva l'onere della "reintegra" anche per il licenziamento intimato in costanza di malattia del lavoratore, prima della scadenza del c.d. "periodo di comportamento".

Ebbene, "il Licenziatore" si vanta di essere stato l'artefice della cancellazione della seconda parte del suddetto comma!

Quella che - a mio avviso - è però sconcertante, è la giustificazione addotta da Ichino. A suo parere, una volta operata la soppressione della reintegra - per il licenziamento di un lavoratore malato - "Resta dunque inalterato il regime attuale, per il quale l'efficacia del licenziamento intimato prima della scadenza del termine resta sospesa fino alla scadenza stessa; se poi il lavoratore torna al lavoro prima che il termine scada, il licenziamento subisce la sanzione propria del motivo insufficiente o inesistente (art. 3, comma 1), ma non quella propria del motivo illecito (art. 2)!"

All'uopo è sufficiente l'illustrazione di un caso semplicissimo per evidenziare che le cose, in effetti, non stanno proprio così.

Fino a ieri, in virtù di quanto previsto dall'art. 2110, secondo comma del codice civile - secondo il quale: "Nei casi indicati nel comma precedente (infortunio, malattia, gravidanza o puerperio) l'imprenditore ha diritto di recedere dal contratto a norma dell'art. 2118, decorso il periodo stabilito dalla legge" - un datore di lavoro non poteva licenziare un dipendente assente per malattia fino a quando questi non avesse superato il c.d. "periodo di comportamento" previsto, nella durata massima, da ciascun Ccnl. Perciò, a meno che non volesse "far ridere i polli", nessun datore di lavoro intimava un licenziamento individuale a un lavoratore in costanza malattia. Di conseguenza, il Sig. Rossi, la cui malattia fosse, ad esempio, durata dieci mesi - rispetto a un periodo di comportamento contrattuale previsto in diciotto mesi - poteva tranquillamente rientrare senza nulla da temere.

Naturalmente, un successivo licenziamento sarebbe stato sempre possibile; a fronte di una giusta causa, per giustificato motivo, ecc; ma non a causa della sua pur lunga malattia.

Da domani, invece, una volta soppressa la reintegra, Ichino è fiero di annunciare che, grazie al suo diretto intervento, un licenziamento comunicato a un lavoratore in costanza di malattia - dopo una settimana dall'inizio della stessa o dopo alcuni

mesi, non cambia niente - sarà operativo sin dal suo rientro; anche in condizione di periodo di comportamento non scaduto. Non solo questo. "Il Licenziatore" considera scontato che, qualora il giudice accertasse che non ricorrevano gli stremi del licenziamento, la sanzione prevista in questi casi debba essere esclusivamente riconducibile a quella adottata nei casi di motivi insufficienti o inesistenti (pagamento di un'indennità), non a quella del motivo illecito (reintegra).

Pertanto, un datore di lavoro potrà tranquillamente intimare un licenziamento individuale - se non "plurimo" - perché un lavoratore (o anche più d'uno) ha il "vizio" di ammalarsi, oppure perché assente dal proprio posto di lavoro per malattie o infermità più o meno durevoli.

Anche se l'assenza per malattia dovesse protrarsi per un periodo inferiore a quello massimo "di comportamento" previsto dal Ccnl applicato!

Tra l'altro, a questo punto, appare chiaro che il suddetto Sig. Rossi, sapendo che il rientro dopo i dieci mesi di malattia significherà la scadenza del termine di temporanea inefficacia del licenziamento - già intimatogli, in costanza di malattia - cercherà, comunque, in tutti i modi possibili, di prolungare l'assenza almeno fino alla definitiva scadenza dei termini di comportamento!

Viene da chiedersi: se la logica da applicare al licenziamento intimato in costanza di malattia è quella della "temporanea inefficacia", per renderlo quindi operativo - in applicazione dell'art. 3, comma 1, piuttosto che dell'art. 2 - all'esaurirsi dell'evento (lo stato di malattia), presto la scopriremo anche applicata ai casi d'infortunio, gravidanza e puerperio; sempre contrabbandata con motivazioni economiche?

CONTINUA A PAG. 31



**notizie,
inchieste,
conflitti,
lotte
in tempo
reale**

digita

www.controlacrisi.org

controlacrisi

il quotidiano online che libera l'informazione

Ammalati di licenziamenti

CONTINUA DA PAG. 30

La "chicca" più bella, però, è rappresentata dalla sostanziale "derubricazione" dei licenziamenti collettivi a licenziamenti individuali "plurimi" dei lavoratori assunti con il c.d. "Contratto a tutele crescenti".

Infatti, contrariamente a quanto sostenuto dal "Licenziatore" - circa l'opportunità di applicare anche ai nuovi assunti le stesse regole procedurali e gli identici "criteri di scelta" che attualmente

disciplinano i licenziamenti collettivi - in realtà, per gli assunti successivamente all'entrata in vigore del decreto in oggetto, la regolamentazione dei licenziamenti collettivi sarà ben più penalizzante.

E' lo stesso Ichino che evidenzia - con palese soddisfazione - che in futuro, a questi lavoratori, in caso di violazione, da parte del datore di lavoro, delle procedure di mobilità o dei "criteri di scelta" (legali) previsti per l'individuazione dei soggetti da licenziare, sarà riconosciuta la semplice indennità risarcitoria (non più la reintegrazione).

Renato Fioretti

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

INPS, visite fiscali 2015: cosa cambia? Orari, regole, sanzioni e stipendio

Cambiano le regole e gli orari relativi alle visite fiscali per i dipendenti pubblici e privati che si assentano dal lavoro per malattia. A diramare le nuove regole è l'INPS che illustra i cambiamenti che entreranno in vigore a partire dal 1° gennaio 2015. Medici fiscali e lavoratori saranno tenuti a rispettare le direttive dell'Istituto nazionale. I secondi, in particolare, nel caso in cui, al momento della visita non si trovassero nel domicilio indicato nella documentazione, andranno incontro a sanzioni.

Ecco le regole per il prossimo anno.

Dipendenti Statali

Vengono raggruppati all'interno di questo gruppo:

- i dipendenti statali,
- gli insegnanti,
- i lavoratori della Pubblica Amministrazione,
- i lavoratori degli Enti locali,
- i vigili del fuoco,
- la Polizia d Stato,
- le Asl,
- i militari

La reperibilità in questo caso è attiva 7 giorni su 7, comprese le giornate non lavorative, i festivi, i prefestivi e i weekend.

Per quanto riguarda le fasce orarie:

- dalle ore: 9.00 alle ore: 13.00,
- dalle ore: 15.00 alle ore: 18.00.

Nelle seguenti fasce orarie i

dipendenti statali devono rimanere presso la residenza indicata nella documentazione medica di malattia e attendere la visita del medico fiscale inviata dal datore di lavoro o dall'Inps.

Il vincolo di reperibilità decade in presenza dei seguenti motivi:

- 1) **malattie di una certa entità di cui necessitano curesalvavita.**
- 2) **Infortuni di lavoro.**
- 3) **Patologie documentate e identificate le cause di servizio.**
- 4) **Quadri morbosi inerenti alla circostanza di menomazione attestata.**
- 5) **Gestazione a rischio.**

Sono esenti anche i dipendenti che hanno già ricevuto la visita fiscale per il periodo di prognosi indicato nel certificato.

Dipendenti Privati

Per quanto riguarda i dipendenti privati permane l'obbligo di reperibilità 7 giorni su 7, ma cambiano gli orari:

- dalle ore: 10:00 alle ore: 12:00.
- dalle ore: 17:00 alle ore: 19:00.

Le eccezioni e le esenzioni precedentemente elencate per i lavoratori pubblici, valgono anche per i dipendenti privati.

Visite fiscali: le regole per il medico

Il medico fiscale ha il dovere di verificare le condizioni fisiche del paziente e di analizzare la patologia riportata all'interno del documento di malattia. In caso di necessità, potrà protrarre la diagnosi di 48 ore, variarla e sollecitare il dipendente a sottoporsi ad un controllo specialistico.

Visite fiscali: le sanzioni

Se, al momento della visita fiscale, il lavoratore non si trovasse all'interno della residenza segnalata nella certificazione e fosse sprovvisto di motivazione, non avrà più diritto al 100% retribuzione per i primi 10 giorni di malattia. Per i giorni seguenti invece la retribuzione scenderà al 50%.

Il dipendente avrà inoltre 15 giorni di tempo per comprovare la propria assenza ed evitare la sanzione sopra indicata.

Visite Fiscali: lo stipendio

Nel corso del periodo di assenza per malattia, lo stipendio diminuisce progressivamente alle fasce temporali:

- dall'inizio della malattia e fino al nono mese (incluso) la retribuzione sarà del 100%,
- dal 10° mese fino ad un anno di assenza la retribuzione sarà del 90%,
- dal 13° al 18° mese, la retribuzione sarà pari al 50%.

donne al lavoro

La guerra di tutti i giorni.

Maternità e lavoro in Italia

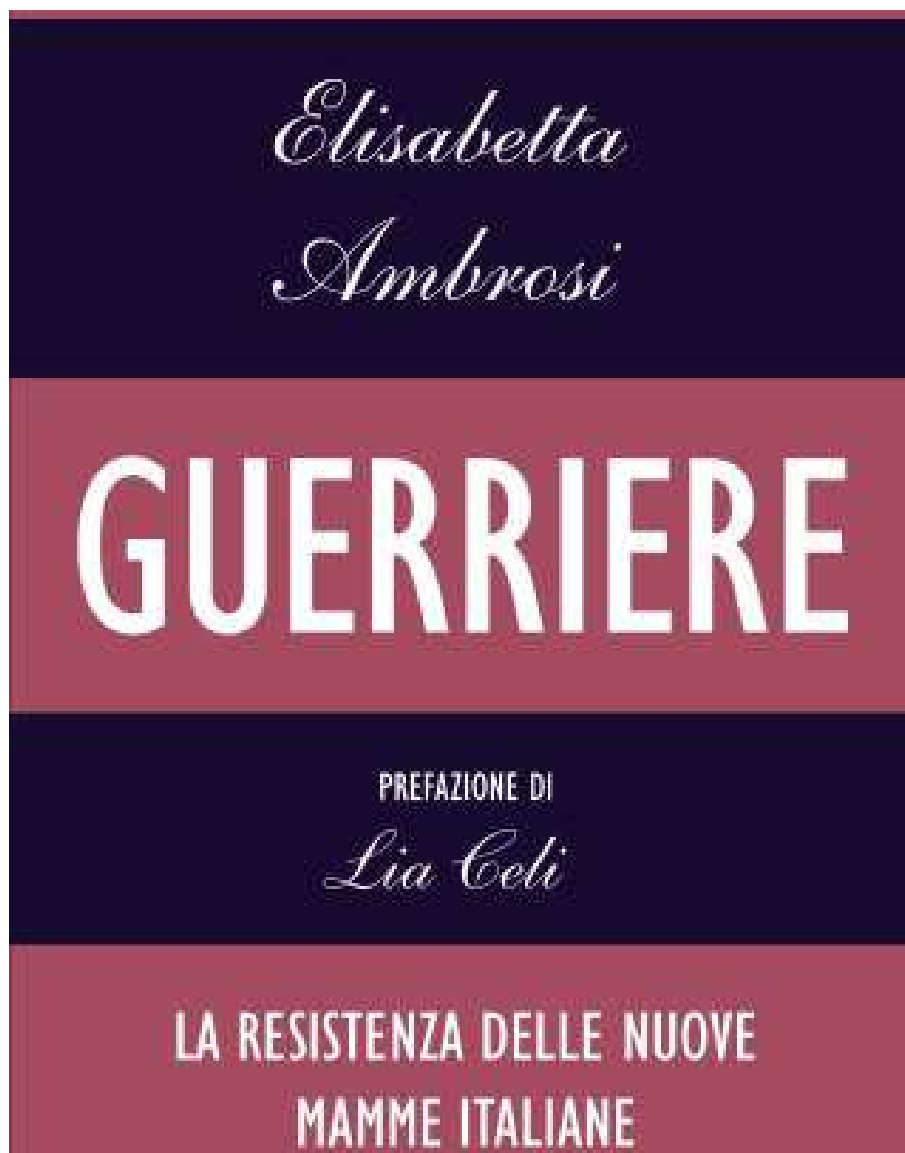
Gravidanze pianificate in base ai contratti di lavoro e alla loro scadenza. Il welfare diseguale e spesso irrisorio. I servizi insufficienti, o inesistenti in diverse zone del paese. Nonni sempre più indispensabili, ma al contempo sempre più anziani e bisognosi di cura loro stessi. Le tante battaglie quotidiane di chi, sempre meno, si azzarda a fare figli in Italia. Intervista a Elisabetta Ambrosi, autrice del libro Guerriere (Chiarelettere 2014)

Non è vero che di mamma ce n'è una sola, almeno se si parla delle mamme in lotta: con il mercato del lavoro, con i servizi e l'organizzazione che mancano, con il welfare praticamente inesistente, specie in certe zone del paese. Sono tante le Guerriere, titolo di un volume edito da Chiarelettere, a firma della giornalista Elisabetta Ambrosi. Sono di tanti tipi diversi quanti sono i contratti e le situazioni spiacevoli che l'attuale mercato del lavoro riesce a creare per le mamme, come emerge nelle tante storie riunite nel libro, raccolta di voci e testimonianze, quasi racconto corale di quali e quante campali battaglie comporti, in Italia, lavorare e essere madri. Ne parliamo con l'autrice

- Delle tante storie che hai raccolto, quale ti sembra la più emblematica della guerra tra maternità, lavoro e 'sabotatori' vari?

Quella di Maria, cui dopo la gravidanza non hanno rinnovato il contratto e che, pur in cerca di lavoro, si vede rifiutare un posto al nido per il bambino perché disoccupate, casalinghe e in cerca di lavoro sono messe sullo stesso piano dal suo comune di residenza. Come se una che cerca lavoro potesse tenere il bimbo tutto il giorno! E come se il nido non fosse uno strumento formidabile per i bambini, invece di un posto dove tenerli e basta.

- Perché un paragrafo è intitolato "dimmi che contratto



hai e ti dirò che gravidanza avrai"?

Perché oggi le donne pianificano i figli in base ai contratti. Perché le lavoratrici dipendenti, che pure hanno problemi enormi di conciliazione di tempi e cura, statisticamente oggi fanno più figli, mentre le lavoratrici autonome ricevono rimborsi

ridicoli per i mesi di gravidanza. E ci sono donne che addirittura cercano di pianificare una gravidanza in modo che non coincida con la fine del contratto.

- Come se non bastasse la disparità determinata dai

CONTINUA A PAG. 33

La guerra di tutti i giorni.

Maternità e lavoro in Italia

CONTINUA DA PAG. 32

contratti e dalle condizioni lavorative, c'è anche una cospicua differenza territoriale: dimmi in che città vivi...

Questo dato ormai è tanto incontrovertibile quanto assurdo. Il federalismo all'italiana si è tradotto in una giungla di diversità tra regione e regione, città e città, per cui è diversissimo, in termini di qualità della vita, essere madri a Bolzano o a Napoli.

Bisognerebbe forse tornare indietro, perché se un diritto è un diritto, dovrebbe essere tale su tutto il territorio nazionale, no?

- Quali nuove strategie di sopravvivenza hai registrato nelle tue indagini?

Le donne, e mamme, italiane sono vitali, creative, resistenti e abbastanza allegre, nonostante la condizione femminile in Italia non sia bella, tra stereotipi che resistono, lavoro frammentato, stipendi impari e servizi assenti. La principale strategia è, ovviamente, ricorrere al welfare familiare, cioè all'aiuto di nonni e suoceri. Non sempre è facile, comunque ci vuole umiltà e molta capacità di comunicazione e di relazione, nelle quali le donne eccellono. Poi c'è anche la capacità di organizzarsi tra madri, ad esempio a scuola, magari alternandosi nel prendere i figli a scuola. Gli esperimenti più nuovi e creativi sono quelli che riguardano il cohousing, famiglie che ristrutturano una casa grande e vivono insieme, o forme di welfare inter-familiare e gruppi di autoaiuto materiale che cominciano a diffondersi sempre di più.

- Si può sopravvivere senza nonni a portata di mano o è una

specie di utopia?

Beh, dal mio punto di vista di mamma fortunata, è dura, a meno che non si abbia davvero una grande disponibilità di risorse, perché sempre di più i servizi si comprano sul mercato privato, e costano molto, visto che le deduzioni - ad esempio per asili e baby sitter - sono ridicole.

L'alternativa spesso è che la mamma lascia il lavoro o non lavora, per dedicarsi totalmente ai bambini.

Ma questo, anche se soggettivamente può portare una relativa serenità, è un impoverimento sociale complessivo.



- Il bebè è un salasso, e nei difficili bilanci di coppie con lavori sempre più precari e mal pagati il figlio non ci sta materialmente. Tant'è che la statistica ha registrato un crollo delle nascite acutizzato dalla crisi. Come si barcamenano invece quelli che il bambino lo fanno nonostante il maggiore rischio di povertà?

Direi che il principale mezzo per difendersi dalla povertà oggi è... non fare figli!

La paura di non farcela materialmente spinge tantissimi uomini e donne a restare senza. Anche da questo punto di vista, quando il figlio c'è, le strategie sono molte

- vestiti usati, frutta e verdura comprata all'ingrosso, utilizzo condiviso della macchina e tante

altre cose ancora - ma il problema non sono solo le difficoltà materiali, ma soprattutto l'orizzonte, la prospettiva, che non è una prospettiva di fiducia e di speranza. Il lessico della crisi, fatto di tagli e tagli, spending review, risorse che mancano, fa peggio di cento euro in più al mese.

- Dunque per fare un figlio oggi ci vuole una buona dose di coraggio, mischiato forse a incoscienza. Si può passare dal diffuso "ma chi me lo fa fare", al "ce la posso fare"? E come?

Facendo prevalere il sentimento e il desiderio sulla ragione e sull'analisi razionale della situazione. Il problema è sempre questo, trovare un compromesso tra principio del piacere, fare un figlio, e principio di realtà. Molti dicono che per fare un figlio basta volerlo, ma solo in parte è vero. Riconoscere le difficoltà reali aiuta uomini e donne anche a non sentirsi colpevoli e sbagliati. Diciamo che la fase del "ce la posso fare" si sposta sempre più avanti, alla soglia dei quarant'anni quasi, ma alla fine fare figli sempre più tardi produce un boomerang. Basti pensare spesso ai nonni, che sono molto vecchi, e quindi non solo non possono aiutare ma magari hanno loro stessi bisogno di aiuto.

Non è solo una questione di sussidi materiali, di soldi, ma di percezione della vicinanza o lontananza delle istituzioni, anche quelle più vicine. Insomma spesso basterebbero cose come un parco curato sotto casa per aiutare le famiglie. Un altro esempio è il car sharing. Nella mia città, Roma, ce n'era uno del comune, mal funzionante e poco pubblicizzato.

Sono arrivate due aziende private che in pochi mesi hanno fatto più per le famiglie, guadagnando, di quanto non abbiano fatto tutti gli assessori alla mobilità. Un po' grottesco, no?

Gina Pavone

www.women.net

Uno dei tanti luoghi emozionanti del Gargano, da vivere pienamente dalla primavera a inizio autunno



L'agriturismo La Valletta si trova sul Gargano, a 15 minuti dal mare di Rodi Garganico e dal lago di Varano. La struttura è in agro di Ischitella su un colle panoramico immerso nella luce e nei suoni della natura. Una posizione ideale per visitare tutto il promontorio.

La struttura è stata ricavata ristrutturando con cura quattro antichi casolari ed è in grado di accogliere fino a 30 ospiti. Le camere sono tutte dotate di servizi e aria condizionata.

Gli ospiti possono accedere gratuitamente a numerosi servizi. Anzitutto alla grande piscina (26 x 15 metri) con idromassaggio a sei posti, che è una preziosa alternativa al mare nei giorni di vento. Compreso nel prezzo del soggiorno è anche l'utilizzo dei campi da tennis e calcetto e quello delle nostre mountain bike. Inoltre è possibile praticare il trekking o andare alla ricerca di funghi nel bosco di nostra proprietà.

A poca distanza dalla Valletta è possibile praticare la pesca sportiva e molte altre attività.

Nel nostro 'ristorante di campagna' utilizziamo essenzialmente prodotti freschi del Gargano. Il menù cambia sulla base delle materie prime che produciamo o acquistiamo di giorno in giorno. Questa filosofia ci ha permesso di essere segnalati sulla guida "Locande d'Italia" di slow food.

Gli ospiti possono scegliere tra servizio bed and breakfast, mezza pensione o pensione completa; arrivando non troveranno la strada asfaltata negli ultimi 1400 metri, non troveranno il televisore in camera e, anche se il nostro nome 'La Valletta centro del benessere' può ingannare, non siamo una beauty-farm ma un agriturismo.

Siamo molto amici degli animali pacifici e dei loro padroni attenti al rispetto degli altri ospiti.

**Il posto ideale
per chi cerca spazi d'accoglienza.
www.lavallettacentrobenessere.it**

La Valletta



INCONTRARSI FA BENE ALLA SALUTE
Per chi ritiene importante incontrarsi per non perdersi di vista, recuperare il valore dello stare insieme e della amicizia, per fare due chiacchiere in compagnia.

VEDIAMOCI a La Valletta Franco e Genny vi invitano a frequentare La Valletta per i vostri incontri, momenti di relax, fine settimana in compagnia, festeggiamenti, week-end romantici e con l'arrivo della bella stagione, per un tuffo in questo meraviglioso specchio d'acqua, in uno degli angoli più belli del Gargano.

Dal prossimo mese di aprile riapre il ristorante. Ristorante di campagna che, ad un costo onesto, offre una cucina tradizionale, con prodotti freschi, olio extra vergine di nostra produzione e la cottura ... prende tutto il tempo che ci vuole per esaltare il gusto dei piatti.

Grazie a questa filosofia siamo presenti da anni nella guida 'Locande d'Italia' di Slow-food



Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

*e ti chiedi come poter vivere appieno
il fascino le tradizioni, la storia, gli usi
e i costumi di questa meravigliosa terra?*

*Siamo a MONTICCHIELLO di PIENZA (Siena),
stupendo borgo medioevale inserito
nel Parco artistico, naturale, culturale
della Val d'Orcia,
una valle che per le sue geometrie e
le sue vedute straordinarie è dal 2004
Patrimonio Mondiale dell'Umanità.*



**Podere Rigopesci 8 53026
Monticchiello di Pienza (Siena)
348 7606465**

Visita il sito: www.podererigopesci.it

Vai a Roma per piacere o per lavoro?



Viale Anicio Gallo 196/C2

00174 Roma

Tel. 06 455 556 35 - 329 116 22 03

Fax 06 972 598 38

info@acquedottiantichi.com

www.acquedottiantichi.com

*Acquedotti Antichi Bed and Breakfast,
il binomio economicità e qualità,*

l'accoglienza senza sorrisi di convenienza.

*Per chi non ha artificiose pretese da anemici hotel a 5 stelle,
è l'ideale. Situato in una zona tranquilla e gradevole
a 15 minuti dal centro e attaccato allo splendido e immenso
parco dell'Appia, il B&B eccelle nella gestione:
simpatia, cultura e disponibilità funzionale
ad una permanenza piacevole.*

Recensione di f.c.

Per fornire un supporto alle tante persone obbligate dalla crisi a rinunciare a curarsi, alle famiglie, agli anziani, ai genitori di bambini che hanno il diritto di crescere sani.

Il circolo di Nichelino di Rifondazione Comunista

DENTISTA SOCIALE

a TORINO qualità e giusto prezzo
50% in meno dei prezzi di mercato
30-40% in meno delle tariffe pubbliche
Preventivo gratuito
333.3391309 - 339.6735043



inserzione concessa gratuitamente

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà

café REBELDE



Sono disponibili su ordinazione i sacchetti di cotone per i pacchetti da 250 gr. di caffè rebelde macinato. Il prezzo unitario è di 2,50 Euro. In coppia con il pacchetto di caffè in confezione regalo il prezzo è di 5,00 euro totali. Per info e contatti: info@caffezapatista.it tel / fax 02 64100541 cell. 320 2160435

officina
AURORA
l'autosicurezza

via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

mestiere e onestà

IDRAULICA STAGLIANO'

Telefono 327.6546432

preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

Nuovo ctc

Vendita pneumatici autoveicoli motoveicoli
convenzioni con noleggi a breve e renting
Tagliandi in sede
via Monte Novogno, 13 - 10137 Torino
Tel./Fax 011.3119829
e-mail: info@nuovoctc.com
web: www.nuovoctc.com

inserzione concessa gratuitamente

LAVORO E SALUTE: TEMI ATTUALI

Dal lavoratore edile ultrasessantenne che deve ancora salire sui ponteggi, all'infermiera anziana che deve fare i turni di notte

INVECCHIAMENTO E LAVORO

INTERVISTA
AUDIO AL DOTT.
RINALDO GHERSI,
MEDICO DEL
LAVORO ED
ERGONOMO.

Intervista al Dott. Rinaldo Gheresi sul tema dell'invecchiamento e lavoro. L'innalzamento delle aspettative di vita e le modifiche delle norme previdenziali costringono al lavoro centinaia di migliaia di persone in condizioni lavorative pesanti che richiedono spesso performances che sono adatte a persone più giovani.

Dal lavoratore edile ultrasessantenne che deve ancora salire sui ponteggi, all'infermiera anziana che deve fare i turni di notte, al macchinista maturo che deve portare con concentrazione un treno a più di 200 chilometri all'ora, all'operaia metalmeccanica alla linea di montaggio... Potremmo continuare con molti altri esempi di lavori che per lavoratori e lavoratrici anziani divengono ogni giorno sempre più penosi e diviene sempre più difficile per loro fare fronte alle richieste di performances che divengono insostenibili.

Per realizzare un vero cambiamento occorrerà ripensare l'organizzazione del lavoro, l'organizzazione sociale e nuove forme di ammortizzatori sociali, un percorso comunque abbastanza lungo per affrontare problemi di penosità del lavoro che già vengono vissuti con sofferenza oggi...

In questa intervista (www.diario-prevenzione.it/podcast/Interv_ghersi_220115.wav) il Dott. Rinaldo Gheresi, coordinatore del Gruppo di Lavoro su Invecchiamento e Lavoro costituito presso la Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione, fa il punto sullo stato dell'arte dei lavori e sulle iniziative che si stanno mettendo in cantiere per orientare un approccio corretto a questo tema.

I documenti, le relazioni e i report sui lavori del Gruppo sono consultabili sul sito della C.I.P



I PRIVILEGIATI DEL MERITO

Il merito? Una variabile derivata. La meritocrazia? La negazione del merito. Nel pamphlet di Carmelo Albanese "Il feticcio della meritocrazia" tutti i paradossi dell'ideologia meritocratica. L'autore, in modo logico-formale, ne dimostra l'inconsistenza, paragonando la meritocrazia a una religione.

Per Young la meritocrazia è sinonimo di un potere arbitrario in un sistema che tende ad autodistruggersi. Più che un sistema efficiente, la meritocrazia indica l'attitudine di una classe dominante che rende i suoi esponenti impermeabili ad ogni critica o a slanci verso una redistribuzione sociale che non sia quella imposta dall'interesse di classe.

Young sostenne che la meritocrazia non serve a migliorare le prestazioni di un sistema, ma semmai a peggiorarle in una burocrazia kafkiana. Essa afferma il senso di superiorità basato sul privilegio della proprietà, sulle rendite di posizione e sulla centralità acritica e indiscutibile dell'impresa.

La meritocrazia serve "ad alimentare un business che va di moda - scrive Young - Se i meritocrati credono che il loro avanzamento dipende da ciò che gli spetta, si convinceranno che meritano qualsiasi cosa possono avere". La meritocrazia è considerata dalle retoriche dominanti il rimedio di ogni male.

L'autore del libro ci mostra tutti i paradossi.



IL FETICCIO DELLA MERITOCRAZIA

“Da ognuno secondo le proprie capacità, a ciascuno secondo i propri bisogni” (Karl Marx)

“Nessuna società fondata sul merito può sopravvivere. Meno mai che mai può farlo se ricorre alla meritocrazia”. Così nella premessa del libro di Carmelo Albanese, edito dalla Manifesto libri, presentato il 20 dicembre da Fabio Sebastiani che ha intervistato l’autore, presso la “BiblioGramsci” (circolo Prc Tufello). “Il feticcio della meritocrazia” un saggio di logica pura e talmente illuminante che leggendolo tutto (e occorre impegnarsi) non si può che condividere “in toto”. E verrebbe anche voglia di issare la bandiera della rivoluzione contro le politiche “made in Italy”, che nell’ultimo decennio, almeno, “hanno esclusivamente premiato il demerito e valorizzato sistematicamente l’incapacità individuale”. Cos’ha prodotto il sistema meritocratico in atto? Corruzione e prepotenza e ne siamo sommersi. E ce lo vorrebbero far passare per buono, per utile, per giusto.

In un’articolata elucubrazione logico-formale, Albanese spiega nel suo saggio le differenze fra attitudine e merito e come una società basata sulla meritocrazia può finire alla deriva, sfociando necessariamente nella corruzione. Ha attitudine talentuosa un artista, uno scrittore, un politico, un medico e via dicendo, che riesce a fornire un valido contributo alla comunità. Ed è un riconoscimento oggettivo, al di fuori di ogni variabile legata a tempo luogo e contesto.

Albanese: “Il fatto che la valorizzazione e l’utilizzo delle capacità individuali, secondo le inclinazioni personali, non sia stato messo in pratica nelle nostre comunità è una forma di delirio particolare. Un drammatico incidente di percorso lungo la via del buon senso”. Nel saggio una serie di ragionamenti concatenati abilmente, seguendo l’iter di una logica inchiodante, assioma e verifica, a dimostrare quanto il merito sia un’invenzione e la meritocrazia una mera religione, l’unico pseudo valore che può indurre a crederci. Cosa s’intende per merito? “In una comunità-spiega lo scrittore- si decide di realizzare un progetto e si constata la bravura di un partecipante. La follia è pensare che su questa constatazione si possa impostare qualcosa di strutturato. Che su quel merito particolare si possa costruire il sistema di reclutamento degli insegnanti o dei baristi. Il merito, infatti non può essere un valore assoluto, ma una variabile”.

Ed avvalorare questa tesi l’autore indica tre variabili di base: il tempo, lo spazio e la comunità di riferimento. Il meritevole lo è in quel tempo, in quel luogo e per quella comunità. Nessuno può dare



certezza dello stesso merito in situazione diversa. Le variabili sono infinite e quindi il merito è un valore relativo. L’autore affronta il tema della “religiosa” meritocrazia, smontando le credenze con la medesima logica. Dal merito una comunità di giudici imposta delle regole per farne una struttura sociale. Ma chi giudica la meritevolezza dei giudici? Un’altra commissione? E si dovrebbe procedere così all’infinito senza mai ottenere un valore assoluto. Ne deduce l’autore, dopo inconfutabili assiomi, che la meritocrazia è una fede a cui bisogna credere indipendentemente dalla ragione e inevitabilmente porta alla corruzione “Nei sistemi meritocratici trionfa solo la categoria statica e inviolabile del potere. Nelle società meritocratiche il potere viene conferito a certi individui attraverso il premio al merito, supposto ma non reale perché considerato costante e non variabile. Gli individui a cui viene dato il premio al merito, inizialmente sono stati meritevoli di qualcosa in un certo contesto riferito a delle variabili, ma poi entrano nel meccanismo meritocratico dimenticando il merito”.

È sicuramente, quella di Albanese un’analisi del merito e della meritocrazia quanto mai calzante sul nostro sistema sociale a liberismo avanzato che valorizza il merito strutturale fino a farne un punto cardine in Italia e in tutto l’Occidente.

Come uscirne? Un consiglio dell’autore: “Molto semplice. Basterebbe usare il cervello”!

Alba Vastano

9/1/2015 www.lacittafutura.it

Il sapere è salute

I DANNI DELLA SCUOLA AZIENDA, PROPRIO COME STIAMO SPERIMENTANDO CON LA SANTA'.

Scuola e Salute sono beni necessari per l'individuo e per la collettività.

La BUONA SCUOLA, progetto renziano, indica la fine della scuola pubblica. "Il pubblico è speco, il privato è necessario ed ineludibile".

La "graziosa riforma", laboratorio di idee ideate e pensate da Confindustria è sempre più distanti ai reali bisogni dell'infanzia, del bambino dell'adolescente, del ragazzo che ogni giorno affronta il "Bosco Scuola". Renzi e la Ministro Giannini non sanno, meglio fingono di non sapere, che molti bambini parlano due lingue che sanno suonare uno strumento musicale che praticano sport, che sognano il futuro come lo abbiamo sognato noi tanti anni fa.

Il vuoto cosmico di idee ci farà dissipare un patrimonio pedagogico inestimabile che la Scuola Pubblica ha dato alle giovani generazioni, ovvero quello di incontrare insegnanti e diventare adulti pensanti.

Loro vogliono bambini "graziosi", "adolescenti oppressi", "adulti sottomessi e silenti". Nel febbraio 2014, non appena insediata al Miur (Ministero dell'Istruzione- Università-Ricerca, la parola pubblica è stata tolta), Stefania Giannini ha da subito sottolineato come la scuola sia da tempo una spesa e non un investimento del paese e che la governance della scuola va dunque rivista, così come il Testo Unico del 1994. Il profilo della scuola che emerge dalle Linee programmatiche, diffuse dal Miur nel marzo 2014, è tutt'altro che confortante: nuove e ancora poco chiare norme di reclutamento, maggiore apertura alle scuole private, rafforzamento del concetto aziendalistico della scuola, inserimento dell'alternanza scuola-lavoro, etc..

In quest'ottica, "La Buona Scuola" presentata da Renzi appare come il naturale prodotto di tale visione. Ciò è particolarmente evidente se si guarda all'identikit del docente meritevole in esso tratteggiato: colui che, oltre all'orario canonico di servizio, svolgerà corsi di recupero, di approfondimento, sarà disponibile a sostituire i docenti assenti, senza alcuna retribuzione.

Nulla è didattico e pedagogicamente determinato nella BUONA SCUOLA.

E la Buona Scuola è solo l'ultima tappa del processo di riforma della scuola italiana avviato da Luigi Berlinguer, Ministro della Pubblica Istruzione da maggio del 1996 ad aprile del 2000 animato pure lui dal principio dell'autonomia scolastica, privatizzazioni, Dirigente-Manager aprendo la

Il Tablet al posto dei libri cartacei, pare un'innovazione e un incentivo a studiare. E' tutto falso, leggono e riflettono di meno e saranno presto pazienti dei servizi sanitari, ovviamente privati secondo il disegno del governo, con ulteriori spese collaterali per le famiglie.



strada a chi lo ha succeduto garantendo "la scuola azienda" competitiva sul mercato globale dell'istruzione.

Con la Riforma Gelmini nella scuola superiore di II Grado abbiamo alcune classi sperimentali dove gli alunni non hanno più il piacere di sfogliare un libro, ma il Tablet della Apple dato in comodato d'uso. Gli studenti per cinque o sei ore ogni mattina seguono la lezione su questo piccolo strumento, mentre il docente spiega ed interagisce con la LIM (lavagna multimediale interattiva). Nel pomeriggio lo studente studia diverse ore sul Tablet.

Anche Renzi e Confindustria concordano sull'uso del Tablet. Il futuro Manager può non aver studiato Edoardo Sanguineti, potrebbe appassionarsi di un dissidente di sinistra e diventare un adulto "pericoloso", ma è d'obbligo saper usare il Tablet se poi è della Apple è la retta via che verrà determinato il suo status.

Nulla importa se avrà problemi di salute dovuti a questo strumento, la sanità privata lo curerà! Le multinazionali americane del farmaco non hanno alcun problema, sono sempre in agguato, e se non avrà le possibilità economiche il pubblico non assolverà al suo "problema".

E' particolarmente inquietante vedere come la tecnologia domini l'uomo nella società liberista, consumistica e globalizzata.

Questo è il modello di società che si sta concretizzando.

PRIVATO è BELLO e INELUDIBILE

Marilena Pallareti

Insegnante

Associazione Attac

TV, giornali, web L'ignoranza degli italiani

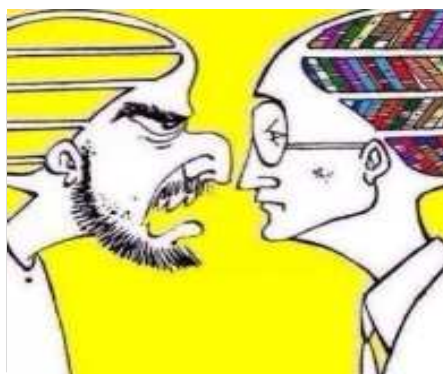
L'Italia ha il dubbio primato di paese peggio informato. Un risultato preoccupante perché il grado di informazione sulla realtà circostante è un elemento vitale per stabilire le priorità e aiutare i cittadini a valutare l'efficacia delle politiche pubbliche. Le "colpe" dei media poco indipendenti.

GLI ITALIANI E L'INDICE DI IGNORANZA

Diceva lo scrittore e medico umanista François Rabelais che l'ignoranza è la madre di tutti i mali. Se credessimo ai ricercatori britannici di Ipsos Mori, secondo il cui sondaggio internazionale gli italiani risultano i peggio informati sulle caratteristiche di base del proprio paese, avremmo ottime ragioni per preoccuparci ulteriormente.

L'indagine si basa su interviste a un campione di oltre 11 mila individui in quattordici nazioni ad alto reddito per misurare le percezioni su caratteristiche sociali, demografiche ed economiche del proprio paese, quali la percentuale di immigrati, il tasso di disoccupazione, la percentuale di musulmani e di cristiani e l'affluenza elettorale alle ultime elezioni.

L'Italia conquista il dubbio primato di paese peggio informato, seguito dagli Stati Uniti e dalla Corea del Sud. I più informati (o meglio i meno 'ignoranti') sono tedeschi e svedesi. Il risultato è preoccupante visto che nelle democrazie il grado di informazione sulla realtà circostante è un elemento vitale per stabilire le priorità di politica pubblica e aiutare i cittadini a



valutare l'efficacia delle politiche pubbliche.

LA QUALITÀ DELL'INFORMAZIONE

Oltre a misurare la libertà e l'indipendenza delle testate e dei giornalisti, l'indice prende in considerazione anche la trasparenza della regolamentazione dei media da parte del legislatore e dell'esecutivo e il grado di concentrazione della proprietà dei mezzi di informazione.

L'Italia, la Polonia e la Corea hanno indici di libertà di informazione tra i più bassi e livelli d'ignoranza tra i più alti del campione. Esattamente il contrario di Svezia, Germania e Giappone.

Quando il giornalismo non è pienamente indipendente dal potere politico ed economico e la legislazione che regola i mezzi di informazione non è trasparente, stampa, tg e nuovi media non informano i cittadini adeguatamente anche su temi sociali e politici di centrale importanza per la società. E visto che gran parte dei cittadini attingono queste informazioni principalmente dai media (tradizionali), finiscono per essere male informati. Suona familiare?

18/1/2015 Stralci da
www.lavoce.info

Denigrare l'ipocrisia

Antonio Recanatini

"Imparerai a tue spese che nel lungo tragitto della vita incontrerai tante maschere e pochi volti." Questo monito di Pirandello è sulla bocca di tutti, scrittore che più di ogni altro ha denigrato e deriso l'ipocrisia. Nell'introspezione del personaggio Pirandello ha sempre tracciato la povertà d'animo umana di fronte alla propria tragedia, infatti l'ipocrisia imperante è lo strumento migliore per valutare una società. Solitamente uomini e donne preferiscono parlare dell'ipocrisia degli assenti, in quel momento scovano anche le pagliuzze nascoste, tanto per usare un termine biblico. Questo perché la nostra ipocrisia è sempre presente nel percorso; spesso evitiamo di analizzarla, perché la maschera con cui l'affrontiamo potrebbe rivelarsi più falsa del previsto. L'ipocrisia è una costante e non una deviazione. Confondersi con la rabbia della gente è un esercizio dannoso per chiunque, specie per chi vive di scrittura. Molto spesso le persone confessano solo privatamente malessere e sfiducia. In pubblico hanno tutti una parte da interpretare, spesso in contrasto con quel che duole in privato. Denigrare l'ipocrisia significa svalutare l'uomo, denigrare l'ipocrisia significa accusare l'umanità, per questo le religioni parlano d'ipocrisia, ma si guardano bene dal combatterla. Ipocrisia è un termine regalato dal greco, *Ypokrisis*, quindi finzione, simulazione; con questa parola indicavano gli attori della commedia, soprattutto i secondi attori, quelli che imparavano a memoria il copione e provavano a imitare i gesti e i modi del primo. L'ipocrisia è la simulazione della bontà, è la risata che nasconde il pianto o viceversa, è il saluto pacioso e falso di chi il giorno prima parlava male di voi, della vostra stessa ipocrisia. L'ambiguità è nata con l'uomo e morirà con lui, dentro la stessa tomba. Tendere al miglioramento è l'obiettivo, senza, però, simulare. Ricordo un seminario presieduto da un direttore didattico in cui asseriva che l'ipocrisia è ormai un bisogno. Su questo possiamo obiettare, semmai è una necessità, non mai una virtù. Incoerenza, ambiguità, ipocrisia, falsità, cinismo, malvagità provengono dallo stesso rubinetto, non siamo obbligati a bere, con un po' di fatica e con qualche stento di troppo, possiamo arrampicarci fino alla sorgente e sarà tutto un altro bere. Non è una scelta consigliabile, concordo, ma siamo tutti ancora in cammino. Denigrare e combattere l'ipocrisia significa mettersi in discussione e accettare la condanna prevista, sempre meglio dell'essere condannati ogni giorno a mettere una maschera diversa. Se tutto ciò vi sembra impossibile, imitiamo i poeti, ogni tanto lasciamo tutte le maschere sotto il letto.

Come i socialnetwork modificano la capacità di entrare e connetterci materialmente con i vari contesti sociali. Come con tali trasformazioni rischiamo di farci trovare impreparati di fronte ai profondi cambiamenti sociali.

C@mbia-menti

Un tempo l'adolescente italiano di sinistra aveva modelli esterni e interni che coincidevano.

Potevano essere Che Guevara o musicisti di spessore, leggeva avidamente e passava parte del suo tempo chiuso in una camera a suonare la chitarra o a pensare.... e... a masturbarsi, come avrebbe detto Guccini.

La crescita avveniva prevalentemente in un privato raccoglimento, tra dischi e letteratura, in ascolto di un corpo in trasformazione, osservato, misurato, percepito nella temperatura, nei suoi odori, nelle forme che cambiavano.

Privato significava intimo, era il luogo della riflessione, del comporre, modellare, plasmare il pensiero alla ricerca di una coerenza di sé, spesso poetica, intellettuale. I vissuti venivano scritti in luoghi riservati e servivano a capire i propri pensieri, erano un prendere forma.

La relazione era un bisogno. Si passava tantissimo tempo con gli amici, con i coetanei, come risorsa per riconoscersi in una ricerca di crescita, di pensiero con una forma definita, che delimitasse se stessi come interi, interi unici ma comprensibili, magari attraverso la

poesia di un linguaggio fortemente caratterizzato da modelli innovativi, nuovi, provocatori, distinti, diversi e comprensibili nella loro giovane, nuova vitalità espressiva.

Gli ormoni dettavano legge nella costruzione delle relazioni, finalizzate all'urgenza del contatto sensoriale, intimo e intimistico. Il sesso era prima di tutto scoperta di sé, incontro con l'intimità e il calore dell'altro come mistero vivo e pulsante, odoroso, caldo.

Il contatto tra i generi avveniva attraverso lo sguardo e il desiderio assecondava la ricerca di linguaggi del corpo, lo stesso abbigliamento che consentiva di farsi riconoscere in un ideale politico di cui si sposavano pensieri, scelte, i codici di comportamento.

C'era una spinta alla relazione con l'altro, con gli amici da incontrare al muretto, con l'altro sesso, l'attrazione, la ricerca di un possibile contatto che consentisse di riempire quel vuoto, quel confine nuovo che lo sviluppo aveva modificato. Il pensiero era la risultante del desiderio di contatto, era concetto successivo alla ricerca del prendere forma.

Ognuno era senso. Il corpo era senso.

Il senso era discendente dall'intelligenza della sensorialità, dalla riflessione finale, dal capire cosa i sensi portavano alla luce in forma di pensiero.

Fusione tra pensiero e sensi, contatto, sguardo, odori, calore, la percezione si sintonizzava sull'altro e viceversa, l'intelligenza corporea era molto più raffinata per quanto iniziasse già ad essere vittima di modelli esterni, ancora si cercava di essere unici, diversi, autentici, veri e nella propria autenticità capaci di sedurre il contesto, con la propria personale differenza.

Il contatto era nella presenza, nello spazio del corpo in movimento, nel sentire la complessità materiale, fisica e reale dell'altro, la consistenza del corpo vivo.



E' ora? Il pensiero è il risultato dell'esperienza? Come cambia il

CONTINUA A PAG. 43

DEBORAH CARTA



E' psicologa, psicoterapeuta, psicofisiologa clinica ed arteterapeuta. Laureata in Psicologia Clinica e di Comunità, Specializzata in Psicoterapia Psicanalitica dell'Infanzia, Adolescenza e Coppia e in Psicofisiologia Clinica integrata e Artiterapie. Sarda, esercita la libera professione a Sassari e Cagliari; è vicepresidente dell'associazione Ebagiara - <http://ebagiara.jimdo.com/> - Centro per la sostenibilità ed il bene-essere in ambiente urbano.

Si occupa di relazione tra mente, corpo e ambiente; lavora alla crescita dell'individuo, alla costruzione della relazione tra individui, alla costruzione del gruppo, alla relazione del gruppo con il contesto sociale, umano e professionale.

Progettista in contesti multiproblematici. È animatore/facilitatore degli incontri con tecnica EASW e applicazione di metodologie esperienziali innovative, progettazione esecutiva del percorso, esperto in gestione di gruppi di lavoro, costruzione di reti di collaborazione e cooperazione tra attori sociali, operatori economici ed organismi pubblici, di reporting ed analisi risultati, di networking post- eventi e supporto disseminazione sul WEB.

www.deborahcarta.altervista.org/chi-sono.html

C@mbia-menti

CONTINUA DA PAG. 42

sentire? Siamo presenti a noi stessi e quanto? Cambia e come il corpo forgiato in un'epoca così distante da quel tempo? Come si sta evolvendo la relazione umana? Che tipo di interazione si svolge all'interno della presente generazione e tra generazioni diverse?

Sono queste domande che sorgono vivamente dall'attuale contesto sociale e relazionale, da chi vuol comprendere pienamente questo passaggio epocale per tutti.

Si esaminerà come i socialnetwork, i blog e altri strumenti virtuali modifichino la capacità di entrare in contatto con la profondità di noi stessi e dell'altro nei vari contesti sociali per essere vigili su come tali trasformazioni possano disumanizzarci e farci trovare impreparati di fronte ai profondi cambiamenti sociali conseguenti alla modifica della relazione.

Sarà questa la materia prevalente delle prossime occasioni di incontro all'interno della rubrica che troverete nel prossimo numero rivolta a chi, tra i lettori, desiderasse confrontarsi su tali temi.

Cordiali saluti

Deborah Carta

**La rubrica su
Lavoro e Salute**

"OCCHI DI CANE AZZURRO"

"Occhi di cane azzurro" il titolo di un insieme di racconti di Gabriel Garcia Marquez in cui si mischiano sentimenti e sensazioni diverse, storie lontane e distorte ma comunque legate da un sottile filo di azioni e significati.

Perché questo titolo per una rubrica psicologica?

Perché vogliamo osservare insieme e con lo sguardo terso di un cane, empatico e profondo ma ingenuo ed esplorativo mentre ci accompagniamo a voi in una strada di ricerca emotiva e psicosociale.

Siamo abituati a vivere molestati da televisioni, pubbliche e commerciali pari sono, che urlano impazzite quando vanno in onda le pubblicità o quando durante i talk show i partecipanti non sanno esprimersi come umani e gridano tra loro; gli altoparlanti dei supermercati che c'impongono consigli per gli acquisti accompagnati da petulanti musiche; le suonerie dei cellulari invadenti, in ogni luogo collettivo: tram e metro, bar e ristoranti, nei quali siamo costretti a condividere ogni stupidaggine e fatto personale.



Il recupero del silenzio

Tra i diversi tipi d'inquinamento ambientale uno dei più sottovalutati è quello acustico. Eppure l'eccesso di rumore crea danni alla salute, può provocare ipertensione, malattie vascolari, stress, aggressività, depressione e stanchezza.

L'inquinamento acustico, secondo le statistiche, penalizza sia la salute che la qualità della vita del 25% della popolazione europea.

Tutti abbiamo bisogno del silenzio, importante ed essenziale come l'aria che respiriamo e l'acqua che beviamo, eppure sembriamo assuefatti, rassegnati e non ci accorgiamo di come la nostra vita sia immersa in un tunnel di rumore quotidiano.

Di giorno i clacson, i cellulari, le motociclette senza marmitta, i lavori nei cantieri, la notte la violenza che subiamo in tanti assediati dal caos della vita notturna. Un "rumore di fondo" costante e ineluttabile.

Siamo abituati a vivere circondati da scatole che emettono suoni: le televisioni, che urlano impazzite quando vanno in onda le pubblicità o quando durante i talk show i partecipanti gridano tra loro, gli altoparlanti del supermercato che trasmettono i consigli per gli acquisti in mezzo a brani musicali di dubbio gusto, i cellulari con le loro suonerie invadenti, le macchine con i clacson isterici o gli antifurti maleducati, infine, la notte, le casse acustiche dei locali che vomitano a volume altissimo musica e voci distorte di cantanti improbabili.

Tutto un insieme di cattive abitudini, di maleducazione e di mancanza di rispetto verso il prossimo che si traduce nel tipo d'inquinamento più difficile da debellare. Ritengo però che sia anche il più significativo dell'epoca in cui viviamo, circondati dalle più potenti armi di distrazione di massa. Non accorgersi di essere sottoposti a una tale violenza equivale ad entrare in un posto puzzolente e non accorgersi più del cattivo odore. Andiamo in giro con questa costante puzza sotto il naso senza farci più caso: dal dentista, dal fisioterapista, dall'estetista, all'aeroporto, al bar, al ristorante, ovunque siamo costretti a sentire una musica che non abbiamo scelto, che ci viene imposta come riempitivo di qualcosa (del nostro tempo? delle nostre pause? dei nostri pensieri?) che magari vorrebbe soltanto essere lasciato vuoto, assenza, silenzio.

La musica così offerta si traduce in rumore e il rumore ci impedisce di essere, di essere il nostro pensiero, il nostro tempo, la nostra concentrazione, il nostro silenzio interiore. Come possiamo difenderci?

Un gruppo d'intellettuali, tra cui gli scrittori Niccolò Ammanniti, Paola Mastrocola, il maestro Salvatore Accardo, il filosofo Remo Bodei, oltre giornalisti, docenti accademici e tanti altri hanno sottoscritto un appello intitolato "Ridateci il silenzio".

www.mezzocielo.it/

L'ultimo libro di Paolo Vineis *Salute senza confini*. Le epidemie al tempo della globalizzazione (Codice edizioni, pp. 130, euro 10,90) merita di essere letto. Gli otto capitoli del libro tracciano efficacemente la concatenazione di eventi che incidono sulle condizioni di salute in conseguenza della globalizzazione: le modificazioni delle politiche industriali, delle abitudini, soprattutto alimentari, dell'organizzazione sociale, del clima.

I grandi cambiamenti demografici stanno determinando lo sfruttamento intensivo delle risorse naturali disponibili, tanto da poterne ipotizzare, a lungo termine, l'esaurimento; mentre la redistribuzione dei fattori di rischio nella popolazione e le loro complesse interazioni, avranno ripercussioni rilevanti sulla salute, solo in parte prevedibili.

Gli scenari che si aprono sono problematici, o addirittura, sotto gli assunti più pessimistici, inquietanti; la complessità delle possibili interazioni negative ha infatti per conseguenza la difficoltà del controllo.

Emergono comunque alcune certezze. È chiaro che a fare le spese di questi mutamenti sono soprattutto i paesi a più basso reddito ed i gruppi sociali più deboli. È altrettanto chiaro che i problemi che oggi minacciano la salute sono senza confini e che per ottenere la salvaguardia di quella che viene definita la salute globale occorreranno misure globali.

In Occidente stanno dilagando le malattie dovute agli stili di vita della società del benessere e, nel contempo, a causa dei cambiamenti climatici, è concreta la minaccia di diffusione di malattie trasmissibili già debellate o sconosciute alle nostre latitudini; nei paesi a basso reddito si sta invece verificando la transizione epidemiologica, con una rilevanza sempre maggiore delle malattie cronico degenerative, ma le nuove epidemie che si stanno affacciando in queste aree, come il cancro, non troveranno sistemi sanitari in grado di fronteggiarle.

Malattie industriali

Gli effetti della globalizzazione sull'alimentazione sono poi di grande rilievo: viviamo infatti in un'epoca in cui c'è più sovrappeso che denutrizione nel mondo e non era mai stato così

I virus letali della globalizzazione

Epidemie. Al centro del volume «Salute senza confini» dell'epidemiologo Paolo Vineis le politiche sanitarie per contenere la diffusione di Ebola e Sars. L'omologazione alimentare favorisce l'obesità e il diabete, ormai ritenute malattie dei poveri



prima d'ora. Nei paesi industrializzati, come l'Italia, la dieta rappresenta il principale fattore di rischio associato a mortalità prematura (Gbd, Institute for Health Metrics and Evaluations); l'obesità e l'epidemia di diabete sono tra i maggiori problemi sanitari a cui oggi ed in futuro dovranno far fronte in questi paesi, ma anche quelli a basso reddito ne sono coinvolti.

Il libro chiarisce alcuni meccanismi nella genesi di questo fenomeno di grande portata e di difficile controllo: la trasformazione industriale dei cibi e maltrattati, l'urbanizzazione che induce maggior consumo di cibi industriali e minor esercizio fisico, il conflitto con il mondo economico e del lavoro che tollera poco qualsiasi politica tesa a contrastarne il consumo.

L'analisi sulle conseguenze dei cambiamenti climatici è particolarmente approfondita e vengono sottolineati alcuni dei principali effetti: la scarsità d'acqua che produrrà in alcune aree del pianeta la riduzione dei raccolti e come conseguenza la crescita dei prezzi e l'aumento della povertà, i cambiamenti nella distribuzione delle malattie trasmesse da vettori, soprattutto della malaria, in diverse regioni del mondo, le interazioni fra cambiamenti climatici e le migrazioni delle popolazioni. Quello che colpisce è l'incertezza di

previsione del panorama che avremo davanti in termini di conseguenze sulla salute.

Negazionismo globale

Gli effetti dei cambiamenti del clima, infatti, sono di difficile comprensione e, secondo l'autore, richiedono «modelli causali complessi», poiché molteplici sono i meccanismi diretti ed indiretti attraverso i quali incideranno sulla salute delle diverse popolazioni. Quello che è certo è che le modificazioni del clima causate oggi dalle emissioni di gas serra prodotte dai paesi più ricchi, avranno conseguenze più gravi sulla salute delle popolazioni dei paesi più poveri.

L'Africa è ritenuto il continente più vulnerabile a questi cambiamenti: l'innalzamento delle temperature sarà associato ad un decremento dei raccolti agricoli con conseguente aggravamento della malnutrizione della popolazione, la crescente siccità, insieme all'aumento demografico, esaspereranno la scarsità di risorse idriche.

Nel libro vengono documentate evidenze che contrastano fortemente il negazionismo sul riscaldamento globale: il caso del Bangladesh, ad esempio, dove a causa dei cambiamenti

I virus letali

CONTINUA DA PAG. 44

climatici in atto si è verificato l'ingresso di acqua marina nei canali fluviali determinando la salinizzazione del territorio costiero, con un impatto sulla salute nella popolazione dell'area in termini di aumento di ipertensione e di gestosi (Vineis e Khan).

La variabilità delle possibili reazioni a questi mutamenti ci porrà dunque di fronte a fenomeni incontrollabili?

È di rilievo a questo proposito il richiamo di Vineis al mondo della ricerca, attualmente troppo frammentario per poter inquadrare adeguatamente la complessità degli effetti dei cambiamenti climatici.

È importante anche l'analisi dei principali meccanismi attraverso cui la globalizzazione tenderà ad amplificare le già esistenti disuguaglianze di salute all'interno di una stessa popolazione e quelle tra paesi ricchi e paesi poveri (aumento delle differenze socioeconomiche, del differenziale di esposizione a fattori di rischio, del divario nella suscettibilità e negli esiti della malattia).

Un grande fattore di disuguaglianza è rappresentato dal rapporto fra genesi e conseguenze dei fattori nocivi causati dall'inquinamento; ovvero inquinano i ricchi ma le maggiori conseguenze le subiscono i poveri (alluvioni, desertificazioni, maggiore fragilità dei luoghi di vita, maggiori difficoltà di ricostruzione).

La diffusione dei modelli di malattia occidentali nei paesi a basso reddito, inoltre, comporta un peggioramento delle disuguaglianze a causa dei minori mezzi di difesa offerti dai sistemi sanitari locali che si traduce, ad esempio, in un notevole differenziale in termini di sopravvivenza. Si aggiunga a questo che le attuali tendenze economiche osteggiano i sistemi sanitari a carico dello stato e questo non può che creare grandi svantaggi per i più poveri.

Infine il parallelo fra crisi economica e stato di salute apre riflessioni su scenari possibili a brevissimo termine: la crisi economica trascina infatti con sé una crisi della salute con effetti immediati, come il caso della Grecia, dove negli anni successivi alla crisi, numerosi indicatori hanno evidenziato

un peggioramento della salute soprattutto tra i gruppi sociali più vulnerabili.

Il libro di Vineis è da raccomandare anche a chi vuole accostarsi alla comprensione dei fenomeni legati all'epigenetica, disciplina che studia i cambiamenti funzionali e non strutturali del genoma attraverso cui i fattori ambientali (dieta, fattori socioeconomici, inquinanti) possono modificare l'espressione dei geni senza alterare la sequenza del Dna.

«Il paesaggio epigenetico» viene definito dall'autore il capitolo più politico del libro; l'epigenetica rappresenta in qualche modo il punto di incontro, il meccanismo in grado di spiegare come i grandi cambiamenti in atto a causa della globalizzazione potranno influenzare la salute delle popolazioni e quelle delle generazioni future.

Tali fenomeni si verificano in relazione ai cambiamenti ambientali non solo naturali, ma anche dovuti a migrazioni ed è centrale la riflessione sulla loro rilevanza in quanto transgenerazionali. I meccanismi epigenetici, a differenza dei cambiamenti genetici, condividono con la società moderna la «rapidità».

Si tratta di fattori ereditabili e reversibili: attraverso meccanismi epigenetici la malnutrizione materna, ad esempio, può aumentare il rischio di obesità e di malattie metaboliche nei figli; dieta ed esercizio fisico a loro volta possono determinare, sempre attraverso meccanismi epigenetici, effetti invece positivi.

La gestione del rischio

Il libro chiude con puntuali riflessioni sul principio di precauzione, sui conflitti di interesse e sui problemi delle scelte politiche, temi di notevole rilevanza che meriterebbero una maggiore attenzione da parte di tutti quelli che possono e debbono intervenire nel controllo dei rischi e nella difesa della salute, nel poco rassicurante panorama che si sta determinando come conseguenza della globalizzazione.

Il testo offre inoltre molti spunti di approfondimento sulle interazioni ambiente — salute ed è un'occasione per i professionisti della salute per aprirsi ai temi con cui si dovranno confrontare nel prossimo futuro.

È un testo rivolto agli scienziati, agli epidemiologi, al mondo della sanità in generale, per riflettere sulle migliori strategie per la difesa della salute nei nuovi scenari, ma anche e soprattutto ai politici perché si rendano conto che, nell'era della globalizzazione, la salute non è più un fatto delegabile solo a buone politiche sanitarie, o peggio agli specialisti della materia, ma va affrontata con misure che riguardano molteplici aspetti della politica sociale, economica, produttiva, commerciale.

È, infine, da condividere la tesi sostenuta dall'autore secondo il quale l'unico modo per poter avere un controllo sulla diffusione dei rischi ed un'efficace difesa della salute delle popolazioni sia un'azione coordinata della comunità politica internazionale attraverso un'istituzione forte, che possa contare su istituzioni collegate ed efficienti ai livelli nazionali.

Ed è indispensabile che queste ultime creino sinergie anche al fine di indurre comportamenti adeguati in competizione con quelli propagandati per interessi economici.

Insomma Salute senza confini è un libro in cui temi scientifici, sociali e politici si incontrano ed aprono una importante riflessione, perché senza la consapevolezza di tutti sulle potenzialità negative delle tendenze macroeconomiche attuali e delle loro conseguenze sociali, nessuno specialista sarà in grado di organizzare un'efficace difesa della salute.

Paola Michelozzi

27.12.2014



Ecco cos'è il TTIP

Stati Uniti e Unione Europea stanno negoziando un gigantesco accordo commerciale.

TTTIP trattato transatlantico per il commercio e gli investimenti: TTIP è un acronimo del nome in inglese, "Transatlantic Trade and Investment Partnership". È un accordo commerciale di libero scambio in corso di negoziazione tra l'Unione europea e gli Stati Uniti d'America: inizialmente veniva

chiamato TAFTA, da area transatlantica di libero scambio, riprendendo l'acronimo di altri simili trattati già esistenti (come il NAFTA). Il trattato prevede che le legislazioni di Stati Uniti ed Europa si pieghino alle regole del libero scambio stabilite da e per le grandi aziende europee e statunitensi.

Il trattato coinvolge i 50 stati degli Stati Uniti d'America e le 28 nazioni dell'Unione Europea, per un totale di circa 820 milioni di cittadini. Si tratta dunque, per il suo impatto globale potenziale, di un trattato di importanza storica.

Chi critica l'accordo

Vari soggetti si oppongono all'accordo: si va dall'organizzazione internazionale Attac a una rete di associazioni (compresa Slow Food) di vari paesi europei e statunitensi, fino a studiosi ed economisti vari.

Lori Wallach, direttrice di Public Citizen - associazione con sede a Washington - ha spiegato in dieci punti i possibili rischi del trattato per gli Stati Uniti: farmaci meno affidabili, aumento della dipendenza dal petrolio, perdita di posti di lavoro per la scomparsa delle norme sulla preferenza nazionale in materia di forniture pubbliche, assoggettamento degli stati a un diritto fatto su misura per le multinazionali, e così via.

La stessa operazione è stata fatta per l'UE da un rappresentante della CGT, la Confédération générale du travail, una confederazione sindacale francese. Il punto principale di entrambe le analisi è comunque che l'armonizzazione delle norme sarebbe fatta al ribasso, a vantaggio non

dei consumatori ma delle grandi aziende. Nello specifico, queste sono le critiche più diffuse:

- Si rischierebbe di minacciare i diritti fondamentali dei lavoratori.

- L'eliminazione delle barriere che frenano i flussi di merci renderà più facile per le imprese scegliere dove localizzare la produzione in funzione dei costi, in particolare di quelli sociali.

- L'agricoltura europea, frammentata in milioni di piccole aziende, finirebbe per entrare in crisi se non venisse più protetta dai dazi doganali, soprattutto se venisse dato il via libera alle colture OGM (su questo punto, non ci sono però ancora notizie precise).

- Il trattato avrebbe conseguenze negative anche per le piccole e medie imprese, e in generale per le imprese che non sono multinazionali e che con le multinazionali non potrebbero reggere la concorrenza.

- Ci sarebbero anche rischi per i consumatori perché i principi su cui sono basate le leggi europee sono diverse da quelli degli Stati Uniti. In Europa vige il principio di precauzione (l'immissione sul mercato di un prodotto avviene dopo una valutazione dei rischi) mentre negli Stati Uniti per una serie di prodotti si procede al contrario: la valutazione viene fatta in un secondo momento ed è accompagnata dalla garanzia di presa in carico delle conseguenze di eventuali problemi legati alla messa in circolazione del prodotto (possibilità di ricorso collettivo o class action, indennizzazione monetaria). Oltre alla questione degli OGM, questa critica viene sollevata relativamente all'uso di pesticidi, all'obbligo di etichettatura del cibo, all'uso del fracking per estrarre il gas e alla protezione dei brevetti farmaceutici,

ambiti nei quali la normativa europea offre tutele maggiori.

- I negoziati sono orientati alla privatizzazione dei servizi pubblici quindi secondo i critici si rischia la loro scomparsa progressiva. Sarebbe a rischio il welfare e settori come l'acqua, l'elettricità, l'educazione e la salute sarebbero esposti alla libera concorrenza.

- Le disposizioni a protezione della proprietà intellettuale e industriale attualmente oggetto di negoziati potrebbero minacciare la libertà di espressione su internet o privare gli autori della libertà di scelta in merito alla diffusione delle loro opere.

Ci rendiamo conto che le multinazionali, vedi quelle dei farmaci, possono trascinare in giudizio i governi i cui atti legislativi potrebbero far diminuire i loro profitti?



Stralci da
Le Monde Diplomatique

...e dopo la vittoria di Tsipras? l'Altra Italia a sinistra



E' vero che la Grecia non è l'Italia per quanto riguarda le batoste prese dai protettori delle banche che comandano nell'Europa dei mercanti di vite umane, ma poco ci manca. Ecco, senza farla tanto lunga con analisi politiche-economiche, vogliamo aspettare altri pugni sui denti e calci nel sedere per fare come il popolo greco?



Quindi ha vinto con la grande maggioranza dei voti (senza i trucchi del sistema italiota) il Partito della sinistra coerente e antagonista al capitalismo.

Questa è la verità anche se nelle prossime settimane giornali, TV e qualcuno che bazzica, seppur sbuffando, nei

cortili del governo tenteranno di annebbiare l'opinione degli italiani con maneggiamenti sulla natura della sinistra greca. Sono specialisti a tenere nell'ignoranza i lettori e gli ascoltatori (lo dice anche uno studio internazionale) ma la cosa che non potranno nascondere alla storia è che Rifondazione Comunista, unico partito italiano, è stato tra i fondatori della "Sinistra Europea" (l'alleanza dei partiti comunisti, socialisti antiliberisti ed ecologisti di tutta Europa) partito del quale Tsipras è vicepresidente.

Quello che succederà di buono per una democrazia non fasulla, come quella che governa l'Italia, nel resto d'Europa si vedrà più distintamente con la probabile vittoria della sinistra spagnola.

Quello che succederà in Italia, certamente influenzati positivamente da questi eventi epocali, lo possiamo decidere solo noi, lavoratori, precari, disoccupati, studenti e pensionati. Cioè la parte sana del Paese, quella fuori dalla cerchia che continua spudoratamente ad arricchirsi mentre sbraita "c'è la crisi". La parte sana che però non deve farsi più drogare dagli spacciatori al governo e dai loro associati nel mondo del lavoro. f. c.

**31° anno di giornalismo
nel lavoro per la sanità pubblica**

Racconti e Opinioni

lavoroesalute

Anno XXXI - Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti*
Distribuito gratuitamente.

Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo

Redazione: info@lavoroesalute.org

Suppl. rivista Medicina Democratica
Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/
1/77 Reg. naz. stampa (Legge 58/81
n° 416, art. 11) 30/10/1985

Dir. Resp: *Fulvio Aurora*

Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.

Posta: inviare con firma e telefono.

Firma non pubblicata su richiesta.

N° chiuso in redazione: 25-1-2015

Suppl. alla rivista M. D. - n° 213/215

Publicati 218 numeri

- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1548 autori

- 1143 operatori sanità
- 152 sindacalisti
- 55 esponenti politici
- 195 altri

Stampate 703mila copie

- 499mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

sul web: www.lavoroesalute.org

Racconti e Opinioni
lavoroesalute online
www.lavoroesalute.org

E ogni giorno

www.blog-lavoroesalute.org

**Racconti e Opinioni di Lavoro,
Salute, Politica, Cultura,
Relazioni sociali**

pagine di ALTRAinformazione

elezioni RSU a marzo VOTA E FATTI VOTARE

Ti chiederai se l'appello "vota e fatti votare" è diretto alle colleghe e ai colleghi candidati, affatto, è un invito a tutte le colleghe e a tutti colleghi chiamati a queste triennali votazioni per scegliere chi ci dovrebbe rappresentare sulle tematiche riguardanti le nostre condizioni di lavoro e salariali, normative e professionali. Non dare la delega in bianco, vota chi pensi che ti possa rappresentare come se fossi tu a farlo direttamente, assumendoti la responsabilità della scelta fatta, sbagliata o giusta che si rivelerà.

Ora ti sei chiesto perchè abbiamo usato il condizionale "dovrebbe", le dita l'hanno digitato d'istinto forse perchè il cervello tenta ogni tanto di liberarsi dai nodi che ci soffocano e ci portano a farfugliare sempre che "vota perchè è giusto dare forza al sindacato". Certo che è giusto ma i fatti sono fatti e le opinioni sono relative quando ci troviamo, ad esempio, di fronte all'incapacità dei sindacati (precisiamo che ci riferiamo alle dirigenze monarchiche dei tre grossi) di farci avere almeno uno straccio di contratto che non vediamo da tanti anni.

Quindi, il 3-4-5 marzo 2015 si svolgeranno in tutti i posti di lavoro del Pubblico Impiego le elezioni delle Rappresentanze Sindacali Unitarie (RSU). Queste elezioni avvengono in un pesante clima di attacco governativo alle condizioni di lavoro, all'esistenza del posto di lavoro, al potere di acquisto e di contrattazione. Mentre le Rsu sono state ridotte all'impotenza perchè le dirigenze nazionali, con il silenzio

di quelle locali, hanno avocato tutta la titolarità della rappresentanza.

Comunque, e senza farci prendere dallo sconforto (non possiamo permettercelo), restano il solo strumento per tentare di partecipare alle trattative, per fare le assemblee, per far da tramite quotidianamente tra colleghi/i e amministrazioni.

Però, meglio sottolinearlo senza ipocrisia, le RSU debbono rappropriarsi della loro natura e svolgere un ruolo fondamentale per la difesa dei diritti, per il rispetto delle regole, spesso e volentieri violate da dirigenti e dai manager. Però, per ridare un senso alle RSU c'è bisogno della nostra impronta in questo voto.

Dobbiamo farci votare scegliendo con oculatezza chi votare, la sigla valutando cosa ha combinato con i governi, con le Giunte regionali e con i manager, e sui candidati valutando, se nuovo chiedendogli

costante per conoscere la disorganizzazione e la coercizione sul lavoro. E se vecchio candidato da tanti tanti, cosa ha fatto in concreto.

Possiamo consigliare alcune discriminanti per scegliere.

- 1- Non votare chi ha dipendenza fiduciaria con l'azienda**
- 2- Non votare chi non ha mai avuto un minuto per ascoltare i tuoi problemi sul lavoro**
- 3- Non votare chi non sciopeera coprendosi eventualmente con i permessi sindacali**
- 4- Non votare chi ha avuto miglorie usando il sindacato**
- 5- Non votare chi ha lavorato poco perchè "io sono RSU"**

Ecco come voteremo e consigliamo, fedeli con quanto scriviamo da 30 anni e coerenti col nostro impegno sindacale.

Franco Cilenti
Area della CGIL
"il sindacato è un'altra cosa"

