Anno 34 n. 2 marzo 2018 Periodico sostenuto da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti* * Redazione *info@lavoroesalute.org*

Reddito cittadinanza: dai "5Stelle" il ricatto della disoccupazione
pag. 26

Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Firme per rilanciare i diritti
pag. 56

editoriale a pag. 2
Il plagio in sanità è un malattia terminale

la Cgil a pag. 5
Come ti distruggo la sanità

a pag. 7
Contratti pubblico impiego

a pag. 8
Bocciati gli appalti in sanità

sanità nel tunnel
sotto i bombardamenti

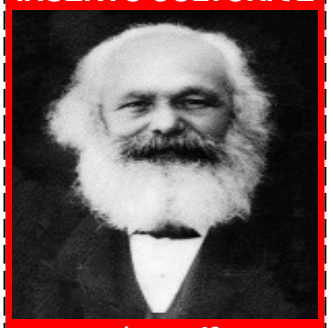
- 4 - Campagna DICO 32. Iniziative
- 4 - Gli appetiti speculativi sulla sanità
- 6 - Elezioni RSU. Consigli per l'uso
- 6 - Infermieri, promemoria di un futuro
- 11 - Truffe e costi dei farmaci
- 12 - Congresso di Medicina Democratica
- 28 - Storie di donne e di violenza
- 30 - Lo sconosciuto welfare aziendale
- 34 - Protocollo di sicurezza sul lavoro
- 36 - HIV, la prevenzione insufficiente
- 38 - Sulle olimpiadi 2026 a Torino
- 40 - Il legame tra ambiente e salute

56 PAGINE - SOMMARIO INTERO A PAGINA 3

SPECIALE
come eravamo e come siamo messi

Per una critica dell'economia politica in sanità
da pag. 14 a pag. 24

INSERTO CULTURA/E



da pag. 43

Monologo di un etilista
Racconto 17° parte
pag. 52

Pagine di lavoro, salute, politica, cultura, relazioni sociali * *O ti racconti O sei raccontato* - Scrivi a *info@lavoroesalute.org*
Rivista dell'Associazione *Medicina Democratica* Movimento di Lotta per la Salute - Onlus * Dir. resp. *fulvio aurora*

editoriale
di *franco cilenti*

"***Agitatevi*** *perché avremo bisogno di tutto il vostro entusiasmo.* ***Organizzatevi*** *perché avremo bisogno di tutta la vostra forza.* ***Studiate*** *perché avremo bisogno di tutta la vostra intelligenza*"
Antonio Gramsci

Il plagio in sanità è malattia terminale

Quando si parla di plagio, s'intende un'azione di copiatura, imitazione e riproduzione di pensieri e scritti di altri, a volte con la puerile intenzione di farsi contaminare da idee che vorremmo fare nostre senza fare lo sforzo della produzione indipendente, spesso però ne facciamo un consapevole utilizzo finalizzato a far migliorare i nostri pensieri.
Si chiama criptomnesia e indica un crimine letterario di appropriazione d'idee altrui e che ci affascina fino a convincerci di averne la paternità o perlomeno la compartecipazione.

Quindi possiamo considerare il plagio come una malattia terminale che aggredisce le persone che hanno difficoltà a rappresentarsi con una soggettività sociale e professionale e che delegano a pensieri, filosofie e protagonismo altrui il proprio destino.
Nulla di grave se questa delega comporta ricadute solo sui deleganti, ognuno dovrebbe assumersi le responsabilità e "pagare" per i propri atti, ma diventa gravissima e produttrice di sofferenze se ricadono, com'è ovvio nei processi di rappresentanza politica, sindacale e professionale, su tutti o comunque sulla grossa parte dei nostri simili.

Questa delega a rappresentarci tramite pensieri indotti dalla comunicazione imperante, trova la sua più crudele rappresentazione nel mondo del lavoro di cura e assistenza quando le professioni coinvolte eludono la propria missione sociale contribuendo di fatto ai processi di privatizzazione in atto, ma addebitano al "sistema" la rinuncia di milioni di persone a curarsi adeguatamente. Come di fatto si certifica che la soluzione del problema stia nell'affidarsi al sistema assicurativo e ai fondi sanitari integrativi, non chiarendo che le professioni si stanno adoperando a una propria copertura egoista trasformandosi in corporazioni alle quali il cittadino deve sottostare subendone anche i conflitti professionali. .

E'un quadro picassiano dello stato attuale della sanità che mette sempre più in scacco il destino del servizio sanitario nazionale e del diritto alla salute lasciando la parte non corporativa dei lavoratori e i cittadini, privi di una rappresentanza dei loro bisogni e delle loro sofferenze.

Quest'anno il Servizio sanitario nazionale compie quarant'anni, quindi giovane nonostante abbia subito nella sua vita attacchi virali dall'esterno, ma anche dall'interno dalle proprie articolazioni, boicottaggi e revisioni che ne hanno peggiorato la funzionalità ed efficacia.

Da oltre dieci anni è sempre più spudoratamente aggredito, anche da chi dovrebbe salvaguardarlo, da tagli e svendite di pezzi ai privati e sventrato dall'interno a tal punto che oggi, tanto da dare un'idea, mancano oltre 80mila operatori tra infermieri e oss, costringendo i sopravvissuti anche a turni di 16 ore che mettono a rischio la sicurezza di malati e operatori.

Da quando è cominciata la truffa dei tagli, abbiamo 70 mila posti letto in meno, 175 ospedali chiusi, macchinari nell'83 per cento dei casi obsoleti. Considerando i dati del Consiglio dei Ministri nel Documento di economia e finanza, nel 2018 il rapporto tra la spesa sanitaria e la ricchezza prodotta nel Paese, cioè il Pil, scenderà a quota 6,5 per cento, soglia limite indicata dall'Oms.
La conseguenza? E' sempre più difficile, nonostante gli sforzi di medici e infermieri, garantire un'assistenza continuativa e di qualità, a volte neppure l'accesso alle cure, con una conseguente riduzione dell'aspettativa di vita.

La prospettiva che vogliono regalarci non è rosea: l'emergenza continuerà nel 2019, quando si scenderà al 6,4 per cento, per poi sprofondare al 6,3 nel 2020. Mentre gli anziani non autosufficienti, che oggi sono 2,8 milioni e tra 10 anni saranno oltre 3 milioni e mezzo. E in mezzo a questa desertificazione nazionale abbiamo il paradosso: il Sud, più povero e con meno numero di strutture e storica inefficienza paga più tasse perché i pazienti devono andare al Nord per curarsi.

Di fronte a questo stato di cose che senso ha non riflettere per riprendere una visione comune tra le professioni di cura e assistenza e non lottare, archiviando l'accentuazione delle divisioni corporative come la prospettiva di un contratto separato degli infermieri, contro la fonte di tutti i mali, il definanziamento del Servizio Sanitario Nazionale?
Il definanziamento ha colpito al cuore il funzionamento della sanità con il blocco del turnover e dei contratti dei dipendenti, la dilatazione del lavoro precario e l'esternalizzazione dei servizi, bloccando le arterie che mettono in funzione la disponibilità e la qualità dei servizi per i cittadini.
Nel frattempo, e altrimenti non sarebbe potuto avvenire, c'è stato il ricorso sempre più numeroso dei pazienti al settore privato, già abbondantemente finanziato dallo Stato e dalle Regioni con le convenzioni, in ovvia competizione col settore pubblico sia sui tempi di attesa che sulle tariffe delle prestazioni.

Sono argomenti validi per riprendere il capo di un filo comune per una visione globale degli interessi come operatori e quegli utenti che oggi contribuiamo a mutarne la definizione di paziente, trasformandola in "consumatore"?
E in questo percorso deviante dimentichiamo anche i contesti sociali che aggrediscono la salute dei cittadini e ci fanno tornare indietro di molti decenni, a quando la sanità, intesa come proiezione di salute, era appannaggio delle classi ricche?

CONTINUA A PAG. 3

NEURONI vs STEREOTIPI

Ci plagiano il cervello ogni giorno, ma come possiamo liberarci de "L'isola dei famosi", di "Amici", di Pomeriggio5", " Domenica Live", dei telefilm polizieschi americani? Dobbiamo farcene una ragione perchè è destino essere italioti?

Il plagio in sanità è malattia terminale

CONTINUA DA PAG. 2

Che oggi la sanità sta tornando "di classe" non lo diciamo solo più noi comunisti, colpevolmente a masochisticamente inascoltati da decenni dalle stesse fasce popolari, lo dice anche, e forse come autocritica, l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane che ha approfondito il tema delle disuguaglianze sociali nella salute.
In sostanza, certifica ovvietà sociali e frutto di politiche di guerra dei governi contro la maggioranza dei cittadini italiani: luogo di residenza, livello d'istruzione, reddito e status sociale incidono sullo stato di salute e sull'aspettativa di vita. Chi ha titolo di studio più basso e livello di reddito inferiore soffre in misura maggiore di obesità.

Di cosa vogliamo discutere, invece delle opinioni e pratiche egoistiche che portano a un maggiore divario tra i pochi protetti e i molti che senza mezzi di salvaguardia delle proprie condizioni si riversano mal sopportati nei pronto soccorso?

Pensiamo a una "sanità d'iniziativa" che riorganizzi il nostro lavoro a partire da una ripresa di protagonismo unitario di tutte le figure sanitarie, tecniche e amministrative, senza soffocare le prerogative e peculiarità delle singole professioni, la scala d'incidenza e responsabilità nell'economia organizzativa va rispettata nella condivisione del principio che ognuno deve avere un ruolo ben definito nel percorso dell'obiettivo comune del funzionamento del Servizio Sanitario Pubblico, dal quale tutti ne possiamo trarne uno stabile "profitto" di soddisfacimento delle nostre condizioni: di gratificazione lavorativa e stipendiale noi operatori e di diritto alla cura e alla prevenzione i cittadini.

Dobbiamo sapere che il corporativismo delle professioni massimizza solo nel contingente i benefit materiali. Non dobbiamo cadere nel conformismo che rafforza, facendoci complici, solo l'autoritarismo aziendale che ci taglia le corde vocali sui danni che compiono contro il nostro lavoro e la salute dei cittadini. Abbiamo bisogno di protagonismo come operatori sanitari, è questione di vita o di morte della nostra soggettività di persone pensanti.

Si può fare, senza plagiare casuali rappresentanti dei nostri interessi sociali che questi nemmeno conoscono nel concreto.

SOMMARIO

4- 7 Aprile, la campagna DICO31! Salute per tutte/i
4- Difendiamo la nostra salute dagli appetiti speculativi
5- Come ti distruggo il Servizio sanitario nazionale
6- Elezioni RSU. Consigli per l'uso
6- Infermieri, promemoria di un futuro?
7- Contratti pubblico impiego
8- Consiglio di Stato boccia gli appalti del personale Sanità
8- I diritti dei malati e le gare al ribasso
9- Mortalità evitabile
10- Farmaci. Il cartello di Basilea che ci costa milioni
11- Farmaci. Mimesulide, vietata altrove, vendibile qui
12- Congresso nazionale di Medicina Democratica
13- Rivista MD

SPECIALE POLITICHE SANITARIE DI 11 PAGINE
14- Per una critica dell'economia politica in sanità.

25- Libro La salute sostenibile
25- Libro Resistenze ai disastri sanitari, ambientali, economici
26- Altro che reddito di cittadinanza dai 5Stelle
27- Un po' di conti sulla lotta di classe dei ricchi in Italia
28- Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro
28- libro "All'ombra di caino" storie di donne e di violenza
29- Disinformazia, più bufale i media ufficiali o la Rete?
30- Welfare aziendale, questo sconosciuto
34- Protocollo tra la Società italiana di Medicina del Lavoro
35- La salute nelle carceri
36- HIV in Italia. La prevenzione insufficiente
38- Olimpiadi 2026 a Torino?
40- Il legame tra tutela dell'ambiente e la difesa della salute

43- INSERTO CULTURA/E
44- Che comunisti saremo
45- L'otto di classe
46- Quale sinistra è scomparsa?
46- Fake news
48- Amanti devoti
48- Uomini e spie
49- Il Mago Joke
50- Dagli appunti di viaggio
50- Integrare l'integrazione

52- Racconto. Monologo di un etilista. Diciassettesima parte
54- I servizi dell'associazione "La Poderosa"
56- Firme per rilanciare i diritti

Racconti e Opinioni lavoroesalute BLOG
Racconti e Opinioni
di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
www.blog-lavoroesalute.org

Difendiamo la nostra salute dagli appetiti speculativi

Iniziamo da una recente Delibera della Corte dei Conti (il 9 Marzo scorso reperibile anche on line *www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9662282.pdf*), prodotta a seguito di una lunga ricognizione sui beni strutturali e infrastrutturali della sanità italiana, del resto ammodernare gli strumenti tenologici e risanare l'edilizia dovrebbero essere, da almeno 25 anni, una priorità assoluta.

Citiamo testualmente un passo della Delibera che evidenzia la necessità di nuove spese per la sanità: Per rispondere concretamente alle esigenze di una sanità di qualità, accessibile a tutti anche sotto il profilo della sicurezza, sono ancora numerose e costose le opere che è necessario eseguire". 820 milioni utilizzati per ammodernamenti strutturali e infrastrutturali ma anche finanziamenti consistenti che alcune Regioni non hanno utilizzato per ammodernare ospedali e acquistare macchinari.

Una situazione non omogenea, basti pensare alle Regioni prive di risorse sufficienti a finanziare i programmi sanitari a livello territoriale. L'inchiesta della Corte dei Conti, arrivata dopo i solleciti per la messa in sicurezza degli ospedali nelle zone a rischio sismico (12 miliardi almeno), ha il pregio (una volta tanto) di individuare il problema di fondo che attanaglia il mondo sanitario ossia la scarsità delle risorse di bilancio disponibili per gli investimenti pubblici.

Si lesinano fondi pubblici per rendere efficiente la pubblica amministrazione, ammodernare edifici sanitari o scolastici, gli stessi fondi che per altro vengono elargiti da paesi europei sottoposti agli stessi vincoli in materia di spesa.Evidentemente i tetti alla spesa pubblica imposti dalla Troika non sono la sola spiegazione...

La denuncia della Corte dei Conti, per ovvi motivi, non indaga le cause , se vogliamo le risposte spetta a noi cercarle.

II dati relativi alla spesa sanitatia sono fermi all'anno 2016, quelli del 2017 risultano ancora ignoti. Un paese dovrebbe misurare la spesa sanitaria in base a innumerevoli fattori, il benessere dei cittadini, la prevenzione, la intensità di cura, i posti letto per abitanti dentro ospedali efficienti e funzionanti, la prevenzione. Anche il numero degli operatori sanitari dovrebbe costituire un elemento rilevante da tenere nella dovuta considerazione, del resto non sono certo auspicabili corsie con personale stressato e ridotto ai minimi termini, sottoposto a carichi di lavoro crescenti, situazioni ormai sempre piu' diffuse a dimostrare la scarsa attenzione riservata alla nostra salute. E che la nostra salute sia in pericolo lo dimostra la storia recente del nostro paese (già nel 2010 la spesa sanitaria italiana era inferiore del 17% a quella europea) con tanti cittadini a rinunciare annualmente a qualche prestazione sanitaria per non gravare sul magro bilancio familiare.

In questi ultimi 20 anni hanno raccontato

innumerevoli bugie, per dirne solo una, le pubblicità progresso che raccomandano attenzione ai diritti dei diversamente abili stridono con gli ostacoli alla assistenza e alla cura presenti nei due terzi degli ospedali italiani, per non parlare delle barriere architettoniche esistenti in gran parte dei palazzi pubblici.

Non mancano tuttavia i falsi rilevatori che guardano alla spesa sanitaria solo come un dato da rapportare al PIL, si dimentica quasi sempre di considerare i costi della sanità privata in convenzione o di guardare a intere province dove raggiungere l'ospedale più vicino diventa un'impresa. Dati alla mano, per 100 mila abitanti, esistono nel nostro paese solo 331 posti letto in ospedale rispetto agli 883 della Germania (dati Eurostat) . Meglio di noi stanno paesi come Bulgaria, Romania e Lituania, in ogni caso con le privatizzazioni e i patti di stabilità, da 15 anni ad oggi, abbiamo perso in Europa qualcosa come 160 mila posti letto . E la miseria crescente sta riportando malattie he sembravano debellate (invece di prendersela con la povertà la destra xenofoba riconduce le malattie alla presenza dei migranti).

In Italia cresce la spesa sanitaria privata, nel senso che le politiche di austerità, le spending review hanno saccheggiato la sanità pubblica rendendola sempre meno efficiente e competitiva. Una scellerata scelta prodotta da anni di politiche mirate al contenimento del debito nel rispetto dei parametri dell'Ue. In Italia, dati alla mano, la spesa sanitaria dal 2010 al 2016 è diminuita di mezzo punto in percentuale (rapportata con il Pil) attestandosi al 6.5%. Eppure negli altri paesi dell'Europa il rapporto tra spesa sanitaria e Pil è invece cresciuto e si attesa a quasi due punti sopra la media italiana . Allora, questi pochi elementi statistici, dovrebbero essere sufficienti a spiegare la dissennatezza delle politiche sanitarie dei Governi, nazionali e regionali, succedutisi negli ultimi anni, in Italia la spesa sanitaria cresce meno dell'1% mentre negli altri paesi europei, dove si privilegia il privato in convenzione, di quasi il 4%. Siamo ancora convinti che la spesa sanitaria italiana sia eccessiva e bisognosa di tagli? E pensiamo che la sanità pubblica risulti piu' costosa di quella in convenzione?

L'Europa, in materia di spesa sanitaria, direbbe l'esatto contrario ossia che i tagli operati non sono ammissibili soprattutto quando mettono a rischio la salute dei cittadini. Quante volte poi leggiamo che dovremmo prendere esempio dall'Europa, eppure in ambito sanitario il nostro paese prende una direzione diametralmente opposta, noi tagliamo fondi mentre negli altri paesi investono e spendono.

Da dieci anni a questa parte è in continua crescita l'indebitamento delle famiglie e la spesa privata per la sanità. e l'obiettivo è ben altro: ridurre la spesa pubblica, favorire lo scambio diseguale tra salario e previdenza\sanità integrativa, un colossale giro di affari cogestito anche dai sindacati. Il welfare aziendale al posto di quello universale

E la sanità pubblica? Sembra strano ma in Italia si spende assai meno di quanto prevederebbero le stesse regole europee, non che nella Ue non stiano pensando a contenere i costi della previdenza e della sanità ma nel nostro paese le politiche di austerità hanno lasciato segni indelebili.

I dati europei, la stessa indagine della Corte dei Conti raccontano un'altra storia, quella di un paese che dovrebbe spendere di piu' per sanità e prevenzione ma non lo fa, un paese dove la terza gamba previdenziale e i pacchetti assicurativi per la sanità rappresentano un piatto che fa gola agli stessi sindacati, un paese arretrato nel campo della prevenzione e ancora indietro nell'acquisizione dei diritti civili. Ma l'arretratezza maggiore, e in continua crescita, è quella relativa ai diritti sociali che ormai vengono non solo calpestati da ignorati, dipinti come retaggio di un mondo antico e improponibile.

Da qui bisogna ripartire rispondendo intanto a quanti giudicano perfino la stabilizzazione dei precari nel SSN una minaccia alla tenuta dei conti delle Regioni o a chi da anni investe poco e male in formazione, edifici ospedalieri moderni e macchinari piu' efficienti. La civiltà di un paese si misura dalle scuole e dalla sanità, e la salute dell'Italia è sempre piu' cagionevole.

Federico Giusti

controlacrisi.org
l'informazione di sinistra in rete
cronaca di politica, conflitti e lotte
www.controlacrisi.org

Anche quest' anno il 7 aprile, giornata mondiale della salute secondo l'OMS, sarà -in vari territori in Italia ed in Europa- una giornata di mobilitazione per denunciare le politiche europee e nazionali che spingono ad una forte commercializzazione della salute e i pesanti attacchi ai servizi sanitari pubblici.

7 APRILE E CAMPAGNA DICO32! SALUTE PER TUTTE E PER TUTTI

Quest'anno sarà l'occasione per rilanciare in ogni luogo la campagna "DICO32! salute per tutte e per tutti". Invitiamo, per chi non l'avesse ancora fatto, ad aderire al manifesto della campagna DICO 32!

13/3/2018 www.medicinademocratica.org

Come distruggo il Servizio sanitario nazionale

I dati choc che emergono dalla ricerca della Funzione pubblica/Cgil

Sempre più lunghi i tempi di attesa per effettuare visite mediche nella sanità pubblica, con una media di 65 giorni, a fronte di un'offerta privata ben più rapida, circa 7 giorni di attesa per una visita, e costi sempre meno distanti tra pubblico e privato. È quanto emerge dallo studio 'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali', condotto da Crea, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni, che prende a riferimento un arco temporale che va dal 2014 al 2017. Un'indagine effettuata su un campione di oltre 26 milioni di utenti, pari al 44% della popolazione totale, perché condotta sulla popolazione residente di 4 regioni: Lombardia, Veneto, Lazio e Campania; prendendo in considerazione esclusivamente le prestazioni mediche (11) senza esplicita indicazione di urgenza.

Tempi di attesa - Ma entriamo nel merito dei dati emersi dallo studio. Il primo dato evidente, relativo all'anno 2017, è che i tempi medi di attesa per effettuare una visita medica attraverso il Sistema Sanitario Nazionale sono nettamente maggiori rispetto a quelli dell'offerta privata: 65 giorni nel pubblico a fronte di 6 nell'intramoenia, 7 nel privato e 32 per il privato convenzionato. Nel dettaglio delle prestazioni, i giorni di attesa della Sanità pubblica sono estremamente lunghi: si va da 22,6 giorni per una Rx articolare a 96,2 per una Colonscopia. Le stesse prestazioni registrano attese invece in intramoenia di 4,4 (Rx articolare) e 6,7 (Colonscopia), privato convenzionato rispettivamente di 8,6 e 46,5; infine, privato a pagamento di 3,3 e 10,2.

Un altro elemento appurato dai dati dello studio Crea e Fp Cgil è relativo all'aumento dei tempi di attesa nell'arco degli anni. Infatti, una visita oculistica nel pubblico richiedeva nel 2014 dei tempi di circa 61 giorni a fronte degli attuali 88 (+26 giorni in 3 anni) mentre nel privato a pagamento, sempre lo scorso anno, si registravano soli 6 giorni di attesa. Quanto invece alla stessa visita oculistica condotta in intramoenia l'attesa lo scorso anno era di 7 giorni mentre nel privato convenzionato 55.

Per una visita ortopedica nel pubblico invece i giorni di attesa nel 2014 erano 36, oggi sono 56 (+20 giorni); nel privato a pagamento, guardando al solo 2017, 6 giorni, anche in intramoenia 6 nel privato accreditato 27. Infine per una colonscopia nel pubblico nel 2014 avremmo dovuto attendere 69 giorni, oggi 96 (+27 giorni); guardando allo scorso anno per la stessa prestazione nel privato a pagamento l'attesa aera di 10 giorni, in intramoenia 7 e nell'accreditato 46. "Emerge dunque con evidenza come il privato - si legge nel rapporto - riduca drasticamente i tempi di attesa per prestazioni mediche e come anche il privato convenzionato garantisca un servizio notevolmente più rapido a quello del sistema pubblico degli ultimi anni".

Costi - Per quanto riguarda i costi sostenuti dai pazienti, rilevati solo per intramoenia e privato a pagamento, dallo studio Crea e Funzione Pubblica Cgil emerge che "essi risultano mediamente abbastanza consistenti ma in molti casi non molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate". Un aspetto interessante da notare è come i costi del privato talvolta siano persino inferiori a quelli dell'intramoenia. Per una visita oculistica in sanità privata, lo studio rileva come nel 2017 si siano spesi circa 97 euro a fronte dei 98 euro dell'intramoenia. Lo stesso vale per la visita ortopedica che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'intramoenia.

Conclusioni - "La sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa", osserva la Fp Cgil a commento dei dati che emergono dal report. Quanto alle prestazioni in regime Ssn, spiega la Fp Cgil, queste hanno "tempi di attesa molto alti e in incremento negli anni, laddove per quelle a pagamento i tempi di accesso sono al contrario molto ridotti"; mentre i costi, al contrario, "risultano molto vicini tra pubblico e privato". Infine, la tempestività di accesso "sembra una condizione garantita dal Sistema sanitario nazionale solo per le prestazioni urgenti, mentre è 'a pagamento' nei casi restanti".

Si registra quindi, osserva ancora la Funzione Pubblica Cgil, "un disallineamento tra le aspettative dei cittadini e i tempi di attesa dell'offerta pubblica, così come tra i costi e il valore di mercato delle prestazioni. Di conseguenza, le poco sostanziali differenze di prezzo e le lunghe liste di attesa hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, per costo e tempi di risposta". In altre parole, "la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficiente del pubblico". Lo studio, quindi, ci consegna, "una situazione dove il Servizio Sanitario Nazionale continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato". Per queste ragioni, conclude la Funzione Pubblica Cgil, "continua la nostra mobilitazione per difendere e, allo stesso tempo, potenziare e qualificare il Servizio sanitario nazionale. L'impegno costante per invertire la tendenza al definanziamento e garantire un adeguato livello di occupazione attraverso un piano triennale di assunzioni".

Aprile 2018 elezioni RSU. Consigli per l'uso
VOTA VOTANDOTI

Votare una/o collega per farci rappresentare sui luoghi di lavoro, sulle tematiche riguardanti le nostre condizioni di lavoro e salariali, normative e professionali, oggi è più impegnativo del voto politico per un semplice motivo: possiamo verificare ogni giorno se è capace nel ruolo che gli viene assegnato dal nostro voto, mentre la bontà della nostra delega politica siamo costretti a constatarla solo dopo anni a cose fatte, sbagliata o giusta che si rivelerà.
I fatti che segnano la nostra giornata lavorativa, e le ricadute nella vita quotidiana, non sono opinabili come le opinioni che ci hanno indotti a decidere di votare nelle ultimi elezioni politiche ma sono relative alle condizioni di lavoro, all'esistenza del posto di lavoro, al potere di contrattazione, alla sicurezza di salute.
Quindi, le elezioni delle Rappresentanze Sindacali Unitarie (RSU) ci danno una responsabilità diretta in quanto restano il solo strumento per tentare di partecipare alle decisioni nel confronto con la dirigenza aziendale del palazzo ma anche, e soprattutto, con le dirigenze nei luoghi di lavoro sui problemi che ci vengono buttati addosso causa disorganizzazione del lavoro, buchi nell'organico, come di ogni aspetto relazionale con i vari responsabili.
Dobbiamo, con il nostro fiato sul collo degli eletti, anche essere propeduetici per far sì che scoprano la vera natura di rappresentanti del lavoro e svolgere un ruolo concreto per la difesa dei diritti, per il rispetto dei diritti e delle regole, troppo spesso violate dai dirigenti e dai manager.
Però, per ridare un senso alle RSU c'è bisogno della nostra impronta in questo voto, perchè sono state ridotte all'impotenza dlle dirigenze nazionali, con la complicità di quelle locali, che hanno rapita tutta la titolarità della rappresentanza.
Dobbiamo votare scegliendo con oculatezza chi votare, valutando cosa ha combinato con i governi, con le Giunte regionali e con i manager.
Sui candidati nuovi la scelta deve ricadere su chi conosciamo e giudichiamo capace di impegnarsi. Sui vecchi candidati valutiamo cosa hanno fatto in concreto e se non hanno dipendenza fiduciaria con l'azienda.
Infine, non votare chi non ha mai avuto un minuto per ascoltarti.
Su come usare il voto possiamo consigliare di votare uomini e donne della CGIL.....ma se nel tuo posto di lavoro questi/e hanno avuto comportamenti sindacali poco aderenti ai problemi del lavoro e ci sono colleghe/i delle sigle USB (Unione sindacale di base); CUB (Comitati Unitari di Base); SGB /Sindacato Generale di Base), consigliamo di votarle/i.
Ecco come voteremo e consigliamo, coerenti con quanto scriviamo da 34 anni col nostro impegno sindacale.

franco cilenti

INFERMIERI
promemoria di un futuro?

Nel medioevo, periodo considerato erroneamente oscuro, esistevano le GILDE, ovvero corporazioni di artigiani e commercianti che avevano lo scopo di fare gruppo, quindi forza di una determinata categoria di mestieri. La storia, si sa, è fatta di corsi e ricorsi e oggi assistiamo esattamente a una sorta di restaurazione delle gilde.
Dopo la firma del contratto della sanità, su tutti i siti e su tutti i social è stato un fiorire di proteste. Chi più ha alzato la voce e ha più visibilità sono gli infermieri. Il discorso parte da un tempo lontano, cioè dagli anni '80 con la riforma sanitaria (833/79), ogni ospedale aveva la sua scuola per infermieri professionali. Per dare una dimensione del discorso persino piccolissimi ospedali del Piemonte, quali Carmagnola o Avigliana, avevano la loro scuola. Era una sorta di vivaio per infermieri che ognuno si ritagliava per fare fronte alla mutata situazione, che richiedeva la presenza degli infermieri professionali nelle corsie. Per accedere al corso da infermiere professionale era necessario il biennio delle scuole superiori, poi si frequentavano tre anni di corso molto duro, fatto di ore di teoria e di pratica e poi diventavi, finalmente infermiere professionale.
In quegli anni gli allievi erano considerati vera e propria forza lavoro gratuita, in pratica furono gli antesignani della oggi famigerata alternanza scuola-lavoro. Nel mentre le varie croci, rossa, verde, etc., cessarono di tenere corsi per infermieri generici, e va da se che si iniziò a registrare carenza d'infermieri nelle strutture. A quel punto per incentivare l'accesso alle scuole per infermieri professionali, furono prese due iniziative: il presalario agli allievi e la riqualificazione degli infermieri generici, i quali facevano una sorta di biennio di 2 anni in uno e solo 2 anni di corso in virtù dell'esperienza maturata. Per un po' la situazione rimase ferma, poi s'iniziò a rivendicare un ruolo diverso per gli infermieri, si parlava di professionista e autonomia professionale. Nel 1992 iniziarono in Italia i primi corsi universitari per infermieri. Questa è molto sinteticamente la storia recente degli infermieri nel nostro Paese. Lo scorso mese di febbraio è stato firmato il contratto della sanità dopo oltre 8 anni di vacanza contrattuale, termine usato per mascherare il fatto che lo stipendio e le relative parti accessorie, erano fermi da ben 11 anni.
Con la firma del contratto si è aperta la rivolta virtuale degli infermieri i quali rivendicano un contratto separato e adeguato alla loro professionalità. Dico virtuale perché a parte una manifestazione a Roma tutto il resto della protesta si è trasferito su internet, modo di protestare economico, comodo e non compromettente. Basta fare un giro sui social per trovare la qualunque. Chi rivendica un contratto a parte per gli infermieri, chi tira una riga netta tra infermieri laureati e professionali, chi vuole gli OSS ma non li vuole nel profilo sanitario.
Insomma la GILDA virtuale degli infermieri è venuta fuori. Chi scrive queste righe haimè, è avanti negli anni, ma proprio per questo è stato spettatore privilegiato nella cronistoria di cui sopra. Oggi tutto il mondo social, che pare sia quello che conta, sa che la categoria delle lavoratrici e dei lavoratori della sanità è spaccata e sono sicuro che chi comanda saprà usare questa cosa, d'altronde divide et impera lo usavano già gli antichi romani.
Per farli contenti gli hanno messo in piedi l'ordine professionale, avranno il tesserino figo e sarà sempre di più una categoria in ordine sparso, anche perché poi ci saranno i presidenti dei vari ordini a tirare il freno a mano, così si resterà precari, sottopagati, studi associati o disoccupati.

Arnaldo Sanità

La meritocrazia è considerata dalle retoriche dominanti il rimedio di ogni male e l'unico criterio di giustizia compatibile con l'efficienza e lo sviluppo di una società. Mediante una serie di semplici esempi e modelli, l'autore ci mostra tutti i paradossi del fallimento di ogni forma di cooperazione.

Si stabilisce il principio guida della contrattazione con forte e crescente diversificazione dei trattamenti economici in base alla valutazione dirigenziale, la contrattazione di secondo livello deve solo applicare e far vivere questo principio attraverso sistemi e criteri decisi a livello di ente. Ecco come noi vediamo, a una prima lettura, i nuovi contratti, compreso quello della sanità. Speriamo di sbagliare con il nostro pessimismo, derivante da oltre 9 anni di silenzio contrattuale.

Contratti pubblico impiego: performance per pochi

Abbiamo presente come lavoratori i risultati derivanti da tanti anni durante i quali il salario accessorio nel lavoro pubblico è stato nelle mani discrezionali dei dirigenti, quanto è successo, ad esempio, con le posizioni organizzative che hanno rappresentato molto spesso la premiazione dell'obbedienza cieca e clientelare, eufemisticamente definita "performance", piuttosto che le capacità professionali.
Ora la "performance" entra anche nel contratto nazionale, cosa del resto già prevista dal vecchio decreto Brunetta, stabilendo, come da Dlgs. 75/2017, la rigida connessione tra salario accessorio e valutazione dirigenziale. Quindi lo stipendio viene ridotto a elemosina, anche quella parte del salario che dovrebbe invece essere corrisposta in busta paga a seconda dei livelli di appartenza viene soggetta alla riffa della performance.

L'impianto contrattuale nel pubblico impiego stabilisce due livelli, uno nazionale e uno aziendale e si demanda alla contrattazione aziendale il compito di decidere criteri che certificano la differenziazione scaricando sulle Rsu il compito di dividere i lavoratori.

Ci chiediamo con quale convinzione Cgil Cisl Uil affermino che è aumentato il potere di contrattazione dato che i delegati saranno solo chiamati a gestire i criteri premiali che non faranno altro che favorire la disuguaglianza salariale nel trattamento accessorio, e chi chiediamo anche come non riescano a capire che è la fine di quel poco di contrattazione che resta.

Contratto sanità

Dopo quasi un decennio di blocco dei contratti collettivi di lavoro, è stato sottoscritto l'accordo anche per il contratto sanità tra l'agenzia ARAN e CGIL CISL, UIL.
Un decennio durante il quale i lavoratori del comparto hanno subito un danno economico di circa 9.200 euro ed oggi abbiamo solo un adeguamento economico di 85 euro lordi che diventeranno circa 50 netti, e alla sospensione della voce "vacanza contrattuale" in busta paga il definitivo sarà di 30 euro al mese dopo dieci anni.
Valeva la pena firmare questo contratto? Certamente no se non per sbloccare una situazione paradossale non riscontrabile nell'epoca repubblicana.

Il 23 Febbraio 2018 è stato firmato un pre accordo con le firme di CGIL-CISL- UIL ed FSI a cui seguirà la firma definitiva il 24 Aprile. Vogliamo sperare che che sia prevista una consultazione dei lavoratori che vincoli i contenuti sia dal punto di vista economico che normativo.

Vediamo in sintesi i punti concordati dai vertici.

PARTE ECONOMICA

L'aumento contrattuale a regime copre in minima parte l'inflazione registrata negli anni dal 2010 al 2017 e arreca danni alle retribuzioni ed agli istituti ad esse collegati. L'elemento perequativo è finanziato neanche per l'intero 2018 e non è valido ai fini previdenziali del TFR e degli altri istituti legati alla retribuzione, In sostanza è un compenso fuori busta.

PARTE NORMATIVA

Orario di Lavoro: nessuna riduzione dell'orario di lavoro seppur prevista dai contratti precedenti, di fatto si consente il superamento della normativa europea per quanto concerne le 11 ore di riposo, che possono essere posticipate in caso di riunioni di reparto o formazione obbligatoria. Tempi elevati a 15 minuti per la consegna. 5' per vestirsi, 5' di consegna e 5' per svestirsi. Il lavoro straordinario ai confini all'obbligatorietà. Restano i limiti delle 180 ore annue innalzate a 250 per il 5% del personale in servizio.

Indennità. Possibilità di aumentare l'indennità notturna e di reperibilità nella contrattazione aziendale, senza prevedere un prevenzione sulla sicurezza del lavoro e del rischio stress correlato. Il sistema classificatorio del personale viene rimandato a ipotetiche commissioni.
Il fondo dell'art.81 (fasce e premialità) viene completamente svuotato da quegli istituti che finora avevano permesso la loro fruibilità (permeabilità con il fondo Straordinari) e la diversità dei fondi contrattuali ci dice che le fasce siano a rischio a vantaggio delle posizioni organizzative e coordinamenti ora chiamati incarichi funzionali e organizzativi che continueranno ad essere finanziate dal fondo risorse decentrate, facendo pagare l'organizzazione del lavoro ai lavoratori.

Quindi cosa c'è:

- il perdurare del blocco del trattamento economico del personale del SSN e il taglio dei fondi della contrattazione integrativa, perchè non saranno certo 85 euro medi lordi promessi a colmare il vuoto di oltre 9 anni di congelamento contrattuale;
- l'aumento della età pensionabile, ed ora anche l'assenza di ogni riconoscimento dei carichi eccessivi di lavoro assegnati ad ASA, ADEST e OSS, e quindi il mancato e disatteso riconoscimento del loro inserimento nell'elenco dei lavori usuranti e gravosi.
- il mancato riconoscimento del passaggio di fascia, e categoria, per infermieri, caposala e tutti gli altri lavoratori sanitari del comparto, compresi OTA e OSS.
- la mancata valorizzazione dell'anzianità di servizio delle professioni sanitarie non mediche tramite scatti di carriera, il mancato riconoscimento delle ore necessarie all'aggiornamento professionale.
- il mancato riconoscimento del tempo divisa e passaggio di consegne
- il permanere della crisi infermieristica con oltre 25mila infermieri disoccupati,
- il sovraccaricare di lavoro il personale infermieristico, OTA, ASA e OSS per via del mancato ricambio dovuto al blocco del turnover e alle esasperanti condizioni lavorative, logica conseguenza al drastico contenimento dei costi messi in campo dalle aziende sanitarie e dalla privatizzazione di un Servizio alla Salute che dovrebbe essere pubblica, come detta a Costituzione.

Redazione Lavoro e Salute

Il Consiglio di Stato boccia gli appalti della Sanità

La sentenza del Consiglio di Stato riprende precedenti sentenze di Cassazione, pur non rappresentando immediatamente la soluzione definitiva al problema "Appalti", fonte di sperpero di risorse pubbliche, corruzione, lavoro precario e malpagato.
L'importante sentenza del Consiglio di Stato, la 01571/2018 del 12 marzo 2018, stabilisce che la stragrande maggioranza degli appalti di personale a ditte e cooperative per centinaia di milioni di euro all'anno non è legittima.
Un messaggio chiaro e definitivo alle ASL e agli ospedali che per sopperire alle necessità di personale, (infermieri, OSS, ausiliari), accampando il pretesto del blocco delle assunzioni nel pubblico, finora hanno proceduto con il sistema dell'appalto per migliaia di figure professionali, a ditte soprattutto cooperative.
Un notevole aggravio di costi per il servizio pubblico, con il conseguente peggioramento della qualità del servizio e delle condizioni di lavoro e il contestuale esplodere della corruzione per le aggiudicazioni.
Quante risorse pubbliche sono andate ad arricchire ditte e cooperative negli anni di blocco delle assunzioni?

15/3/2018

I diritti dei malati e le gare al ribasso

Sono ormai anni che la nostra organizzazione [FAND - Associazione Italiana Diabetici, N.d.R.] si batte contro la diffusione delle gare per l'assegnazione dei dispositivi medici per le persone con diabete. Stiamo parlando di glucometri, microinfusori, strisce per la misurazione della glicemia, che dovrebbero essere scelti e consigliati ai pazienti dal medico curante. Il corretto iter della cura personalizzata, cioè la scelta di un programma diagnostico e terapeutico individuale, prevede infatti che sia il medico curante - dopo avere individuato il tipo di diabete e lo stile di vita della persona, che varia da individuo a individuo a seconda dell'età e delle attività giornaliere - a scegliere, avendo a disposizione tutta l'offerta di mercato, i presìdi più adatti per il singolo. Il medico compie, con questa scelta, un atto terapeutico che solo un medico ha il diritto di compiere.

Il non garantire la personalizzazione della terapia, impedendo al diabetologo di scegliere le diverse soluzioni tecnologiche avanzate, costituisce un grave abuso, una violazione del principio di equità nel diritto alla salute, nonché un inutile dispendio economico causato da aumentati accessi al Pronto Soccorso per ipo- e iperglicemie e per conseguenti ricoveri per complicanze in strutture ospedaliere. Infatti, conti alla mano, solo il 4% dei costi sostenuti dai Servizi Sanitari Regionali è per i dispositivi del diabete, mentre il 50% dei costi diretti del diabete è legato ai ricoveri per complicanze.

Purtroppo, dopo la Legge 115/87, che aveva reso possibile la disponibilità gratuita di tali strumenti medici ai pazienti senza alcuna distinzione, con la revisione del Titolo Quintodella Legge Costituzionale del 2001 si è, di fatto, concesso alle Regioni il libero arbitriosulle modalità con cui i dispositivi vengono acquistati e distribuiti.

Secondo la nostra Federazione, l'assegnazione tramite bandi di gara della distribuzione di tali presìdi medici, non favorisce la concorrenza e non consente ai medici di individuare le nuove tecnologie sul mercato e di esercitare appieno il diritto di prescrizione.

I bandi, infatti, vengono vinti da chi fa l'offerta più vantaggiosa, cioè da chi offre strumentazione a minor costo, garantendo solo un marchio CEE che non è necessariamente indice di qualità. Soprattutto comporta costi "nascosti", spesso maggiori dei risparmi ipotizzati! Innanzitutto, adottare ogni volta nuovi glucometri ha un costo: il personale dei Centri Diabetologici deve educare i pazienti al loro utilizzo, creando malumore e dispetto nelle persone più fragili, abituate all'uso di uno strumento di cui hanno già compreso il corretto uso e nel quale hanno fiducia.

L'assistenza di qualità deve essere garantita a ciascuna persona con diabete, indipendentemente dalla Regione di residenza, mentre adesso c'è diversità di trattamento sia tra Regioni vicine, sia tra ASL della stessa Regione. Dove è finita, quindi, la tanto decantata centralità della persona prevista nel Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica licenziato solo quattro anni fa? Esistono forse pazienti di serie A e pazienti di serie B?

Ciò non è ammissibile. Le Associazioni che tutelano i diritti della persona con diabete non possono assuefarsi a tale condizione. Ribadiscono con forza che il risparmio non viene dall'individuazione e assegnazione di un singolo lotto, ma dalla possibilità di scelta, all'interno di un prezzo predeterminato, fra differenti presidi.

Chiediamo pertanto che venga rivisto l'approccio all'acquisizione del materiale indispensabile al controllo della malattia diabetica. Siamo malati certamente, ma capaci di discernere tra i decisori oculati e quelli che sono solo alla ricerca di fittizi e temporanei risparmi.
Siamo pronti a tutelare i nostri diritti, come abbiamo sempre fatto, in ogni legittimo modo.

Albino Bottazzo
Presidente della FAND - Associazione Italiana Diabetici.

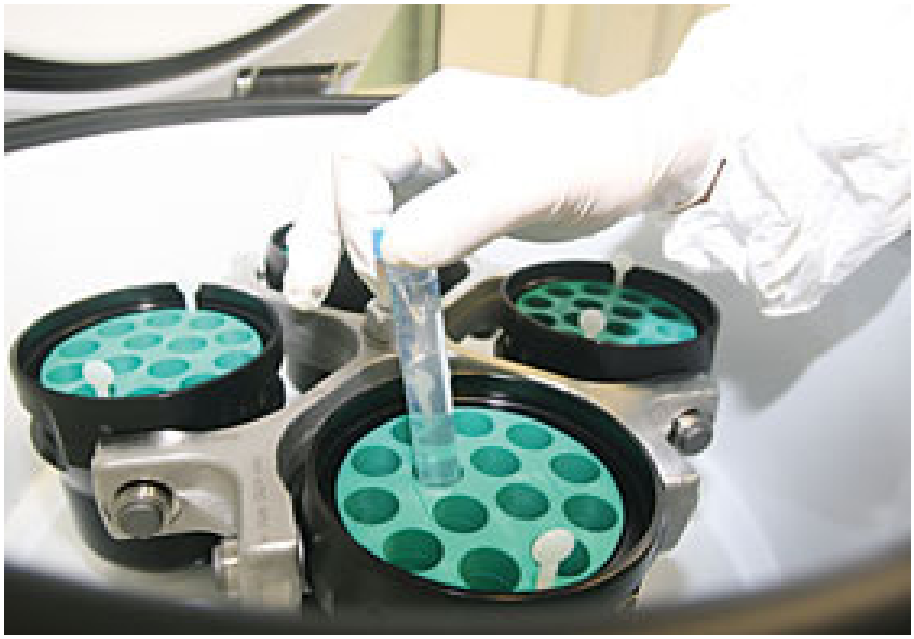
Per ulteriori informazioni e approfondimenti sul tema trattato nella presente Opinione: diego.freri@hcc-milano.com.

www.superando.it

Rapporto MEV(i) 2018 : sono 105.000 i morti evitabili (decessi avvenuti prima dei 75 anni per cause per le quali non si dovrebbe morire)

Mortalità evitabile

Il Rapporto MEV(i) 2018 conferma un'Italia a più velocità: la mortalità evitabile prima dei 75 anni più bassa a Rimini e Treviso (e nel Trentino), la più alta a Napoli (e in Campania).
L'approfondimento MEV(i) sui tumori per il World Cancer Day evidenzia una incoraggiante diminuzione della mortalità evitabile fra i maschi ma rileva profonde differenze territoriali.
Nebo Ricerche PA elabora i dati rilasciati dall'Istat a gennaio 2018 sui decessi per causa del 2015, anno della "supermortalità", che per oltre il 90% ha colpito gli ultra75enni.



Sono 105.000 i morti evitabili (decessi avvenuti prima dei 75 anni per cause per le quali non si dovrebbe morire) stimati da Nebo Ricerche PA sui dati Istat relativi al 2015, recentemente diffusi. In due casi su tre si tratta di maschi, fra i quali incide in netta prevalenza la mortalità legata agli stili di vita: alimentazione, consumo di alcol e di tabacco, attività fisica. Oltre al monitoraggio di risorse e strutture del servizio sanitario, i dati MEV(i) suggeriscono di potenziare gli interventi sui fronti dell'educazione e dell'informazione sanitaria fra la popolazione anche sul più corretto ed efficace utilizzo degli strumenti di prevenzione, screening e diagnostica. Al Progetto "MEV(i) - Mortalità evitabile (con intelligenza)" è dedicato il sito www.mortalitaevitabile.it, dove sono liberamente disponibili la banca dati degli indicatori e i riferimenti bibliografici, nonché tutte le edizioni e gli speciali pubblicati.

1 - La classifica della mortalità evitabile
È il Trentino Alto Adige a guadagnare il primo posto, fra le regioni, nella consueta classifica MEV(i), che quantifica i decessi per cause per cui non si dovrebbe morire pesando maggiormente le morti avvenute in età più giovani. La Campania mantiene l'ultimo posto, così come Napoli chiude la classifica provinciale, aperta da Rimini per i maschi e da Treviso per le femmine.

Le mappe epidemiologiche provinciali sottolineano i livelli più critici in gran parte del meridione e nelle isole, ma anche in qualche area del Nord-Ovest. Firenze registra la mortalità evitabile più modesta tra le Città metropolitane, tra le quali i posizionamenti migliori sono tutti occupati da Città del Nord, ad eccezione di Bari.

"Al di là della classifica generale - sottolinea Natalia Buzzi, responsabile della ricerca - una lettura più approfondita dei dati MEV(i) permette di cogliere importanti differenze nella composizione del fenomeno, cui contribuiscono le morti dovute a cause prevenibili, soprattutto tramite stili di vita, e quelle trattabili, vale a dire evitabili con diagnosi precoce e terapia. È piuttosto frequente, scorrendo la classifica, trovare realtà in cui le due componenti assumono pesi significativamente diversi e di ordine opposto."

A livello regionale, ad esempio, in Valle d'Aosta, si registra per i maschi un livello relativamente contenuto per mortalità dovuta a cause trattabili ma si raggiungono valori significativamente elevati per quella prevenibile; la Basilicata, al contrario, si distingue, per le femmine, per il valore più basso in ordine alle cause prevenibili e uno fra i più alti per i decessi legati alle cause trattabili.

2 - La mortalità evitabile per tumore
Le analisi MEV(i) dedicate alla mortalità prima dei 75 anni per tumore contrastabile con interventi di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento tempestivo mettono in luce profonde differenze territoriali, sia per il complesso delle patologie che nel dettaglio dei maggiori gruppi di cause.

Le mappe provinciali suggeriscono per i tumori delle vie respiratorie un andamento geografico, evidenziando per lo più migliori condizioni al Sud per entrambi i generi e, nel caso dei maschi, anche nel Nord-Est; per gli altri gruppi di cause, invece, sembra più difficile rintracciare percorsi territoriali, salvo notare tassi di mortalità spesso più bassi in alcune aree del Centro.

I dati degli ultimi 5 anni disponibili evidenziano una sensibile diminuzione per la mortalità maschile, con un costante abbassamento dei tassi, andamento non rintracciabile negli analoghi tassi di mortalità per tumore fra le femmine.
Per il solo anno 2015 con oltre 7.500 casi di morte i tumori di mammella e utero rappresentano la componente maggiore delle morti per tumore fra le femmine; a questi si aggiungono 12.000 decessi per altri tipi di tumore, meno della metà di quelli registrati per i maschi, in gran parte quasi equidistribuiti fra tumori dell'apparato respiratorio (12.600) e di quello digerente (10.600).

3 - La supermortalità 2015: i decessi fra gli ultra75enni
Nel 2015 sono stati registrati, complessivamente, 47.300 decessi in più rispetto al 2014, dei quali quasi 43.600 (circa il 92%) riguardanti persone di 75 anni e più. Il Rapporto MEV(i) mostra come le variazioni dei tassi di mortalità di questa popolazione siano aumentati in modo non uniforme sul territorio nazionale, con punte massime in Valle d'Aosta e in Campania per entrambi i generi.

L'analisi per causa del decesso ha mostrato aumenti dei tassi di mortalità per tutti i gruppi principali, con l'eccezione dei tumori, in calo fra i maschi e sostanzialmente stabile per le femmine. Osservando l'andamento dei dati nel quinquennio 2011-2015 il Rapporto MEV(i) ha in particolare posto l'attenzione sul tema della mortalità per infezioni, che appare in crescita non solo per effetto della supermortalità dell'ultimo anno.

Le mappe epidemiologiche hanno così evidenziato come vi sia una sensibile connotazione geografica nei sottogruppi presi in considerazione: ad eccezione delle malattie infettive da contatto (epatiti B e C, malattia da HIV, e così via), la mortalità per infezioni delle vie respiratorie (polmoniti, bronchiti, influenza), quelle batteriche (setticemie, tubercolosi, eccetera) e d'altro tipo (alimentari e altre infezioni) appare caratterizzata da una incidenza significativamente più elevata nelle regioni centrali e soprattutto settentrionali.

SCARICA IL RAPPORTO 2018
www.mortalitaevitabile.it

FARMACI

Il cartello di Basilea che ci costa milioni

Si tratta forse del caso più eclatante che dimostra come le case farmaceutiche dettino legge sui prezzi dei medicamenti. E di come per farlo utilizzino metodi molto discutibili. Per ostacolare un farmaco dal prezzo accessibile a vantaggio di un medicamento più costoso i due principali gruppi farmaceutici svizzeri hanno diffuso informazioni ingannevoli. I prodotti, perfettamente sovrapponibili, sono inoltre stati artificiosamente differenziati. Ciò che ha generato costi sanitari enormi. In Italia della vicenda se ne è occupata l'Antitrust e le autorità di perseguimento penale. In Svizzera le autorità affermano di avere le mani legate. Nell'articolo correlato a lato, l'opinione del dottor Franco Cavalli sul tema.
(*SU http://area7.ch)*

Aggiotaggio: è questo il capo d'accusa con cui i due rappresentanti legali in Italia di Roche e Novartis sono finiti sul registro degli indagati. Aggiotaggio, stando al codice penale italiano, significa turbare il mercato, pubblicando o divulgando notizie false, esagerate o tendenziose atte a cagionare un aumento o una diminuzione del prezzo di un prodotto. Nel caso specifico Maurizio De Cicco (Roche) e Georg Schroeckenfuchs (Novartis) avrebbero messo in atto «manovre fraudolente» finalizzate a turbare il mercato italiano dei prodotti oftalmici e realizzare così «ingiusti profitti patrimoniali». Così si legge, nell'avviso di conclusione delle indagini firmato dal pm di Roma Stefano Pesci.

La vicenda è nota da tempo e ha già fatto scorrere fiumi d'inchiostro. È la storia di due farmaci. Il primo si chiama Avastin, nato come medicamento antitumorale la cui licenza è detenuta da Roche. Da tempo, la comunità scientifica ha stabilito che il prodotto ha un'ottima e sicura resa anche per il trattamento della maculopatia, una malattia dell'occhio. Nonostante l'uso diffuso in ambito oftalmico, Roche non ha fatto nulla per richiedere un'estensione delle indicazioni di Avastin per questo utilizzo. Anzi, tramite la filiale Genentech ha creato un farmaco clone – il Lucentis – confezionato appositamente per l'uso in campo oftalmologico. La licenza del Lucentis è stata poi ceduta alla Novartis che, detto en passant, detiene circa il 30% delle azioni di Roche. La differenza tra i due prodotti è sostanzialmente il prezzo: se l'Avastin costa in Italia 80 euro, il Lucentis di euro ne costa 900. Una differenza abissale.

Novartis, però, non è riuscita ad imporre subito il nuovo farmaco poiché i medici italiani, per ovvie ragioni di costi, continuavano a prescrivere l'Avastin malgrado il farmaco non fosse autorizzato per questo trattamento (utilizzo off label). La posta in gioco è molto elevata: la maculopatia colpisce un anziano su tre sopra i 70 anni ed è la prima causa di cecità nel mondo occidentale. Nel 2012, l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) decide di obbligare gli ospedali a utilizzare il Lucentis al posto di Avastin. Nella vicenda, però, interviene anche l'Antitrust che, nel 2014, sanziona le due multinazionali basate a Basilea. Il motivo: «I due gruppi si sono accordati illecitamente per ostacolare la diffusione dell'uso di un farmaco molto economico, Avastin, nella cura della più diffusa patologia della vista tra gli anziani e di altre gravi malattie oculistiche, a vantaggio di un prodotto molto più costoso, Lucentis, differenziando artificiosamente i due prodotti». In sostanza l'Avastin è stato presentato come un farmaco pericoloso (ciò che è risultato poi inveritiero) condizionando così le scelte dei medici e dei servizi sanitari. Un cartello che, secondo l'Antitrust, è costato, nel solo 2012, un esborso aggiuntivo per il Servizio sanitario nazionale di oltre 45 milioni di euro, «con possibili maggiori costi futuri fino a oltre 600 milioni l'anno».

Per questa vicenda le due società svizzere sono state condannate ad una multa di circa 90 milioni di euro ciascuna. Una decisione contro la quale è stata fatta opposizione. Il Consiglio di Stato italiano, l'ultimo organo che deve trattare il ricorso ha chiesto un parere alla Corte europea di giustizia. La quale, lo scorso 23 gennaio, ha ribadito che l'intesa tra due aziende, «atta a diffondere informazioni ingannevoli sull'uso off label» di un medicamento al fine di ridurre la pressione che esercita su un altro medicamento, costituisce una restrizione alla concorrenza.

Pressioni e lobbing

Non vi è dubbio che in questa vicenda c'è stato un tentativo di strumentalizzare i profili di sicurezza dell'Avastin. Come? Attraverso tutta una serie di attività volte a sviluppare e diffondere il più ampiamente possibile una percezione di maggior pericolosità di Avastin. «A tale scopo – si legge in un documento consultato da area – spingendosi addirittura a predisporre apposite pubblicazioni scientifiche e piani di comunicazione mirati». Era la stessa Roche, affermano per iscritto diversi medici, che aveva inviato loro una lettera con la quale s'indicava che l'Avastin non era approvato per l'uso intravitreale e invitava a non usarlo per la cura delle maculopatie. Contemporaneamente anche Novartis cominciava a dire che era pericoloso usare Avastin e che si rischiavano guai giudiziari a usare un farmaco non approvato. Emblematica è anche la vicenda con Federanziani. Quest'ultima, nel 2011, aveva scritto una lettera a Roche e Novartis per lamentarsi della sproporzione di costi esistenti fra Avastin e Lucentis in ambito oftalmico e le sempre maggiori difficoltà incontrate nell'uso off label del primo farmaco. Poi, all'improvviso, il cambio di rotta: la tesi dei problemi creati da Avastin viene sposata anche dalla stessa Federanziani. In un comunicato stampa del 2014, quest'ultima rivela dei risultati allarmanti in merito all'utilizzo del prodotto di Roche per la maculopatia. Secondo quanto riporta il Fatto? Quotidiano, la Guardia di Finanza sospetta che il tutto sia stato creato ad hoc per «avvalorare la tesi della scarsa sicurezza dell'uso oftalmico dell'Avastin». Non sarà quindi un caso se, nel 2014, la stessa Federanziani ha ricevuto due finanziamenti da parte di Novartis, uno da 54.000 euro e un altro da 91.000 euro. L'informazione la si trova su un documento sul sito Internet di Novartis.

L'impotenza della Svizzera

In Svizzera, dove per il Lucentis le assicurazioni malattia spendono circa 75 milioni di franchi all'anno, questi metodi non sono necessari. Finché Roche non fa una domanda di autorizzazione a Swissmedic per l'utilizzo di Avastin in oftalmologia questo farmaco non può essere inserito sulla lista delle specialità stabilita dall'Ufficio federale di salute pubblica per il trattamento della maculopatia. Per questo l'utilizzo oftalmico di questo farmaco non può essere rimborsato dalle casse malati. Il coltello dalla parte del manico

CONTINUA A PAG. 11

Il cartello di Basilea che ci costa milioni

CONTINUA DA PAG. 10

c'è la quindi Roche che ben si guarda dal chiedere a Swissmedic l'autorizzazione. Tanto riceve già le royalties per il Lucentis venduto da Novartis ma che è stato creato dalla Roche. «La Confederazione non dispone delle basi legali per obbligare le aziende farmaceutiche a far omologare un nuovo medicamento o a estendere l'indicazione di uno già omologato» ribadisce il Consiglio federale in seguito ad un'interpellanza. Un'impossibilità d'azione che genera costi enormi per il sistema sanitario elvetico. Costi che toccano in primo luogo le casse malati: «Questo esempio dimostra come l'industria farmaceutica può cercare di massimizzare i suoi profitti a discapito dell'assicurazione di base. Purtroppo, i fabbricanti di medicamenti non possono essere obbligati a estendere l'indicazione dei loro prodotti per altri utilizzi che quelli previsti dall'iscrizione della sostanza sulla lista delle specialità» ci spiega Christophe Kaempf di Santésuisse.

Dimenticando forse di dire che, alla fine, questi costi vengono comunque riversati sui premi di cassa malati. E la Comco, non potrebbe intervenire così come lo ha fatto l'Antitrust italiana? No, ci viene detto da Berna: rispetto ad altri Paesi, come l'Italia, in Svizzera Roche e Novartis non hanno bisogno di ricorrere a un cartello. L'attuale sistema è già loro funzionale.

Federico Franchini
22.03.18 *http://area7.ch*

FARMACI

La nimesulide (Aulin). Vietata altrove, vendibile qui

La Nimesulide è un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS); in Italia il nome commerciale più noto è Aulin, anche se sono disponibili alcuni farmaci equivalenti. La Nimesulide attualmente è utilizzata in Italia come "farmaco NON di prima scelta", ma in diversi paesi europei tale farmaco non è più commercializzato.

In Spagna e Finlandia è bandito dal 2002, in Irlanda dal 2007, mentre nel Regno Unito e in Germania non è mai stato autorizzato al commercio. In altri paesi europei, prima della decisione della Commissione Europea del gennaio del 2010, per i gravi danni che provoca il farmaco a livello epatico e dell'apparato gastroenterico, avevano ritenuto opportuno ritiralo dal commercio. Belgio, Danimarca, Olanda, Svezia avevano provveduto al ritiro, mentre la Francia decideva di eliminarne la rimborsabilità. Negli Stati Uniti non è stata mai approvata la commercializzazione della Nimesulide.

L'European Medicines Agency (Agenzia Europea del Farmaco) raccomanda il non utilizzo della Nimesulide nei "[…] pazienti con problemi di fegato, è indicata solo per il trattamento del dolore acuto (mentre prima veniva usata anche in caso di dolore cronico) e dei dolori mestruali, deve essere utilizzata solo per brevi periodi, al massimo per quindici giorni, la dose massima è di duecento milligrammi (pari a due bustine, o a due compresse)."

Sarà compito del medico curante valutare scrupolosamente il rischio-beneficio della somministrazione di questo farmaco e, quando avrà compiuto la sua valutazione, scriverà la ricetta medica la cui prescrizione sarà NON RIPETIBILE. I farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) vengono associati a epatossicità, con un meccanismo molecolare non perfettamente chiarito. La Nimesulide viene associata a frequenti reazioni avverse gravi e imprevedibili nel fegato 1).

"I FANS presentano un ampio spettro di danni al fegato che vanno da asintomatico, transitorio, iper-transaminasemia, a insufficienza epatica fulminante. Tuttavia, la mancata segnalazione di casi asintomatici, lievi, così come di quelli con alterazione transitoria del test del fegato, insieme a segnalazioni non conformi ai criteri di farmacovigilanza e studi epidemiologici viziati, mettono a repentaglio la possibilità di accertare il rischio reale di Epatotossicità dei FANS.

Diversi FANS, vale a dire bromfenac, ibufenac e benoxaprofen, sono stati ritirati dal mercato a causa dell'epatotossicità; altri come la nimesulide non sono mai stati commercializzati in alcuni paesi e ritirati in altri. In effetti, la controversia relativa al rischio reale di una grave malattia del fegato persiste nella ricerca sui FANS…. Nonostante questo, la commercializzazione del nimesulide è ancora mantenuta in diversi paesi europei, sebbene i rapporti dell'EMEA raccomandino una durata della terapia limitata a 15 giorni e un dosaggio massimo di 100 mg/giorno [13].

La polemica riguardante la nimesulide persiste perché le serie cliniche, e gli studi epidemiologici, continuano a dimostrare come la nimesulide sia responsabile dei gravi danni recati al fegato [19,89,90]. D'altra parte, le istituzioni sanitarie concludono che il danno epatico causato da nimesulide è statisticamente comparabile a quello del resto dei FANS.

Riconoscere il vero impatto della nimesulide sul fegato non è un compito facile 2).
Uno studio, fatto molto bene, condotto da farmacologi e medici italiani evidenziava che la Nimesulide è associata ad alti rischi di acuti e seri problemi epatici; e l'ibuprofene, e alte dosi di ketoprofene, sono associati a modesti rischi di epatossicità (3)

Prof. **Roberto Suozzi**
Medico e Farmacologo Clinico
Suozziroberto.altervista.org

Mechanisms of NSAID-induced hepatotoxicity: focus on nimesulide.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12137558 1. Simili UA Boelsterli – ?2002 – ?Articoli correlati Mechanisms of NSAID-induced hepatotoxicity: focus on nimesulide. Boelsterli UA(1). Author information: (1)HepaTox Consulting, Pfeffingen, and Institute of Clinical Pharmacy, University of Basel, Basel, Switzerland. boelterli@hepatox.ch. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) have been associated with…• Send to Drug Saf. 2002; 25(9):633-48. Mechanisms of NSAID-induced hepatotoxicity: focus on nimesulide. Boelsterli UA1.

2) Non-steroidal anti-inflammatory drugs: What is the actual risk of liver …
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2997980/1 di F Bessone – ?2010 – ?Articoli correlati 7 dic 2010 – Several NSAIDs, namely bromfenac, ibufenac and benoxaprofen, have been withdrawn from the market due to hepatotoxicity; others like nimesulide were …. From the clinical stand point NSAIDs induced hepatotoxicity is associated with different patterns of clinical presentation, several mechanisms of liver …

3) British Journal of Clinical Pharmacology (2016) 82 Pharmacoloepidemiology Risk of acute and serious liver injury associated to nimesulide and other NSAIDs: data from drug-induced liver injury case-control study in Italy.
Corrispondence Prof Roberto Leone Pharmacology Unit, Department of Diagnostic and Pubblic Health, University of Verona. 13 March 2016.

Napoli, 20 – 22 aprile 2018

Congresso Nazionale di Medicina Democratica

Napoli ospiterà il IX Congresso Nazionale di Medicina Democratica–MD Movimento di Lotta per la Salute, dal 20 al 22 aprile **presso l'ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario occupato dal Centro Sociale Je so' Pazzo**. I temi sono il diritto alla salute, all'ambiente salubre e alla partecipazione democratica nella loro tutela assieme a quella del lavoro. Dopo il consuntivo del triennio passato da parte di **Piergiorgio Duca**, presidente uscente, **Fulvio Aurora** parlerà della privatizzazione della sanità partendo dalle delibere della Lombardia per il passaggio dei malati cronici alle strutture private, in correlazione alla Rete Salute Europea per la difesa dei sistemi sanitari pubblici. **Annibale Biggeri** interverrà sul ruolo dell'epidemiologia nelle lotte per la difesa dell'ambiente.

Seguire il programma del congresso è come fare un corso di educazione civica sui temi della salute: dai problemi della psichiatria e delle questioni di genere, – affrontati dagli **attivisti del Centro Sociale**, da **Nonunadimeno** e da **Psichiatria Democratica** con riferimenti anche alla volenza culturale e strutturale che è sovente alla base del disagio e della sua degenerazione violenta – fino alla salute dei migranti con **Paolo Fierro** in prima fila a Napoli su questo tema. Saranno trattati temi ambientali, dalla situazione della Terra dei fuochi al caso ILVA con gli esiti dell'indagine epidemiologica su Taranto commentati da **Valerio Gennaro**. **Maurizio Loschi** parlerà di ambiente e lavoro, **Maurizio Marchi** di geotermia, **Gianluca Garetti** di agroecologia e della tossicità dell'agricoltura industriale. Sono previsti spazi per i movimenti, le **Mamme per la salute di Venafro** in provincia di Isernia, **Mario Murgia** della Associazione Italiana Esposti Amianto – AIEA di Matera, le **Mamme no PFAS** dei comuni veneti, le Mamme no inceneritore di Firenze. Una sessione sui diritti sarà aperta da **Laura Mara** per illustrare il ruolo di MD nelle tante vertenze giudiziarie in corso, dall'Eternit-bis al processo Solvay, mentre **Dario Miedico** discuterà l'obbligatorietà delle vaccinazioni pediatriche di massa introdotta nel maggio 2017. Sono programmati interventi sulla disabilità – partendo dalla struttura di **Casa Gabriella** a Firenze, dove Gabriella Bertini, figura guida della lotta per la dignità, la salute e l'autonomia delle persone paraplegiche, aveva vissuto e realizzato un centro internazionale di medici, studiosi e persone con lesioni al midollo.

Numerosi gli interventi, come quello di **Marco Spezia**, su prevenzione e diritti nei luoghi di lavoro. MD sottolinea una delle peggiori conseguenze della abolizione dell'art. 18: la normativa attuale che prevede libertà di licenziamento ha svuotato il costrutto del decreto 81/08 sulla sicurezza che prevede la partecipazione dei lavoratori all'opera di prevenzione tramite il rappresentate alla sicurezza – RLS. Non risulta più garantito l'articolo per cui l'RLS "non subisce pregiudizio alcuno a causa dello svolgimento della propria attività". Negli scorsi mesi era accaduto il contrario a Jonathan Milani, RLS di uno stabilimento Esselunga di Massa Carrara: il giudice ha riconosciuto l'ingiusto licenziamento ma all'Azienda è bastato pagare qualche mensilità per allontanarlo. MD invita a riflettere su questo vulnus; l'attività di RLS non si improvvisa, necessita di conoscenza tecnica e di un'incessante opera di relazione con i lavoratori, gli organi di vigilanza, il sindacato, l'INAIL, le amministrazioni.

Gli RLS sono soggetti al rischio di licenziamento e mobbing ma ancor più è a rischio qualsiasi lavoratore che individui nel proprio datore di lavoro comportamenti di violazione del decreto 81/08. È successo a Riccardo Antonini che ha denunciato le carenze di sicurezza che hanno portato al disastro ferroviario di Viareggio, la cui responsabilità è stata riconosciuta proprio a carico dello stesso datore di lavoro che lo aveva licenziato. Dall'altra parte, i tagli di spesa riguardano anche gli ispettori delle USL, ma paradossalmente più questi diminuiscono e più viene richiesto un maggior numero di ispezioni. La spersonalizzazione, l'impossibilità di approfondire l'analisi del ciclo e dell'organizzazione del lavoro, la scarsa comunicazione con gli RLS, rendono così la qualità delle ispezioni sempre più bassa. Allo stesso modo di medici e infermieri che non si rapportano più ad una persona malata, ma a un rene, una prostata, un omero, così gli ispettori sono costretti a limitare la propria attività entro farraginosi protocolli e a chiudere gli occhi sul resto, per non perdere tempo. In molti casi vengono censurati se applicano le norme a termini di legge, fino all'assurdo di venire incriminati per questo, come nel caso del medico del lavoro sui cantieri TAV di Reggio Emilia. Il rafforzamento del ruolo degli RLS non può prescindere dal ripristino dell'art. 18; potrebbe essere applicata la nuova legge che reca "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità" ma questa, oltre a garantire solo scarse tutele, si è resa necessaria in un contesto dove i lavoratori e le lavoratrici sono ricattabili mentre occorre ripristinare le tutele per tutti.

Si parlerà al congresso di Napoli anche di agricoltura e alimentazione, cicli produttivi e nocività, grandi opere, gestione rifiuti con in serata proiezioni di documentari: La geotermia elettrica industriale di **Carla Pampaluna** attivista di No Geotermia Toscana e Arsenichem: la catastrofe continuata di **Massimiliano Mazzotta** di Life After Oil, che ricorda l'incidente del settembre 1976 quando 32 tonnellate di ossido di arsenico sono ricadute sull'abitato di Manfredonia in Puglia dopo un'esplosione del locale impianto Enichem che ferì venti operai e intossicò centinaia di persone.

Al termine dei lavori, l'Assemblea Generale sancirà il rinnovo di direttivo e presidenza di MD a cui spetterà definire il programma del prossimo triennio.

Enzo Ferrara

Medicina Democratica Torino

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - ONLUS
Medicina Democratica

Iniziative nella sanità, lotte per la sicurezza sul lavoro, inchieste sull'ambiente. Approfondimenti scientifici.

www.medicinademocratica.it

Iscriviti, 50 euro
tessera e abbonamento alla rivista nazionale

IL NUOVO NUMERO DELLA RIVISTA NAZIONALE

> EDITORIALE
di Enzo FERRARA *1*

> IL SESTANTE
di Enzo FERRARA e Marco CALDIROLI *9*

> DOSSIER Quale velocità a cura
di Enzo FERRARA *15*

> Relazione Tecnica relativa all'immane e nefasto disastro ferroviario avvenuto nella Città di Viareggio il 29 giugno 2009
di B. THIEME, L. MARA, R. CARRARA *19*

> Strage di Viareggio: condannati Moretti & company. La nostra lotta ... non può che continuare
di Riccardo ANTONINI *34*

> Il senso delle grandi opere e irischi del trasporto ferroviario. Intervista a Claudio CANCELLI
di Enzo FERRARA *37*

> L'alta velocità tra Brescia e Verona inutile, costosa, dannosa
di Roberto SALERI *43*

> La globalizzazione e il fallimento di Hanjin
di Sergio BOLOGNA *50*

> Utilizzo e abuso di rifiuti nella formazione di infrastrutture stradali
di Marco CALDIROLI *53*

> La nuova via della seta
di Francesco CIAFALONI *67*

> Costi e benefici della Nuova Linea Torino Lione. Per chi?
di Angelo TARTAGLIA *71*

> Costi e benefici della Nuova LineaTorino Lione. Per Repressione del Movimento No Tav: il ruolo della Magistratura
di Paolo MATTONE *76*

> La sentenza del Tribunale Permanente dei Popoli: diritti fondamentali, partecipazione delle comunità locali e grandi opere
di Gianni TOGNONI *79*

> La sentenza del Tribunale Permanente dei Popoli del 8 novembre 2015 sulla violazione dei diritti fondamentali degli abitanti delle comunità locali in Val Susa a cura del Tribunale Permanente dei Popoli *89*

> La genesi della sessione dei TPP
di Livio PEPINO *91*

> Torino Lione: a che punto siamo?
di Luca GIUNTI *95*

> Osservazioni alla comunicazione di procedura di valutazione di impatto ambientale in ottemperanza alla prescrizione n. 235 della delibera CIPE 19/2015 pubblicata il 10/07/2017
di Mario CAVARGNA *103*

INTERVENTI & ESPERIENZE

> Rifiuti assimilabili o assimilati, una porta scorrevole utilizzata per spostare i costi dalle imprese alla collettività
di Roberto MONFREDINI e Marco CALDIROLI *111*

> Consumo di suolo e salute
di Marco CALGARO *121*

CONTRIBUTI

> Vaccini: tra nuovi obblighi e diritto alla libertà di cura. "Analisi e suggerimenti di avvocati e giuristi", un convegno a Firenze sugli aspetti giuridici e costituzionali della costrizione a dieci vaccini
di Beatrice BARDELLI *139*

RUBRICHE

> Donne e Salute
di Elisabeth COSANDEY e Laura VALSECCHI *123*

> Chimica, Ambiente e Salute
di Tiziano GOMERIO e Monica DI DONATO *125*

> Scuola e società
di Rino ERMINI *135*

Per una critica dell'economia politica in sanità

Medicina e potere ai tempi della crisi. Materiali di riflessione per un aggiornamento politico culturale sul Servizio Sanitario Nazionale.

di **Edoardo Turi**
Medico di sanità pubblica Azienda sanitaria locale

" *Il Capitale non ha riguardi per la salute e la vita dell'operaio quando non sia costretto a tali riguardi dalla società* ".
K. Marx, Il Capitale 1867

11 pagine su come eravamo e come siamo messi. Racconto sulla sanità di ieri e di oggi, sul lavoro di chi ci opera e sul che fare. Stralci redazionali di uno saggio pubblicato online su *www.inchiestasociale.it*

Introduzione.
Questioni metodologiche: storicismo e critica dell'economia politica.
Da molto tempo le forze politiche e sociali che si richiamano alle tradizioni politiche e al patrimonio culturale del movimento operaio e democratico e delle forze politiche di sinistra in Italia non sembrano in grado di elaborare un aggiornamento dell'analisi sulla salute e la sanità in relazione ai cambiamenti in atto nel mondo e nel paese: la globalizzazione, la finanziarizzazione dell'economia, le migrazioni, i paesi del BRIC (Brasile, India, Cina) ed, in ultimo, la crisi del 2008 dai sub-prime al default della Grecia sino al Governo Monti e alle lezioni del 2013, il governo Letta-Alfano, poi Renzi-Alfano passando per il berlusconismo e la crisi dell'economia italiana.
E' necessario un grande sforzo collettivo per recuperare il deficit cognitivo determinato da un lato dalla perdita di memoria sia nelle generazioni politiche di militanti, attivisti, operatori e cittadini che hanno costruito la Riforma sanitaria del 1978 in una forma di vero analfabetismo di ritorno, sia in quelle successive che considerano il SSN come sempre esistito e indistruttibile, attraverso un analfabetismo relativo.
I Servizi sanitari in ogni nazione sono infatti il risultato di lunghi e complessi processi politici, sociali ed economici legati alla storia dei singoli paesi, alla loro cultura e a dinamiche internazionali.

Questo saggio non vuole ripercorrere la storia della sanità italiana nella sua complessità e, tra i molti autori che ne hanno narrato le vicende, si può fare riferimento in particolare a G. Cosmacini e S. Luzzi . Si intende invece sottoporre gli eventi storici e la storiografia ad una riflessione politico culturale attraverso una possibile chiave di lettura che parta dalla critica dell'economia politica quale antidoto al pensiero economico classico largamente dominante ormai anche a sinistra.
Tale metodo trae origine dall'omonimo testo marxiano del 1957, "Per la critica dell'economia politica", noto ai più soprattutto per queste due citazioni: "Non è la coscienza degli uomini che determina la loro vita, ma le condizioni della loro vita che ne determinano la coscienza", e ancora: "L'umanità non si propone se non quei problemi che può risolvere, perché, a considerare le cose da vicino, si trova sempre che il problema sorge solo quando le condizioni materiali della sua soluzione esistono già o almeno sono in formazione", che venne scritto in concomitanza con lo scoppio della prima crisi finanziaria mondiale, interrogandosi sul rapporto tra produzione, consumo e idee.
(.....)
Per queste ragioni sono necessari frequenti rimandi alle vicende storiche ed economiche e la sanità italiana sarà letta attraverso le lenti di una interpretazione critica di tali vicende.

Cambiamenti dei profili epidemiologici e anime della anità in Italia.

E' bene riflettere dunque su un primo aspetto che orienta ogni successiva analisi: la sanità in Italia parte da tre anime che non si incontreranno se non recentemente e in modo contraddittorio, mantenendo così nel proprio genoma, una storia separata e non ricomposta.
Da un lato la sanità pubblica intesa non quale sanità pubblica verso sanità privata, ma quale disciplina scientifica di Public Health degli autori anglosassoni: ovvero quale scienza rivolta a migliorare la salute della popolazione tramite sforzi organizzati della società, utilizzando tecniche di prevenzione delle malattie, di protezione e di promozione della salute.
Inizialmente erano gli Uffici di sanità delle Repubbliche marinare durante le epidemie di peste e poi delle Signorie. Successivamente attraverso i secoli questo filone arriverà al Testo Unico delle Leggi sanitarie (1901-1934), al Medico provinciale e all'ufficiale sanitario fino al moderno ruolo nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Ministero della sanità.
Infine con le riforme della sanità italiana dal 1978 in poi si arriverà ai contemporanei Distretti, Direzioni sanitarie e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), alle Agenzie di sanità pubblica regionali, dove costituite, al ruolo degli assessorati alla sanità.
Parallelamente vediamo l'ospedale: dai primi ospedali dei regni romano-barbarici attraverso le Crociate sino all'ospedale moderno comunale e provinciale e infine l'Azienda Sanitaria Ospedaliera (ASO) o i presidi ospedalieri delle ASL. E, infine, il medico di base, di famiglia, della mutua e oggi Medico Medicina Generale (MMG), erede del Medico condotto ottocentesco sino al primo dopoguerra. A loro volta queste anime incontreranno rispettivamente con ritardo e contraddittoriamente la medicina moderna figlia della rivoluzione scientifica del 1600.
Le vicende storiche della sanità vanno inoltre lette alla luce dei fenomeni sociali, economici e politici del mondo occidentale che qui si rammentano brevemente.

La rivoluzione industriale modifica radicalmente i profili epidemiologici, prima simili per millenni, con la prevalenza delle malattie infettive e il progressivo passaggio alle malattie cronico degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, ecc.) per via dei nuovi fattori di rischio introdotti dall'industrializzazione (fattori di rischio chimico-fisici nell'ambiente di via e di lavoro) e dall'inurbamento, ma al tempo stesso comporta il miglioramento dei determinanti di salute (reddito, istruzione, abitazioni, acqua potabile, reti fognanti, alimentazione, strutture sanitarie, vaccinazioni, ecc.) allungando e migliorando le condizioni di vita.
Questo processo è stato determinato dall'interesse del

CONTINUA A PAG. 15

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 14

capitale/datore di lavoro a curare le malattie infettive perché intralciavano l'andamento della produzione e dallo scarso interesse del capitale/datore di lavoro a curare le malattie cronico degenerative, fino a tutto il dopoguerra, perché a insorgenza tardiva e andamento cronico con peggioramento solo dopo l'uscita dalla produzione.
Inoltre con la rivoluzione francese prima e la rivoluzione industriale poi, la produzione fordista successivamente e infine le grandi guerre mondiali, le masse irrompono nella storia, e ciò impone al capitale e ai governi di interessarsi della salute per ampi settori di popolazione.
Questa complessità dei processi di formazione del servizio sanitario è dunque particolarmente vera anche per l'Italia come si è illustrato in un precedente articolo.
Ed è questo il secondo rilevante aspetto con cui si formano le tre anime sopra descritte: l'intreccio con la storia italiana di cui si sono richiamati alcuni passaggi: il sistema ospedaliero, prevalentemente di origine religiosa e medievale prima e municipale poi; la figura ottocentesca del medico condotto e la primordiale struttura di sanità pubblica dello Stato italiano post unitario fondato sul Ministero degli interni (da una cui Direzione generale solo nel 1959 nascerà il Ministero della sanità) con il Prefetto, l'Ufficiale sanitario e il Medico provinciale.
Tali istituti erano tipici rispettivamente di una tradizione religioso-caritatevole o centralistico-autoritaria di stampo sabaudo-fascista (aspetto da non trascurare nelle vicende che portarono alla norma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale - SSN - nel 1978).
Il sistema mutualistico di natura bismarkiana del dopoguerra, che copriva solo alcuni lavoratori e in modo difforme (con una parte cospicua di popolazione priva di assistenza sanitaria).
Una genesi, quindi, fortemente legata a modelli ideologici e statuali arretrati ed autoritari. Il paese approda così alla Legge n.833/78 dopo più di un decennio di lotte sociali e politiche del movimento sindacale, degli studenti e della sinistra contro le vecchie mutue, per la prevenzione e per garantire a tutti i cittadini un sistema universalistico fondato sulla fiscalità generale essendo ormai evidente che il modello mutue-medico provinciale non era più in grado di

rispondere ai bisogni di salute che lo sviluppo impetuoso del capitalismo italiano nel dopoguerra determinava attraverso l'industrializzazione e l'inquinamento dell'ambiente interno ed esterno alla fabbrica, l'agricoltura intensiva ed estensiva con ampio uso di sostanze chimiche, il traffico veicolare, i riscaldamenti domestici, la produzione industriale di alimenti, il consumismo, lo sviluppo edilizio, l'urbanizzazione, la scolarizzazione di massa.
L'Italia arriva però alla Riforma sanitaria del 1978 ben trent'anni dopo l'istituzione del National Health Service (NHS) britannico fondato nel 1946 e crea il proprio SSN poco prima che nel 1980 la conservatrice M.Tatcher inizi l'opera di graduale trasformazione e smantellamento del NHS britannico.
Inoltre l'istituzione del SSN avveniva con l'ostilità del Ministero della sanità, che perdeva potere a scapito delle Regioni e dei Comuni (e che con la L. 833/78 avrebbe dovuto essere riformato ma ciò avverrà solo dopo la Riforma Bindi del 1999) e di una parte del mondo medico.
Inoltre per anni l'Italia non si dotò di un Piano sanitario nazionale, seppur previsto dalla riforma ma, soprattutto, le nascenti USL ereditarono il personale delle vecchie mutue con i limiti culturali che ciò comportò.
Poi, come vedremo, solo tredici anni dopo (un periodo assi breve per un paese come l'Italia), nel 1992 con la prima "riforma della riforma" che porta il nome di De Lorenzo (ministro poi condannato per Tangentopoli), inizia il suo progressivo smantellamento protrattosi attraverso varie traversie giuridiche (Garavaglia, Bindi, Balduzzi, Lorenzin) sino ad oggi e fino a fare dire ad un giovane Direttore generale del Lazio che la Riforma del 1978 non esiste più, affermazione formalmente falsa, ma assai verosimile nella sostanza.
Nel 1978 infatti inizia un processo di involuzione conservatrice, se non di vera e propria controrivoluzione reazionaria, avviata con il rapporto Trilateral e il golpe in Cile nel 1973 e culminata nel 1978 con il rapimento e l'uccisione di A. Moro, il governo di solidarietà nazionale di G. Andreotti con l'astensione del PCI, la stagione dell'unità nazionale con le "giunte anomale" DC-PCI a livello locale, la rottura del PCI con il PSI, la sconfitta degli operai FIAT nel 1980, il referendum sulla scala mobile nel 1984 che, con la rottura dell'unità a sinistra e del sindacato, porterà al craxismo e al berlusconismo aprendo il ventennio dal quale non si può

CONTINUA A PAG. 16

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 15

dire che l'Italia sia ancora uscita.
Insomma la Riforma sanitaria nasce sotto il segno di lotte, conquiste e avanzata della sinistra, ma verrà realizzata in anni di restaurazione sociale e politica.
(....)

Nascita dei sistemi sanitari fondati sulla cittadinanza e la fiscalità generale.
La domanda da porsi è dunque: che possibilità di sopravvivenza hanno i sistemi sanitari fondati sulla cittadinanza, la fiscalità generale e il welfare universalistico con neanche cento anni di vita? (a) Il clima di quel momento storico è ben illustrato nel film di K. Loach " The spirit of 1945" United Kingdom 2013.
I paesi occidentali che hanno un sistema sanitario pubblico, di entrambi i modelli, lo hanno ottenuto attraverso processi economico-sociali e politici fortemente intrecciati.
Fondamentalmente come concessione delle classi dominanti, nell'ambito di un compromesso sociale (socialdemocratico) che ha comportato la costruzione del welfare in tutto l'occidente industrializzato ed in particolare nell'UE a 12, grazie alle lotte sociali ed operaie sviluppatesi dall'800 e come paura della rivoluzione politico sociale da parte delle classi dominanti.
(.....)

La critica alla corsa ai profitti in medicina, la contestazione del potere accademico, la lotta contro il numero chiuso, la proposta di riforma del corso di studi di medicina attraverso l'introduzione di materie quali economia, sociologia, antropologia, psicologia, critica della neutralità della scienza e dei ruoli sociali e del medico, operatore sanitario unico, 150 ore e sapere operaio, collettivi di ricerca, prevenzione, autogestione della salute, self help nella salute della donna, chiusura dei manicomi, critica dell'istituzione totale, diritto alla salute, lavoro socialmente utile, rossi ed esperti, medici scalzi, fino al mito de "Il bisturi e la spada" di Norman Bethune, ecc. (mentre la critica radicale alla medicalizzazione della società di I. Illich in Italia ha avuto poca fortuna).
Questo periodo in Italia era fondato prevalentemente sul solidarismo cattolico e l'egualitarismo socialista e comunista di derivazione marxista e dall'innesto successivo del movimento antiautoritario e libertario del 1968, del femminismo e dell'ecologismo.
Tale ricca stagione si è ormai inaridita.
(.....)

La ricchezza liberata dal SSN pubblico, oltre a rafforzare i interno che alimentando la domanda che traina l'economia, al contempo, garantisce l'integrazione sociale culturale delle classi sociali subalterne che formano così quella enorme "classe media" che è la base sociale delle democrazie moderne.
Il reddito/salario dei lavoratori della sanità infatti, oltre ad essere un lavoro di utilità sociale, migliore di un call center o nel complesso militare - industriale (welfare contro warfare), è un modo per i cittadini e i lavoratori di riappropriarsi del plusvalore prodotto: dunque va considerato una variabile indipendente al netto, nella sanità privata, del profitto che il padrone/imprenditore ne trae.
Quindi questo è il primo paradigma di critica dell'economia politica che la sinistra deve assumere: difesa del SSN

come difesa del reddito delle classi medie e subalterne, del mondo precario, sotto occupato, disoccupato. Altro che conflitto tra "garantiti" e non "garantiti", "anziani privilegiati" e "giovani discriminati". Difesa del salario come difesa della democrazia, perché le classi medie impoverite sono la base di manovra del populismo di destra e dei fascismi. E' nota la critica del welfare, della sua burocrazie e inefficienza, soprattutto in Italia, nel Meridione e nell'Europa del sud. Oggi questa critica sembra allargarsi dalle destre liberiste e a settori della sinistra neoliberale, alcuni sostanzialmente subalterni al pensiero unico dominante dell'economia classica, altri, anche in buona fede, affascinati dalla critica del welfare che già fu di I. Ilich e di H. Marcuse e oggi attratti dal "neomutualismo".
(....)

Altro motivo del venire meno di quel compromesso è anche la totale subalternità culturale, e quindi politica, delle sinistre ed in particolare di quella italiana alla cultura neoliberista, ma meglio sarebbe ormai dire neo liberale o neo capitalista, incapaci di letture altre dal pensiero economico classico.
Questo avviene partendo dall'inganno semantico e cognitivo che ha segnato gli anni '90 del passaggio da "eguaglianza" ad "equità" (il new labour di Blair, gli anziani "garantiti"l reddito/salario del lavoratore e dei cittadini (soprattutto se lo consideriamo un indice del rapporto di forza tra le classi), rappresenta una possibilità di consumo sul mercato con le loro pensioni contro i giovani "non garantiti", il test di accesso alle università, la retorica del merito, l'elogio della precarietà sino al complesso delle leggi Treu-Biagi-Fornero, il disprezzo per il pubblico dell'insieme normativo Bassanini-Brunetta-Madia, ecc.).
(.....)

L'argomento dell'aumento della spesa "out of pocket" da parte dei cittadini a iniziare dai ticket che, da forma di compartecipazione alla spesa e improprio ed iniquo calmiere di prestazioni giudicate pregiudizialmente "inappropriate", peraltro differente tra le Regioni, sino a rendere competitive le prestazioni direttamente private, si configura come una vera e propria tassa sulla malattia da cui sono esentati, per reddito, gli evasori.
Tale risorsa economica privata si può così dirottare sul modello assicurativo.

CONTINUA A PAG. 17

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 16

Il privato convenzionato religioso e non, e pezzi di sanità pubblica particolarmente svantaggiosi dal punto di vista del rapporto costi-benefici (medici di medicina generale, medici ambulatoriali convenzionati SUMAI) spaventati dai tagli alla sanità, vedono questa come unica strada per vedersi garantite risorse entrando anche nel mercato assicurativo.
Il mercato bancario assicurativo, sempre avido di introiti, ha bisogno del denaro della classe media destinato al risparmio o ai consumi, per le proprie indicibili finalità speculative.
Se la sanità incide mediamente per il 70% sui bilanci regionali, il 60-70% (compresa la medicina di base e specialistica ambulatoriale convenzionata e la sanità privata accreditata) di tale 70% è per il personale (la sanità è ancora un settore ad alta intensità di lavoro umano).
Tale percentuale aumenta se si considera l'indotto (farmaceutica, elettromedicali, servizi, ecc.). Quindi tutte le riduzioni di spesa (riduzioni di posti letto, chiusura di ospedali o presidi pubblici, chiusura di convezioni con il privato, riduzioni di Unità Operative Complesse-Unità Operative Semplici, esternalizzazioni non riassorbite, ecc.), al di là della loro più o meno discutibile motivazione, servono fondamentalmente a ridurre il costo del lavoro o attraverso licenziamenti (sanità privata) o attraverso il blocco del turn over e delle assunzioni (pubblico) con maggiore sfruttamento dei lavoratori addetti.
Anche gli stessi posti di lavoro nella sanità privata (per il ragionamento sul blocco sociale-classe media-reddito-consumi-democrazia), non possono essere considerati un costo solo privato: infatti appena si tocca il privato questi trova immediati alleati nelle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) perché si viene a toccare il reddito dei lavoratori dipendenti di tali strutture private.
E' proprio in questo contesto che la polemica erogatori/produttori pubblici-privati in sanità va riletta oltre l'imbroglio ASL "terzo pagatore", che sceglie tra pubblico o privato "in competizione", tra chi comprare prestazioni migliori a minore costo, simulando un comportamento da assicura
La precarizzazione dei rapporti di lavoro (tempi determinati, COCOCO, partite IVA, finte borse di studio, ecc.), le

esternalizzazioni ormai anche nei settori "core business", complice il blocco delle assunzioni, sono un vero falso in bilancio con lo spostamento dalla voce "beni e servizi" di prestazioni lavorative attraverso intermediari di mano d'opera, ruolo cui non è estraneo il movimento cooperativo, le ONLUS e terzo settore no profit.
Quest'ultimo, in particolare, è una "invenzione di successo, un magma informe...ingiusto ma legale", ritagliato sul modello del welfare degli USA, facendo diventare "tutto uguale e meritevole" un costoso ospedale gestito da un ordine religioso e una mensa per i poveri, come ci ricorda G. Moro.
E infine il convenzionamentoaccreditamento con il privato.
Tutto ciò determina una oggettiva privatizzazione dall'interno del SSN (il barattolo di Nutella di una efficace immagine ascoltata: la mangi tutta all'interno lasciando lo strato sul vetro affinché il barattolo sembri pieno, ma in realtà è vuoto).
La precarizzazione soprattutto nell'Italia meridionale, anche per l'invecchiamento degli operatori, modifica la costituzione stessa delle ASL/ASO, rendendole ricattabili e facile preda dei processi di privatizzazione svuotandole dall'interno fino a farle diventare progressivamente un contenitore sempre più povero di contenuti.
E' importante, quindi, come prima cosa, un processo di stabilizzazione dei precari attraverso graduatorie nazionali e regionali e non di Azienda sanitaria, e le reinternalizzazione dei servizi appaltati e comunque una politica di salvaguardia dell'occupazione e del reddito al netto dei profitti realizzati dai privati nello scarto tra retribuzione per lavoratore e ammontare dell'appalto.
Si pensi quale impoverimento strategico abbia comportato la sostanziale esternalizzazione di tutti i servizi informatici fino alla totale assenza di figure tecniche interne alle ASL/ASO in grado di indirizzare, valutare e intervenire su tali processi che impattano sulla riservatezza, la comunicazione e la democrazia.
Si tratta dunque di proporre un new deal della sanità anche attraverso nuove norme nelle gare di appalto: una ditta che partecipi a gare per l'esternalizzazione di servizi dovrebbe avere già almeno il 50% del proprio bilancio da attività con privati oppure che le cooperative abbiano effettivamente caratteristiche autogestionarie e non imprese camuffate che sfruttano i lavoratori soci o dipendenti, certificazioni

CONTINUA A PAG. 18

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 17

s ociali ed ambientali.
(.....)

Da strumento di razionalizzazione della spesa - peraltro non diminuita, mentre è diminuito il finanziamento - e di allontanamento della politica dalle decisioni gestionali, l'aziendalizzazione è diventata il più formidabile strumento di gestione politica, spesso autoritaria, tramite la figura monocratica del Direttore Generale (DG).
(....)

Peraltro queste figure appaiono in contrasto con la normativa della pubblica amministrazione, creando una pericolosa confusione tra politica e gestione e, per di più, senza adeguati contrappesi di controllo, partecipativi e democratici: come azienda anomala le ASL/ASO non hanno un consiglio di amministrazione cui rispondere come nelle aziende municipalizzate e lo stesso collegio sindacale è di nomina politica.
I DG sono responsabili di derive autoritarie in ampia sintonia con le tendenze oligarchiche e la verticalizzazione della politica (decisionismo, governabilità, presidenzialismo, riforma costituzionale ed elettorale del governo Renzi), peraltro sempre più mestiere (weberianamente "professione" come sbocco della disoccupazione intellettuale o diretta attività di lobby di settori: banche e finanza, professioni, edilizia, informatica, farmaceutica, ecc.).
I comuni e sindaci non sembrano in grado, tranne rare eccezioni, di essere da contrappeso a tali derive, essendone a loro volta parte in quanto sempre più mediatori tra corporazioni che rappresentanti dell'interesse generale della comunità locale, mentre gli organismi "partecipativi" delle ASL/ASO (collegio di direzione, consiglio dei sanitari, confronto con le OO.SS.) sono stati spogliati man mano delle loro valenze consultive e di programmazione, ammesso che ne abbiano mai avute, banalizzati. Il collegio di direzione è formato dai direttori di area, dipartimento o strutture nominati dal DG e quindi ad esso obbedienti come un comitato centrale.
(....)

In realtà, come si è detto, si può parlare di una forma di analfabetismo di ritorno nelle generazioni più anziane degli operatori della sanità, dimentiche dei processi socio-politici che hanno portato al SSN, fino a segare il ramo su cui sono seduti, buttando il bambino con l'acqua sporca; mentre le più giovani generazioni di operatori sanitari, disoccupate, precarie, sotto occupate, malpagate, vivono una forma di analfabetismo relativo in quanto l'università, e la contemporanea mancanza di adeguati luoghi di confronto intergenerazionali, culturali, sindacali o politici, omette nei percorsi formativi le materie socio economiche e culturali che potrebbero dare loro adeguati strumenti di lettura prima e di impegno sociale poi, lasciandoli in balia di derive corporative e qualunquiste.
In realtà i "giovani" come categoria sono una moderna invenzione legata al marketing e al consumo dal dopo guerra e con il baby boom degli anni '60: tranne rare eccezioni i giovani come categoria sociale esistevano solo come rampolli di classi privilegiate, spesso più propensi a chiedere l'entrata in guerra o la rivendicazione di Trieste italiana. Il '68 rompe per la prima volta questo paradigma ma, sembrerebbe, sinora, anche per l'ultima.

Su di essi pesa la sconfitta del movimento degli anni '60-'70 e il fallimento delle esperienze rivoluzionarie post sovietiche, ma anche un sostanziale analfabetismo relativo, una scolarizzazione di scarsa qualità.
(.....)

Dunque per coloro i quali vogliano difendere il SSN (a iniziare dalla corretta citazione dell'acronico SSN come Servizio Sanitario Nazionale non, come sempre più spesso capita: Sistema, come adottato dalla Regione Lazio del suo attuale presidente N. Zingaretti; il Servizio può essere un sistema e viceversa, ma sono due concetti diversi: il Servizio racchiude in sé un concetto di valore che il sistema non ha (un altro eufemismo) ed è prioritario ricollegare tale difesa ad un ragionamento di critica dell'economia politica declinandola, come si è fatto finora, in relazione ai temi della sanità pubblica, della salute e del welfare e quindi alle varie problematiche a ciò collegate (numero chiuso, facoltà di medicina, professioni sanitarie, specializzazioni, ospedale, territorio, libera professione, liste di attesa, appropriatezza, prevenzione, ecc.).
Ormai la discussione sul SSN è prevalentemente appannaggio di economisti, sociologi, politici di professione, giornalisti, rappresentanti delle corporazioni professionali, ma gli operatori della sanità sembrano averne perso da tempo gli strumenti culturali di lettura e interpretazione, somigliando più a coloro i quali parlano della nazionale di calcio al "Bar sport" senza aver mai dato un calcio ad un pallone, che a lavoratori quotidianamente impegnati in prima linea.
Non diversi da quegli operai di fabbrica che conoscono solo il loro pezzo della catena di montaggio ma non il resto del processo produttivo.
Va fatta dunque una lettura economica e politica della crisi e delle trasformazioni politiche intervenute nel SSN italiano negli ultimi anni, riappropriandosi di strumenti conoscitivi abbandonati nel tempo, quali l'economia, rifiutando una interpretazione tutta tecnicistica delle politiche sanitarie.
(....)

Così il taglio alla spesa pubblica punta a colpire il reddito e il consumo delle classi medie (nella accezione ampia di middle class sopra descritta), prima con i ticket e il ricorso alla sanità privata, poi con assicurazioni, prima volontarie poi obbligatorie, eventualmente in base al reddito (tranne gli evasori), consente la riappropriazione da parte del

CONTINUA A PAG. 19

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 18

capitale finanziario di parti di quel salario reale o differito che il SSN rappresenta, per giocarlo nella roulette delle borse mondiali anziché lasciarlo al potere di acquisto delle classi medie e subalterne. Una riflessione alternativa e radicale sulla finanziarizzazione e la globalizzazione.
Tracciamo alcune linee di una possibile riflessione alternativa che parta da un pensiero radicale che non rimuova le cause della sconfitta degli anni '60-'70, il lungo decennio del Sessantotto italiano, ma indaghi su di esse, per comprenderne la probabile non contingenza nel quadro di contesto dato.
(.....)

Se diminuisce il PIL la spesa sanitaria, se invariata, aumenta in misura percentuale rispetto al PIL, per un effetto paradosso.
Se quindi la spesa sociale e sanitaria deve diminuire per garantire il pareggio di bilancio (ora irresponsabilmente in Costituzione) prende piede la posizione dell'insostenibilità del SSN (anche per le regioni virtuose) le cui risorse vanno implementate attraverso meccanismi assicura tivi per ora solo complementari o integrativi ma prevalentemente a carico del cittadino (per questo dai centri di cultura neoliberali la riforma Obama ha riscosso tanto successo: non per l'innegabile passo in avanti negli USA ma come possibile modello da noi).
Sinora questa posizione (resa possibile già dalla Legge De Lorenzo 502/92 ma rafforzata dalla Legge Bindi 229/99) era più che altro obiettivo del mondo assicurativo-finanziario, assetato di risorse (da Mediolanum all'UNIPOL).
La politica sia di centrodestra che di centrosinistra ne ha sempre diffidato, perché il consenso elettorale che veniva dalle USL/ASL/ASO, sia legittimo (buoni servizi) che illegittimo (raccomandazioni, appalti, ecc.) se non palesemente illegale (appalti truccati, assunzioni pilotate, sprechi, malaffare), era sempre garantito a fronte di un passaggio a forme economiche (le assicurazioni) non controllabili.
L'illegalità peraltro si concentra ove vi sono risorse e i tagli vi incidono poco e la sanità, costituendo il 70% dei bilanci regionali, è un serbatoio politicamente e geograficamente bipartisan (gli episodi di illegalità hanno toccato regioni con

diverse amministrazioni: Lombardia, Piemonte, Puglia, Lazio, Abruzzo, Calabria, Sicilia).
La diffusione in diversi contratti collettivi di forme assicurative sanitarie non integrative ma sostitutive (anche i metalmeccanici, ma non dimentichiamo che il primo esempio lo danno i parlamentari che hanno tra i propri benefits una assicurazione di malattia), l'imporsi del modello assicurativo nel mondo pensionistico e della protezione sociale (fondo Perseo, sino all'ASII della Fornero, disegno di legge del PD sulla non autosufficienza, DDL di Riforma della protezione civile del governo Letta sui rischi da terremoto e alluvioni, responsabilità civile dei medici e recentemente il prepensionamento), segna un colpo a favore del trasferimento di risorse dalla produzionecommercializzazione di beni al mondo bancario-finanziario-assicurativo, che ne è sempre più avido in presenza della finanziarizzazione dell'economia.
(....)

Ma la miscela della situazione politica ed economica e l'arretramento culturale descritto hanno ormai vanificato questi sforzi, mentre una nuova classe di manager e burocrati predatori si sta avventando sul sistema, avidi di carriera e guadagni per gestire il residuo consenso politico che comunque il SSN assicura in termini elettorali o per la gestione di affari leciti e illeciti, come le numerose inchieste della magistratura testimoniano.
Questo prima del suo probabile crollo e trasformazione, facilitati dal pensionamento della generazione degli operatori cresciuti con la L. 833/78 e non più sostituiti se non da precari, peraltro anche essi anziani. Gli atti di autonomia aziendale con Dipartimenti, Unità Operative Complesse (UOC), Unità Operative semplici dipartimentali (UOSD), Unità Operative semplici (UOS) sono un apoteosi della mediazione politico professionale corporativa mentre il concorso pubblico, con i suoi riti barocchi e ipocriti, ma almeno omaggio alla residua virtù formale, è un lontano ricordo che fa quasi tenerezza con le sue commissioni di universitari, funzionari regionali e ministeriali, sindacalisti e cultori della disciplina. Con la ovvia complicità delle forze sindacali e dei CCNNLL si è visto nel tempo un proliferare di UOC e Dipartimenti: un modo per garantire miglioramenti economici non solo alla dirigenza ma anche al comparto in assenza di aumenti reali in busta paga, legando la retribuzione alla gerarchia, premiando la fedeltà e l'obbedienza alla

CONTINUA A PAG. 20

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 19

Direzione dell'azienda.
(.....)

La stessa storia della sanità pubblica italiana è inoltre una storia "autoritaria" nei suoi filoni separati attraverso i secoli, come si è detto. L'ospedale con la sua origine religioso militare legata alla Crociate e agli ordini religiosi (Ospitalieri, ecc.). Gli "ufficiali di sanità", primo nucleo di polizia sanitaria delle Repubbliche marinare e delle Signorie, da cui nascerà l'impostazione sabauda e fascista del Testo unico delle Leggi sanitarie sino alla Direzione della sanità pubblica del Ministero degli interni (che inutilmente nel dopoguerra il Governo Parri tenterà di superare attraverso l'Alto commissariato per l'igiene e sanità pubblica, immediatamente soppresso riportando le competenze al Ministero degli interni secondo una visione autoritaria della sanità pubblica come un problema di ordine pubblico, approccio duro a morire se si pensa agli interventi sui siti di stoccaggio dei rifiuti nucleari o al dibattito sull'obbligo vaccinale). E infine la tradizione scientifico accademica.
(.....)

Conseguentemente è venuta meno ogni strategia democratico partecipativa fondata sul decentramento istituzionale, da cui nascono le mega municipalità urbane, le mega ASL, la soppressione delle Province, lo svuotamento degli istituti di partecipazione democratica, complice la revisione di spesa (shock economy), sino alla figura del direttore generale delle ASL/ASO, il preside manager della "buona scuola" e le forme di presidenzialismo governativo in un processo di verticalizzazione autoritaria.
(-----)

Cosa accadrà ai servizi sanitari senza una cultura della cura condivisa e larga? Quell'"I care" di don Milani che era l'esatto contrario del "me ne frego" fascista. Cosa accadrà senza la spinta egualitaria che quei servizi aveva prodotto in campo istituzionale attraverso la L. 180 del 1978 di Basaglia e la L. 194 del 1978 per la tutela sociale della maternità oltre che per l'interruzione volontaria di gravidanza? Norme che avevano fatto da corollario alla Riforma sanitaria dello stesso anno.
Rimane il corporativismo delle professioni, il familismo amorale del "tengo famiglia" di E.C. Banfield: "massimizzare unicamente i vantaggi materiali di breve termine della propria famiglia nucleare, supponendo che tutti gli altri si comportino allo stesso modo".
Rimane il conformismo culturale (rafforzato dalle derive autoritarie aziendali per cui intervenire liberamente sulla stampa in modo critico verso l'Azienda sanitaria se non si è sindacalisti o consiglieri comunali, può comportare il licenziamento o penalizzazioni sul lavoro).
Corporativismo, familismo e conformismo stanno già minando dall'interno i servizi sanitari, la cui età media è sempre più alta e dove con il pensionamento seppure tardivo (per effetto della Legge Fornero) dei baby boomers, dietro di loro ci saranno solo precari o nessuno.
Ma soprattutto nessuno a difendere la Riforma del 1978 o quel che ne rimane e il SSN.
In questo contesto il disagio esistenziale dei giovani medici di Medici senza camice, pazienti senza pigiama, pur ricalcando molto del disagio espresso dalla generazione del Sessantotto, con cui non aveva avuto nessuno scambio, (il

che ci consola sulla bontà delle intuizioni ma ci preoccupa al tempo stesso per la capacità camaleontica del sistema di non modificarsi e di rigenerarsi), non compensa il vuoto determinatosi in più di venti anni di assenza di lotte sociali e politiche in sanità.
Cosa rimane delle lotte contro il potere accademico, contro il numero chiuso, per la trasformazione degli studi in medicina (come chiedeva G. Maccacaro), ora non solo dei medici ma anche delle neonate professioni sanitarie che sempre più rincorrono i medici come modello di potere corporativo: dall'abolire l'ordine dei medici siamo arrivati ai numerosi ordini professionali previsti dal Disegno di legge Renzi-Lorenzin.
Dimenticando l'origine medievale, corporativa e fascista degli ordini professionali: qui il pensiero liberal democratico di derivazione anglosassone è largamente rimosso ma anche quello di un liberale come L. Einaudi.
Mentre il numero chiuso è vissuto come il necessario scotto da pagare per entrare nelle caste sanitarie prima con la laurea poi con la specializzazione dimenticando che la selezione sociale e di classe opera a monte, sin dalla scuola e dalla famiglia, e non potendosi in ogni caso escludere irregolarità, illegittimità, illegalità e corruttele nel sistema informatizzato di selezione affidato completamente a ditte informatiche private che ormai rappresentano una nuova lobby e un potere occulto peraltro piuttosto costoso.

Quali culture, iniziative e lotte per un servizio sanitario pubblico?

Le possibili linee di iniziativa di un nuovo ciclo di lotte sociali non possono dunque prescindere da linee di pensiero radicale che, partendo dalla critica dell'economia politica, si manifestino anche in obiettivi "prefiguranti" e radicali che immaginino una trasformazione sociale della sanità in senso egualitario e democratico partecipativo.
Se il Novecento e la sconfitta del pensiero radicale che ha portato alla costruzione del welfare in occidente pesano su di noi come macigni è necessario riflettere profondamente su quelle culture ed esperienze ripercorrendone a ritroso i sentieri sbagliati per ritrovare il percorso giusto.
In questo quadro è importante non cadere nel tranello della "revisione della spesa", degli "sprechi", dei "costi della corruzione" e da una malintesa interpretazione dell'"appropriatezza" (un inganno cognitivo e semantico che fa adottare il linguaggio dell'avversario rendendo culturalmente subalterni) che da una razionalizzazione dei costi sono

CONTINUA A PAG. 21

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 20

sempre più taglio della spesa e quindi attacco al reddito/salario dei cittadini lavoratori (ticket, blocco dei CCNL, riduzioni salariali, blocco delle assunzioni, licenziamenti) a favore dell'evasione e di altri comparti di spesa (complesso militare industriale, grandi opere, interessi sui derivati, evasione della normativa europea e conseguenti costose sanzioni, adozione nazionale di norme europee costose ed inutili, ecc.).
Sul rifiuto dei tagli alla spesa sanitaria le corporazioni e le Regioni sono spesso d'accordo ma poi le concordano: la vera divisione è su dove e come si reperiscono le risorse.
La spending review intesa come revisione della spesa va dunque dal punto di vista della critica dell'economia politica fatta non solo in sanità e comunque al netto del costo reale dei salari in sanità e nell'indotto, per non aggravare la crisi riducendo i consumi e impoverendo quindi quella enorme classe media che è la spina dorsale della democrazia ma che, con processi di proletarizzazione, diventa facile massa di manovra del populismo autoritario.
No quindi ai tagli ma riconversione di risorse, anche senza aumento delle stesse, in una quadro di compromesso "garanzia del salarioposto di lavoro verso razionalizzazione-riconversione".
Non si taglino posti letto o servizi senza prima aver creato strutture alternative (considerando che sia Francia che Germania hanno più posti letto per abitante dell'Italia e che non si sa quali possano essere i benefici del taglio dei posti letto come ci dimostra Cislaghi mentre sappiamo subito quali siano gli effetti negativi oppure non è dimostrato che i mega accorpamenti di ASL/ASO producano risparmi o miglioramenti di salute come prospetta M. Geddes.
(.....)
Inoltre, soprattutto nei servizi pubblici, scioperare stanca (come hanno osservato G.Grassi e T. Pipan) ed è necessario reinventare e praticare nuove forme di lotta non ambigue che prefigurino un'idea di trasformazione democratica radicale della sanità: scioperi alla rovescia, autogestione, boicottaggio e autoriduzione del ticket, disobbedienza civile.
Il bilancio a tutti i livelli (Stato, Regioni, Comuni, ASL/

ASO) deve diventare trasparente e partecipato (ricollegandosi alla campagna di Sbilanciamoci): quanto incidono i derivati e le cartolarizzazioni - di cui gli Enti locali e le Regioni, anche di centro-sinistra, sono pieni come Report, l'Espresso hanno dimostrato e la recente denuncia della Corte dei conti che ha chiamato a pagare alti dirigenti dello stato e del Ministero dell'Economia e finanze?
Quanto incide l'evasione fiscale (si pensi all'addizionale IRPEF)? Se gli economisti si interessano di sanità è bene che gli operatori sanitari e gli attivisti ritornino ad interessarsi di economia portandovi una visione di critica radicale.
E' necessario rifiutare gli interventi che incidono sul reddito/salario come le assicurazioni integrative/sostitutive soprattutto pagate dal cittadino/lavoratore e i ticket, proponendo da subito un disegno di legge alternativo di riforma del fisco nella consapevolezza che la tematica fiscale ha ormai dimensioni internazionali.
Non dimentichiamo che le assicurazioni sostitutive sono ormai parte integrante di molti CCNNLL, come si è detto, compreso il metalmeccanico e che lo stesso parlamento se ne avvale.
Attenzione ai processi internazionali in sanità: dalla crisi in Grecia e Spagna allo smantellamentodel NHS in Gran Bretagna, con legami e solidarietà agli operatori di quei paesi, creando una vera "internazionale della sanità": sindacati, social forum o esperienze come il People's Health Movement (66), soprattutto di fronte alle scadenze elettorali europee, alla libera circolazione dei capitali ma non degli esseri umani e la esternalizzazione internazionale di servizi, la loro fornitura da parte di privati, la delocalizzazione e il turismo sanitario, anche attraverso il trattato TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership) come ben illustrato da M. Bortolon .
Creare un nuovo metodo di gestione partecipativa delle ASL che, senza reintrodurre i Comitati di Gestione della L. 833/78, realizzi però modalità partecipative (consigli locali della sanità formati da sindaci/assessori alla sanità locali, OO.SS., associazioni dei cittadini e dei malati, consiglio dei sanitari).
Si pensi che a Roma il sindaco nomina dei propri rappresentanti nelle ASL/ASO al di fuori di ogni criterio politico amministrativo, spesso per sola conoscenza personale.
E' necessario contestare la figura anacronisticamente e pericolosamente monocratica del Direttore generale, semanticamente di derivazione ministeriale nella pubblica

CONTINUA A PAG. 22

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 21

amministrazione ma con forte analogia nel privato, il manager che, come ci ricorda H. Bravermann, ha la stessa etimologia di "maneggio" (proprio nel senso di addomesticare il cavallo): "Il verbo tu manage dal latino manus, significava all'origine addestrare un cavallo ad eseguire gli esercizi di manège.
Man mano che il capitalismo crea una società nella quale si presume che nessuno rispetti altro che il proprio interesse, e si generalizza il contratto di lavoro tra le parti che hanno in comune solo l'impossibilità di fare a meno l'una dell'altra, il management diventa uno strumento sempre più sottile e perfezionato.
La tradizione, il sentimento e l'orgoglio della propria professionalità svolgono un ruolo sempre più debole e sporadico, e vengono considerati da entrambe le parti come manifestazioni di una natura migliore cui sarebbe follia pensare di conformarsi.
Come un trainer che usa le redini, la briglia, gli speroni, la carota e la frusta e l'addestramento fin dalla nascita per imporre la propria volontà, il capitalista compie ogni sforzo, mediante il management, per controllare.
E questo controllo è proprio il concetto centrale di tutti i sistemi direttivi, come tutti i teorici della direzione aziendale hanno implicitamente o esplicitamente ammesso".
Non essendo superabile una forma gerarchica nel pubblico sarebbe già un miglioramento la creazione di una carriera nazionale della Dirigenza amministrativa e medico-sanitaria contrattualizzata, con separate funzioni e ruoli, oltre la triade direttore generale, sanitario ed amministrativo, sul modello dell'Ecole National d'Administration (ENA) francese, con concorso pubblico nazionale sottratto allo spoil system (che invece la Lorenzin reintroduce surrettiziamente con l'albo nazionale dei direttori generali), con una ragionevole rotazione di sedi anche interregionale.
E' necessario altresì prevedere un sostanziale ridimensionamento della retribuzione riallineandola e parametrandola a quanto previsto dai CCNNLL della sanità (la Bocconi e la FIASO, non a caso, propongono l'esatto contrario).
Riformare gli studi in medicina e delle professioni sanitarie attraverso l'istituzione di un biennio unico per i medici e le professioni sanitarie tutte senza numero chiuso e sbarramento al terzo anno (modello francese) con una armoniosa riforma delle scuole superiori: obbligo reale sino a 16 anni con programmi unici e poi solo pochi indirizzi in parte uguali e in parte differenziati per orientamento, perché la formazione scolastica è sempre meno adeguata agli studi universitari e i corsi di laurea per le professioni sanitarie dirottano i settori proletari del mondo giovanile attratti dalla possibilità di occupazione, sempre più effimera e precaria, più che dal tipo di lavoro di cura.
Introdurre corsi di economia, sociologia, psicologia interfacoltà tramite gli ordinamenti e le cattedre esistenti.
Riportare la formazione del medico di medicina generale nel sistema universitario attraverso una specifica scuola di specializzazione come nel dibattito aperto su Saluteinternazionale.info.
E' necessaria una vertenza nazionale per l'occupazione in sanità e contro il precariato come avvenne dopo il 1977 con le Leghe dei disoccupati e oggi con NIDIL (nuove identità di lavoro) - CGIL le Camere del lavoro autonomo e precario, e come ha fatto il comparto della scuola.

E' necessario sbloccare il turnover al 100%, anche nelle Regioni in piano di rientro collegandolo alla vertenza per la revisione della Legge Fornero del sistema pensionistico, contro ogni meccanismo di prepensionamento tramite prestiti bancari o meccanismi assicurativi, e rivendicando per tutti il ritorno al sistema retributivo, il reddito di cittadinanza e il sevizio civile.
Infatti questa vertenza non può che porre al centro un modo diverso di lavorare, una diversa organizzazione dei servizi e del lavoro, partendo dalla presa in carico come nuova forma di prendersi cura dell'altro basato sulla gentilezza come suggeriscono A. Phillips e B. Taylor : "Un comportamento gentile viene dunque guardato con sospetto: le pubbliche dimostrazioni di bontà vengono liquidate come moralistiche e sentimentali. …
La gentilezza d'animo è vista o come una storia da copertina, o come una mancanza di vigore.
Le icone popolari della solidarietà …vengono o adorate come sante o malignamente smascherate come ipocrite. Si pensa: dare la priorità ai bisogni degli altri può anche essere degno di ammirazione, ma certo non è normale...
Le grandi aspirazioni odierne sono l'indipendenza e la fiducia in se stessi.
L'appartenenza reciproca è invece temuta e taciuta.
È diventata uno dei grandi tabù della nostra società...
La gentilezza è sempre un azzardo, perché si fonda sulla sensibilità nei confronti degli altri, sulla capacità di identificarsi con i loro piaceri e le loro sofferenze...
La generosità, cioè la capacità di farsi carico della vulnerabilità degli altri e quindi anche della propria, è diventata un segno di debolezza...
Oggi ci aspettiamo che la gentilezza possa riguardare solo il rapporto tra genitori e figli, in verità come qualcosa di consentito e obbligatorio….
Potremmo anche fermarci a pensare cosa significhi fare il genitore in una società in cui la generosità viene occasionalmente apprezzata e implicitamente scoraggiata".
Insomma capovolgendo il B. Brecht del "Anche l'ira per l'ingiustizia fa roca la voce. Oh, noi che abbiamo voluto apprestare il terreno alla gentilezza, noi non si poté essere gentili".
Il lavoro sanitario è essenzialmente un lavoro di cura dell'altro e forse per questo negli ultimi anni si è visto un maggior numero di donne medico, mentre la prevalenza del

CONTINA A PAG. 23

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 22

genere femminile era già ampiamente presente tra infermieri e assistenti sociali.
È quanto risulta da un'analisi della Fp Cgil Medici, condotta sugli ultimi dati ufficiali del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato: "Un lavoro nel quale si evidenzia come, dal 2009 al 2014, i medici sono diminuiti di ben 5.689 unità (passando da 112.817 a 107.128) ma le donne medico nel Servizio sanitario nazionale sono aumentate di 2.242 (da 41.896 a 44.138)"; anche se a ciò non corrispondono ruoli apicali e anzi aumenta la precarietà e minori retribuzioni.
Tuttavia vi è una rapporto tra il lavoro dell'operatore sociosanitario e la relazione di cura, basata sull'ascolto e l'empatia.
(.....)
Ma il nodo vero è sempre come trasformare l'ospedale, attraverso un diversa organizzazione del lavoro che ne superi la dimensione "fordista" e i suoi dispositivi biopolitici, in un luogo democratico per i pazienti e per chi vi lavora, che non si limita a "riaggiustare" il malato per poi reinserirlo (a volte abbandonarlo) nel sistema che ha prodotto, aggravato o trascurato la malattia. In questo quadro devono modificarsi radicalmente le culture degli operatori sanitari e del medico, come ci ricorda sempre G. Cosmacini, che parla di "scomparsa del dottore": "...a partire dalla "rivoluzione terapeutica" innescata dall'avvento degli antibiotici e proseguita a tutt'oggi con le innumerevoli conquiste vantaggiose della tecnomedicina, il rapporto tra curanti e curati si è fatto via via sempre più tecnologico tendendo a sovrapporsi o addirittura a sostituire l'accostamento umano, umanologico, del medico al paziente.
Si è aperta una nuova stagione, che è quella odierna.
Le malattie non sono più quelle infettive, che i farmaci potevano guarire; sono quelle metabolicoinvolutive legate in gran parte al protrarsi della vita media.
La tecnomedicina ha molto contribuito a questa maggior quantità di vita e al miglioramento della sua qualità.
Ma le malattie con cui essa fa i conti sono oggi quelle cardiovascolari e tumorali, infarto, ictus, cancro, leucemie, e quelle neurodegenerative, morbo di Parkinson, sclerosi multipla, Alzheimer, che talvolta non si possono (ancora)

guarire, ma che si debbono (sempre) curare. Il medico d'oggi è certamente un tecnico; guai se non lo fosse.
Però non può essere solo tale. La competenza tecnica è necessaria, ma non sufficiente. Egli può usare bene il computer, osservare protocolli e linee guida, fare buon uso di farmaci ed esami. Ma non può pensare che tutto ciò possa compensare l'eventuale mancanza del buon metodo clinico, basato anche sulla relazione di cura, sul rapporto interumano, interpersonale, tra la propria persona e la persona del malato. Il malato ha bisogno del medico della persona, tanto competente quanto disponibile, come lo era una volta, salvo eccezioni, "il dottore".
Ma la Slow medicine, al di là delle facili mode, è possibile se si avversa e modifica la fast life nelle aziende sanitarie e nella società. Vale lo stesso ragionamento dell'appropriatezza che non si può vedere separata da un lavoro sul consumo critico, così la slow medicine presuppone una organizzazione del lavoro lenta e amichevole, slow and friendly, partecipata, meno gerarchica, burocratica e autoritaria.
Il medico è una figura spesso troppo affannata nel rincorrere fama e profitti tramite la libera professione intramoenia o extramuraria non per vanagloria, tranne rari casi, ma perché nella sua percezione di antica professione liberale si sente a torto o a ragione minacciato socialmente da altri professionisti: magistrati, giornalisti, commercialisti, avvocati, ecc.
Anche della libera professione, istituto peraltro antico (i reparti solventi) va fatta però una lettura sempre tramite lo strumento della critica dell'economia politica: essa è infatti sia residuo della antica professione liberale ma per molti medici non sarebbe necessaria se il loro reddito non subisse la concorrenza in assoluto e relativa, come potere di acquisto, del doppio lavoro e dell'evasione fiscale da parte di troppi professionisti pubblici e non, attraverso l'aggiramento delle norme, a partire del DPR 3/1957 (statuto degli impiegati civili dello stato) che vieta il doppio lavoro.
Su questa emulazione competitiva sono oggi, comprensibilmente, collocate le altre professioni sanitarie che copiano il cattivo esempio che i medici danno nel loro rapporto corporativo nei confronti della professione (ordini, dirigenza, libera professione).
A questo si aggiunga la pervasività delle case farmaceuti che, forse oggi meno generose o più attente di un tempo, anche per ragioni di bilancio più che normative, ma sempre

CONTINUA A PAG. 24

Per una critica dell'economia politica in sanità

CONTINUA DA PAG. 23

ben disposte verso prescrittori generosi se non privi di scrupoli come scrive M. Bobbio: "...si verifica un conflitto di interessi quando ci si trova in una condizione nella quale il giudizio professionale riguardante un interesse primario - la salute di un paziente o la veridicità dei risultati di una ricerca - tende a essere influenzato da un interesse secondario come il guadagno economico o un vantaggio personale...
Se un comportamento è eticamente discutibile, eppure giuridicamente corretto, dobbiamo accettarlo solo perché è diffuso? Non è il caso di stigmatizzarlo?
E si deve accettare che il conflitto di interessi produca un'informazione inquinata o mendace? ...
Alcuni esponenti delle associazioni scientifiche, a ogni insinuazione sull'integrità della categoria, affermano che i medici italiani prescrivono sempre secondo scienza e coscienza. Perché allora le industrie investono il 30 per cento del loro budget in propaganda se non rendesse più di quanto hanno investito?"
Non dimentichiamo infine che il SSN ha appena trentacinque tanni e il welfare poco più di cento e così come sono nati possono essere spazzati via.
Per prima cosa, come si è detto, il SSN non può più essere il matraccio in cui finisce tutto ciò che nella società non funziona e non ci sarà alcuna possibilità di compensare le diseguaglianze in sanità se non si ripropone con forza il tema delle diseguaglianze nella società innanzitutto del reddito e della casa e in definitiva dei determinanti sociali di salute.
Sarà per gli operatori sanitari come svuotare il mare con un cucchiaino e avranno sempre la colpa di non averlo fatto abbastanza o abbastanza bene a meno che non facciano loro la battaglia per il reddito: il loro reddito e quello degli altri cittadini che ne sono privi o lo hanno insufficiente o lo perdono.
Se non sono solidali con e le lotte per la casa, i trasporti, l'ambiente, la pace e la riduzione delle spese militari in una prospettiva di nuova solidarietà sociale.
Inoltre parole d'ordine di importazione alla moda da altri paesi come la clinical governance o da altre regioni come le"Case della salute" non sono soluzioni taumaturgiche.
Si prenda l'ultima moda: le Case della salute.
In un momento di gigantismo delle ASL (ormai la parola Unità sanitaria locale è solo sulla carta, benché per un certo periodo si sia usata la dizione Aziende USL) di fatto provinciali o sopra provinciali (ricordano il Medico provinciale o la Mutua, ma senza un medico a dirigerle, anzi la trazione è ormai principalmente giuridico-amministrativa ed economale) e con milioni di abitanti e i distretti da centinaia di migliaia di abitanti, siamo ben lontani dal modello territoriale decentrato previsto da G. Maccacaro e caro un tempo alla sinistra.
I distretti mutano secondo quanto previsto dalle varie riforme della sanità da grandi poliambulatori a "rappresentanza della committenza" distanti, entrambi, da quanto pensato da A. Ardigò.
La Casa della salute, assai diversa dall'originale definizione di G. Maccacaro come luogo di partecipazione nella USL in quanto sistema di piccole dimensioni, viene riproposta molti anni dopo in Toscana da B. Benigni , in realtà come risposta alle Aree vaste interprovinciali e alle Società della salute nel 2001.
Durante il 2° governo di R. Prodi la ministra L. Turco, in una complessiva ormai storica carenza di elaborazione e proposta della sinistra al governo, torna a riproporle a livello nazionale. Saranno adottate poi, sperimentalmente e lentamente solo da Toscana ed Emilia, che però hanno un tessuto politico-sociale e servizi molto diffusi e articolati.
Nel Lazio appare più come un piccolo servizio ambulatoriale integrato con i MMG, a compensare Distretti ed ASL giganteschi a sostituzione del vecchio Distretto socio-sanitario della L. 833/78, modellato un tempo su aree geografiche omogenee nella provincia o in quartieri prima e municipi poi nella città.
Si può ripensare invece a ricreare USL come articolazioni di agenzie sanitarie provinciali in cui sono accentrate solo alcune funzioni (programmazione regionale, acquisti, concorsi) disegnate su territori omogenei geograficamente e orograficamente sostenibili in cui il distretto ritorni alla sua funzione di integrazione sociosanitaria e partecipazione su aree più ristrette?
Serve quindi un nuovo protagonismo degli operatori sanitari attraverso una diversa e alternativa ricerca culturale a partire dal pensiero critico radicale, che ponga al centro il reddito, la democrazia e una riconversione del proprio ruolo e delle proprie funzioni.
Purtroppo le parole d'ordine alla moda, spesso scopiazzate da altri paesi e non più frutto di elaborazioni collettive e di pratiche sociali di lotta e impegno, anche se utili stimoli, non possono sostituire la ricerca nazionale e locale di una sanità solidale e democratica, armoniosa con il contesto europeo ma originale e coerente con l'art. 32 della Costituzione italiana.

Stralci redazionali di uno saggio pubblicato dalla rivista online *www.inchiestasociale.it*

Nota di redazione:
causa problemi di spazio abbiamo eliminato i numerosi riferimenti bibliografici agli autori citati nel saggio

Privi di una rappresentanza dei loro bisogni, le persone che hanno difficoltà o rinunciano a curarsi è più facile che si imbattano in qualcuno che gli spiega che la colpa è del "sistema", un sistema ormai insostenibile: a causa dell'invecchiamento della popolazione, del costo crescente di farmaci e tecnologie, dell'aumento della spesa sanitaria non compatibile con la stabilità finanziaria. Si offre anche la soluzione del problema: trovare altre fonti di finanziamento, un altro pilastro, attraverso un sistema assicurativo e i fondi sanitari integrativi. Per smontare questa narrazione Marco Geddes ha scritto un libro, "La salute sostenibile", uscito in questi giorni in una collana del Pensiero Scientifico Editore.

La salute sostenibile

La prima parte del libro è dedicata all'analisi della spesa sanitaria italiana, comparata con quella degli altri paesi, delle sue proiezioni future, alle dimensioni e alle cause del definanziamento del servizio sanitario nazionale. Ma al centro di questa parte sta lo studio delle ragioni che spingono così potentemente verso la soluzione del secondo pilastro assicurativo e su quali sono gli attori e gli interessi in campo (vedi anche Tutti pazzi per il secondo pilastro). Infine la risposta alla domanda: il secondo pilastro serve davvero a garantire la sostenibilità del sistema?
Le seconda parte del libro è dedicata a come mantenere la sostenibilità nel futuro: dalle strategie per contenere la crescita della spesa sanitaria alla riduzione degli sprechi e la riduzione dei bisogni, con un ampio focus sugli interventi di prevenzione.
Si arriva infine all'undicesimo e ultimo capitolo dove ai lettori viene presentata una linea di confine, ovvero la scelta della società che vogliamo.

Gavino Maciocco

12/3/2018 www.saluteinternazionale.info

Resistenze ai disastri sanitari, ambientali ed economici nel Mediterraneo

a cura di **Salvatore Palidda**

Il libro contiente interventi di: Mara Benadusi, Anna D'ascenzio, Kamel Doraï, Sümül Kaya, Stefania Ferraro, Antonio Mazzeo, Luca Manunza, Laurent Mucchielli, Salvatore Palidda, Jean Francois Pérouse, Antonello Petrillo, Vittorio Sergi, Salvo Torre, Lucia Vastano, Zoé Vernin.
Ogni anno milioni di lavoratori e di abitanti dei paesi mediterranei muoiono per cancro o malattie provocate da contaminazioni da sostanze tossiche, o per incidenti sul lavoro o a causa del proibizionismo delle migrazioni. Si tratta di un unico fatto politico totale, il più grave crimine contro la grande maggioranza dell'umanità e il pianeta Terra. Da anni la distrazione di massa fa credere che gli unici nemici siano il terrorismo e gli immigrati. La sicurezza neoliberista esclude la tutela dei lavoratori e della popolazione vittime di disastri sanitari, ambientali ed economici. Questo libro, scritto anche con le vittime che resistono a questi stessi disastri, è soprattutto uno strumento per coloro che non sono assoggettati alla corsa per il profitto a tutti i costi che sta provocando l'eco-genocidio che tutti subiamo.

www.deriveapprodi.org/2018/03/resistenze-ai-disastri-sanitari-ambientali-ed-economici-nel-mediterraneo/

per le associazioni: 10 euro a copia per almeno 20 copie: rivolgersi a Mattia: eventi@deriveapprodi.org

La criticità del reddito minimo garantito risiede nel ricatto della condizionalità e nelle disastrose condizioni odierne del mercato del lavoro, che non vengono messe minimamente in discussione.
Cosa si nasconde dietro al Reddito di cittadinanza, cosa propongono realmente i 5 Stelle. Mentre ci sarebbe bisogno. Reddito di base come futuro del welfare: un reddito incondizionato, da erogare a italiani e stranieri (per rompere una segmentazione utile solo a chi sfrutta manodopera ricattabile a causa del legame tra contratti e permesso di soggiorno), un Reddito che permetta sul serio di autodeterminarsi

Altro che reddito di cittadinanza: i 5 Stelle propongono il ricatto della disoccupazione

La cronaca di questi giorni ha portato all'attenzione di tutti il presunto arrembaggio, in più parti del sud Italia, di folle di "sfaticati" pronti a compilare i moduli per ottenere il reddito di cittadinanza dopo il successo elettorale del Movimento 5 Stelle, che proprio su quella proposta aveva puntato per raccogliere i voti dei disoccupati e dei precari. L'immagine biblica di queste folle di diseredati in cerca di salvezza è solo l'ultimo capitolo di un dibattito surreale che circonda la proposta dei 5 Stelle. Come proveremo a spiegare, i 5 Stelle mentono, provando a spacciare per#redditodicittadinanza qualcosa di sostanzialmente diverso e ben più pericoloso, mentre le altre forze del teatrino politico - anziché criticare il merito della proposta - puntano il dito contro il fatto che la misura richiederebbe un aumento della spesa pubblica, usando dunque contro i 5 Stelle la stessa arma che l'Europa usa ogni giorno contro qualsiasi proposta di stimolo pubblico dell'economia.

Innanzitutto il Movimento 5 Stelle non ha mai proposto l'istituzione del reddito di cittadinanza: la misura suggerita dal partito di Di Maio consiste in un reddito minimo garantito, e tra le due cose sussistono differenze rilevanti. Infatti il reddito di cittadinanza, mai proposto dai 5 Stelle, è un trasferimento incondizionato da parte dello Stato ai cittadini: ogni cittadino, in quanto tale (da qui il nome 'reddito di cittadinanza') e a prescindere dalla propria posizione lavorativa ed economica, avrebbe diritto a tale forma di reddito. Ben diverso invece è il reddito minimo garantito, che è un trasferimento condizionato a cui hanno diritto solamente i cittadini disoccupati oppure quegli occupati che percepiscono un salario inferiore ai 780 euro, per i quali si prevede un'integrazione al salario già percepito: per fare un esempio, un lavoratore che guadagna 600 euro al mese riceverebbe un trasferimento di soli 180 euro.
Quasi tutti i principali quotidiani, nonché alcuni sedicenti esperti di economia, si sono affrettati a criticare questa manovra in quanto irrealizzabile perché priva di una copertura finanziaria. E dopo essersi fatti beffe di un'intera classe di disoccupati e precari condannati alla misera ed in cerca di dignità, si è puntato il dito contro i 5 Stelle - venditori di sogni che avrebbero speculato sulla povertà propagandando una misura non sostenibile dal punto di vista finanziario.

Ma criticare l'assenza di coperture per questa misura significa, una volta di più, legittimare quel regime di austerità voluto dall'Unione Europea che è il primo responsabile della crisi. Peraltro, gli stessi 5 Stelle provano a rimanere nel campo della compatibilità dei vincoli europei ingegnandosi per individuare forme di finanziamento del reddito minimo garantito che rispettino i parametri del Fiscal Compact. Questo è un esempio molto chiaro di come l'austerità abbia colonizzato le menti dei commentatori, i quali percepiscono e addirittura propagandano l'assenza all'interno dell'eurozona di qualsiasi spazio di manovra fiscale per stimolare crescita e occupazione. La critica non viene posta sul tipo di manovra, non si può neanche entrare nel merito della politica fiscale perché "non ci sono i soldi", né per questa né per altre vie d'uscita dalla crisi. Ciò significa che qualsiasi tentativo di fare spesa pubblica viene di fatto bloccato, a prescindere dai suoi contenuti.

La critica alla proposta dei 5 Stelle deve invece spostarsi su un altro piano. Il reddito minimo garantito è infatti uno strumento pericoloso, perfettamente coerente con una visione liberista del mercato del lavoro e solo apparentemente capace di migliorare lo stato sociale.

Ricordiamo come uno dei più famosi economisti liberisti del secolo passato, Milton Friedman, vedesse in strumenti simili un utile tassello in un quadro complessivo di riforme economiche utili per garantire il predominio assoluto del mercato sullo Stato. Politiche di questo stampo sono perfettamente coerenti con un sistema economico liberista, in quanto il lavoratore ottiene solamente un'elemosina ma fondamentalmente resta "prigioniero" dei ricatti dei datori di lavoro. Infatti, la condizione principale per ricevere il reddito minimo garantito prevede che il beneficiario non possa poi rifiutare le proposte di lavoro (per la precisione può rifiutarne solamente due) che gli avanza il centro per l'impiego al quale è costretto ad iscriversi.

In questo quadro, il reddito minimo garantito potrebbe rappresentare un grimaldello per scardinare quelle deboli resistenze della popolazione ad accettare lavori sempre più precari, mal retribuiti e logoranti. Infatti, indirettamente, questi potenziali lavoratori - perché fino a quando percepiscono il reddito minimo garantito sarebbero comunque a tutti gli effetti disoccupati - eserciterebbero una ulteriore pressione al ribasso sui salari e le condizioni lavorative dei restanti lavoratori. L'artificiosa concorrenza tra lavoratori e disoccupati in cerca di lavoro è lo strumento di moderazione salariale di cui il sistema capitalistico ha bisogno per trarre maggiori profitti, e che Marx spiegava con la metafora dell'esercito industriale di riserva. Ecco perché è importante sottolineare che i 5 Stelle non hanno mai proposto il reddito di cittadinanza: quest'ultimo, essendo incondizionato, potrebbe agire in senso opposto - consentendo ai disoccupati di attendere un lavoro dignitoso senza fare la fame - mentre il reddito minimo garantito condiziona il trasferimento monetario all'accettazione, prima o poi, di un qualsiasi lavoro, mettendo il disoccupato con le spalle al muro.

Ciò di cui i lavoratori avrebbero veramente bisogno, invece, è un aumento della protezione sotto forma di salario minimo (ossia un salario orario al di sotto del quale non si possa scendere), forme di indicizzazione dei salari, politiche di pieno impiego e azioni di rafforzamento del potere contrattuale come, ad esempio, il ripristino della centralità della contrattazione nazionale. Persino alcune forme di reddito minimo garantito, se liberate dalla trappola della condizionalità, inserite all'interno di un quadro politico volto al

CONTINUA A PAG. 27

Altro che reddito di cittadinanza

CONTINUA DA PAG. 26

perseguimento della piena occupazione e affiancate dal rafforzamento del potere contrattuale dei lavoratori potrebbero assumere tutt'altra valenza sociale. In quel diverso contesto potrebbero costituire un ulteriore beneficio per i lavoratori e non, come sono nel quadro delle proposte dei 5 Stelle, un ambiguo sostituto di ben più efficaci strumenti di tutela del lavoro. In questo senso, pensiamo sia fondamentale smontare il falso dilemma che ci viene propinato, come se avessimo a disposizione solo due alternative: o mercati del lavoro molto regolamentati accompagnati da forte disoccupazione, che sarebbe proprio dovuta alle rigidità imposte da queste tutele, o mercati flessibili con il palliativo del reddito minimo a salvaguardia delle fasce più svantaggiate.
La verità che le istituzioni europee nascondono ed i 5 Stelle si guardano bene dal rivelare è ben diversa: forti tutele e soglie di reddito garantite possono tranquillamente viaggiare insieme ad una politica di pieno impiego.
La criticità del reddito minimo garantito risiede dunque nel ricatto della condizionalità e nelle disastrose condizioni odierne del mercato del lavoro, che non vengono messe minimamente in discussione.

Coniare Rivolta

Collettivo di economisti - https://coniarerivolta.wordpress.com/

LIBRO

La lettura di "Salari rubati" permette di interrompere, per un momento, l'ipnosi in cui viviamo: quello che chiamano "amore", partecipazione o promessa è uno sfruttamento che mette al lavoro l'antropologia umana.

Mappe per sfuggire all'inferno del lavoro gratuito

Salari rubati. Economia politica e conflitto ai tempi del lavoro gratuito

Ombre Corte, pp.133, euro 12

Aumenta la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi

Un po' di conti sulla lotta di classe dei ricchi in Italia

Il rapporto della Banca d'Italia sulla distribuzione della ricchezza certifica un gigantesco incremento della diseguaglianza sociale. Negli ultimi dieci anni essa è costantemente cresciute e oggi dilaga.
La soglia di reddito sotto la quale si è ufficialmente poveri è oggi di 830 euro al mese a persona, 50 euro in più di quei 780 che dovrebbero essere il reddito garantito secondo la proposta del M5S.
E oramai un terzo delle famiglie italiane non riesce a raggiungere complessivamente una somma di entrate che le permetta di superare la soglia al di sotto della quale c'è la povertà. Gran parte dei giovani e tanti migranti lavorano venendo retribuiti al di sotto del reddito minimo.
Lo sapevamo senza bisogno di questi dati: i poveri aumentano, anche tra coloro che lavorano, mentre una ristretta minoranza di ricchi è sempre più ricca.
Quanto più ricca? Bankitalia ci fornisce le cifre dell'ingiustizia.
In Italia ci sono 60 milioni di abitanti in più di 25 milioni di famiglie. La ricchezza privata complessiva accumulata nel paese ammonta, secondo le stime della Banca, a oltre 4.000 miliardi di euro. Quasi due volte il debito pubblico. Ebbene il 30% più povero delle famiglie, oltre 7,5 milioni, detiene solo l'1% della ricchezza nazionale, cioè si spartisce (si fa perdire) 40 miliardi di euro.
Un anno e mezzo di spese militari dello stato.
Invece il 5% più ricco delle famiglie, circa 1,2 milioni,
si accaparra ben il 40% della ricchezza; il che ammonta, secondo Bankitalia che calcola qui un patrimonio NETTO medio per famiglia di 1,3 milioni di euro, alla cifra complessiva di oltre 1600 miliardi di euro. Una minoranza di ricchi detiene dunque un patrimonio pari a 40 volte quanto posseggono, si fa per dire, 18-20 milioni di poveri.
Secondo un altro dato, il 70% della popolazione, oltre
40 milioni di persone, detiene meno di un quarto della ricchezza del paese, mentre gli altri tre quarti vanno tutti alla minoranza del 30%. Minoranza che da oltre venti anni usufruisce di tutti i sostegni e di tutte le leggi della politicaitaliana ed europea.
Per questo ogni anno che passa, sempre meno persone hanno di più e sempre più persone hanno di meno.
Ogni anno una quota della ricchezza del paese viene rubata a tutti gli altri da una minoranza di ricchi. Riverita, ammirata, esaltata proprio per questo.
È il trionfo della lotta di classe di chi ha verso chi non ha.
Il 10% del patrimonio del 5% più ricco ammonta a 160 miliardi di euro, quasi una volta e mezza l'intera spesa pubblica annuale per la sanità. Immaginate quanto si potrebbe fare con quei soldi, se per legge venissero sottratti ai super ricchi, che comunque resterebbero tranquillamente tali. Ma non ci vuole molto anche ad immaginare che levata di scudi ci sarebbe nella politica
e nei mass media contro un provvedimento di questo genere…
Ecco perché bisogna prima di tutto riequilibrare e rovesciare la direzione di marcia della lotta di classe, che da oltre venti anni si muove in un senso solo, contro di noi.

Giorgio Cremaschi

Perchè i potenti delinquono

Con questo libro si contestano le analisi più consolidate della sociologia e della criminologia.

IN LIBRERIA

ISTAT - Rapporto 13 febbraio 2018. I dati nel report "Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro" negli anni 2015-2016. Nel corso della vita 1 milione 173mila donne (7,5%) ne sono state vittime in ufficio o in azienda e l'80,9% di loro non ne ha parlato con nessun collega. I dati generali tendono a diminuire mentre restano stabili le percentuali sui ricatti sessuali nel posto di lavoro.

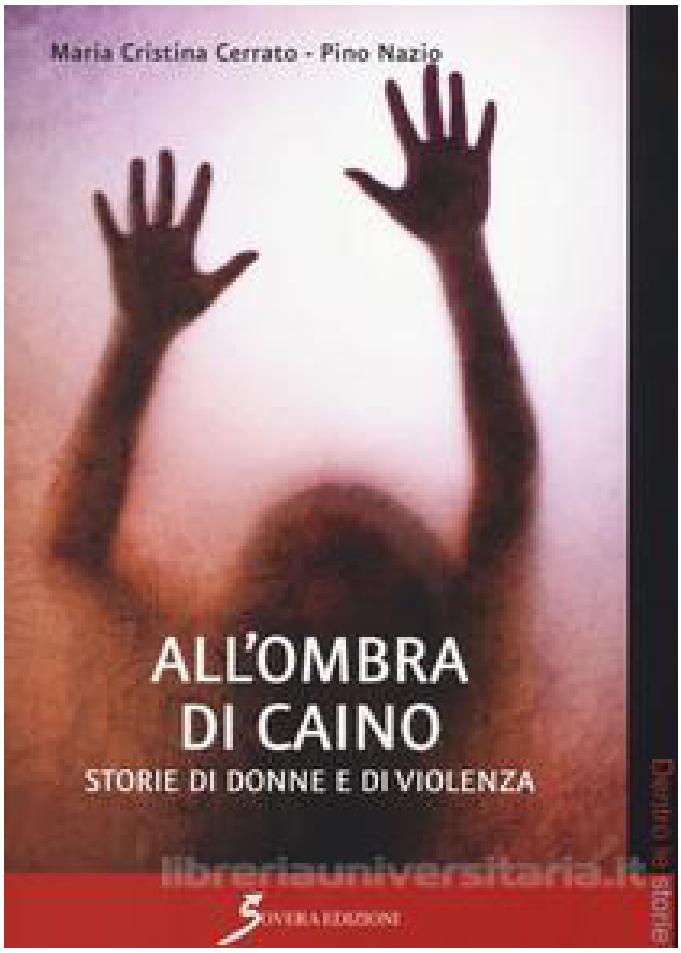
Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro

Si stima che siano 8 milioni 816mila (43,6%) le donne fra i 14 e i 65 anni che nel corso della vita hanno subito qualche forma di molestia sessuale e si stima che siano 3 milioni 118mila le donne (15,4%) che le hanno subite negli ultimi tre anni.
Considerando solo le tipologie di molestie sessuali rilevate anche nell'indagine del 2008-2009, il fenomeno risulta in sensibile diminuzione. La stima delle donne che hanno subito molestie sessuali nei tre anni precedenti alle indagini è passata da 3 milioni 778mila (18,7%) nel 2008-2009 a 2 milioni 578 mila (12,8%) nel 2015-16.
Per la prima volta sono rilevate le molestie a sfondo sessuale anche ai danni degli uomini: si stima che 3 milioni 754mila uomini le abbiano subite nel corso della loro vita (18,8%), 1 milione 274 mila negli ultimi tre anni (6,4%).
Gli autori delle molestie a sfondo sessuale risultano in larga prevalenza uomini: lo sono per il 97% delle vittime donne e per l'85,4% delle vittime uomini.
Le molestie verbali sono la forma più diffusa sia nel corso della vita (24% delle donne e 8,2% degli uomini) sia nei tre anni precedenti all'indagine.
Le molestie con contatto fisico, ovvero le situazioni in cui le vittime sono state accarezzate o baciate contro la loro volontà, sono state subite nel corso della propria vita dal 15,9% delle donne e dal 3,6% degli uomini.
Nella maggior parte dei casi, il 60%, questo tipo di molestie sono perpetrate da estranei o da persone che si conoscono solo di vista (15,8%). Considerando l'intero corso della propria vita, avvengono più frequentemente sui mezzi di trasporto pubblici per le donne (27,9% dei casi) mentre per gli uomini nei locali come pub, discoteche, bar (29,2%).
La percezione della gravità delle molestie fisiche subite è molto diversa tra i generi: il 76,4% delle donne le considera molto o abbastanza gravi contro il 47,2% degli uomini.
Sono diffuse anche le molestie attraverso il web: nel corso della propria vita il 6,8% delle donne ha avuto proposte inappropriate o commenti osceni o maligni sul proprio conto attraverso i social network e all'1,5% è capitato che qualcuno si sia sostituito per inviare messaggi imbarazzanti o minacciosi od offensivi verso altre persone. In questo caso il dato degli uomini non è particolarmente diverso (rispettivamente 2,2% e 1,9%).

Per informazioni
Maria Giuseppina Muratore - Telefono: 064673.7453 - email: muratore@istat.it
Barletta Roberta - Telefono: 064673.7591 - email: robarlet@istat.it

13/2/2018 www.womenews.net

RAPPORTO COMPLETO SU www.istat.it



Ho letto

Storie di donne e di violenza

La cronaca nera non interessa tutti. Quando, notizie di violenze, stupri e assassini vengono trasmesse dai telegiornali, molti cambiano canale.
Anch'io ho spesso, incosapevolmente derubricato questi fatti, a notizie di minore importanza rispetto ai temi che riguardano politica e cultura. Pensavo che le notizie di cronaca fossero ascrivibili alla sfera del particolare, rispetto ai grandi fatti che riguardano l'intera società.

Ho iniziato la lettura de "All'ombra di Caino" di Maria Cristina Cerrato e Pino Nazio (Sovera Edizioni), con la sensazione di spiare dal buco della serratura, le vicende terribili che hanno attraversato le vite di alcune sfortunate donne.
Leggendo il libro, ho decisamente cambiato opinione. Non sono poche le donne che subiscono violenza. Non sono poche 2300 donne assassinate dal 2000 al 2017. Ammazzate nella stragrande maggioranza dei casi dal compagno o da un uomo della cerchia familiare. Senza contare l'enorme numero di donne che ha subito violenza almeno una volta nella vita.
La galleria degli orrori è infinita: donne violate da compagni e familiari, minori abusati, ragazze avviate con

CONTINUA A PAG. 29

Storie di donne e di violenza

CONTINUA DA PAG. 28

la forza al racket della prostituzione, fino all'abisso incolmabile del femminicidio. Ma il testo non è solo racconto.

Il libro ha il pregio di essere di immediata lettura; i contributi sono di un'ampia cerchia di persone che hanno avuto a che fare con le questioni in oggetto: giornaliste, attiviste e avvocate, studiosi del fenomeno in generale. Ne risulta una lettura scorrevole e interessante, non faticosa nonostante i contenuti non siano leggeri.

I racconti delle terribili vicende di violenza contro le donne che attraversano il nostro tempo, sono inframmezzati da contributi in cui si spiegano le leggi che affrontano il fenomeno e la terminologia tecnica che viene utilizzata. Non è scontato e non è banale usare un linguaggio preciso e pregnante, visto che il femminicidio coinvolge inevitabilmente la sfera emotiva di ciascuno e visto il linguaggio così fuorviante che spesso viene utilizzato dai media per descrivere i fatti. Non si tratta di donne uccise dalla gelosia, dal troppo amore ed è assurdo parlare di "delitti passionali": eppure è questo il linguaggio a cui la televisione ci ha abituati, veicolando un messaggio totalmente errato. Inoltre la disamina della legislazione attuale, permette anche di capire che il problema non sta tanto nelle leggi e neppure nella loro piena applicazione, quanto in un intreccio sociale, economico e culturale che spesso fa della donna la vittima predestinata.

Soltanto nel 1981 è stato abolito il "Matrimonio riparatore" dopo uno stupro e soltanto nel 1996 si è abolita la legge che considerava la violenza carnale delitto contro la morale: come se la donna non fosse una persona portatrice di diritti. La società italiana non è cambiata di colpo, dopo l'abolizione di quelle norme vergognese e discriminatorie. Ben altro si dovrebbe realmente mettere in campo. Non si cancellano anni di mentalità discriminatoria per cui la donna è l'unica responsabile della violenza che subisce. I media italiani continuano a proporre immagini della donna spesso sessiste e discriminanti; il linguaggio pubblicitario in tal senso è emblematico.

Il mondo politico inoltre, se è vero che si è dotato di leggi punitive e repressive contro la violenza su donne e minori, ha decisamente una grande responsabilità in ciò che continua ad accadere. Dagli studi emerge infatti un punto molto chiaro.

Se è vero che non c'è distinzione di classe sociale tra chi subisce violenza di ogni tipo, dallo stalkeraggio all'omicidio, esiste una netta differenza per quanto riguarda le denunce dei fatti e la possibilità di salvarsi. Per le donne con figli che non hanno un' indipendenza economica, è difficilissimo denunciare e rifarsi una vita. L'inclusione nel mondo del lavoro resta la migliore garanzia di libertà, perché favorisce anche l'uscita dall'isolamento familiare. Eppure il lavoro non è più una priorità per il nostro Paese, quello femminile ancor meno, che quando c'è, è anche retribuito meno di quello maschile. Il 70% delle violenze contro le donne avvengono in famiglia: mariti, compagni o ex compagni che si trasformano in orchi e diventano aguzzini spietati. Forse sarebbe ora di documentarsi per capire e poter scegliere, perchè il mostro non è lo straniero che viene a insidiarci sotto casa, come spesso i media veicolano.

Il femminicidio non è questione di razza; si tratta di famiglie, di società, di cultura e di diritti e con la provenienza geografica o il colore della pelle non c'entra niente.

Pina Zechini

Un libro di Francesco Nicodemo analizza la comunicazione politica al tempo dei social media, soffermandosi sul fenomeno delle fake news: uno strumento utile per orientarsi, tra sovraccarico informativo e attacchi alla democrazia. Ma solo ridando legittimità al giornalismo (diventato ormai servile nei confronti del potere) e costruendo nuove narrazioni, è possibile arginare bufale e propaganda.

L'era della Disinformazia, ma producono più bufale i media ufficiali o la Rete?

"Senatore massacrato di botte da due disoccupati", il titolo è eloquente. L'immagine, sotto, ritrae un uomo per terra sanguinante.
La notizia diventa virale in poche ore. Saranno migliaia le condivisioni sui social network, nei commenti al post si darà libero sfogo all'odio nei confronti della Casta: "Hanno fatto bene, meniamoli tutti!!". Peccato si tratti di una cosiddetta fake news. Una falsità. Molti non lo sapranno mai. Racconteranno al lavoro, in famiglia

o agli amici che "finalmente qualcuno ha dato una lezione ai politici papponi mentre noi soffriamo la fame" (come si legge in un altro commento).
Come un effetto domino, una bufala diventerà di dominio pubblico.
E di notizie false in Rete ne girano a centinaia. Un proliferare di narrazioni tossiche che costruiscono post-verità (un'espressione resa popolare da un articolo del Guardian del 2016).
Siamo all'esaltazione dell'irrazionalità: finisce il lume della ragione ed inizia un campo contaminato da bugie e rancore.
Il dibattito è di grande attualità, se ne discute a livello globale.
Come arginare le fake news?
Disinformazia, un libro di Francesco Nicodemo (Marsilio Nodi, 238pp), è un prezioso strumento per orientarsi nella giungla dei dati, tra fake news e fatti reali, sovraccarico informativo e attacchi alla democrazia.
Un saggio utile che fa un'attenta analisi della comunicazione (politica) al tempo dei social media.

WELFARE AZIENDALE: QUESTO SCONOSCIUTO

Governo, direzioni sindacali e aziende hanno trovato la pentola magica: welfare aziendale, un'elemosina per tentare di dare quasi a tutti senza scontentare nessuno. Il Governo defiscalizza, il lavoratore pare che incassi, l'azienda magnanimamente concede.
Ma è veramente così? oppure è tutto il contrario e il welfare aziendale rappresenta una tappa ulteriore nello smantellamento dei diritti esigibili dello stato sociale, ma anche un attacco al salario garantito?
Lentamente, ma inesorabilmente, le quote di welfare aziendale saranno considerate sostitutive degli aumenti salariali.
Invece di soldi, riceverai fondi in "benefits". Non solo si torna al pagamento in natura degli anni '50, ma vieni legato a doppio filo all'azienda: se perdi il lavoro, perdi quote di servizi e assistenza.

Redazione

Quando la cronaca di questo primo ventennio del nuovo secolo lascerà spazio alla storia, di certo qualcuno si chiederà quando e come si è realizzata, nel nostro Paese, la controrivoluzione liberista che ha posto fine e sconfitto la lotta di classe dei lavoratori.
Sarà allora utile rispolverare quella che oggi rappresenta l'ultima fatica di Marta Fana; ricercatrice in Economia presso l'Institut d'Etudes Politiques de Paris (Sciences-Po).
Ciò consentirà di capire attraverso quale subdola scientificità siamo oggi costretti ad agire come cittadini e lavoratori; in un contesto in cui la centralità dell'impresa è ritenuta fuori discussione e il conflitto capitale-lavoro deve risultare antistorico.

Apparirà una vera e propria rivelazione scoprire perché mai il lavoro, in ossequio e in funzione di esigenze di carattere organizzativo e all'applicazione delle nuove tecnologie, ne è risultato frammentato e i lavoratori ormai separati gli uni dagli altri. Sarà allora chiaro che il lavoro subordinato di carattere quasi residuale, l'anomala esplosione del parasubordinato, il fiorire delle c.d. "Partite Iva", del lavoro interinale e a chiamata, degli stage e tirocini, fino al lavoro gratis, erano elementi funzionali a una certa politica e al padronato al fine di lasciar credere: a) praticamente esaurito un processo evolutivo durato quasi un secolo, b) ormai implicita la scomparsa della classe lavoratrice.
Saranno, quindi, in tanti a dover riconoscere di aver assistito - da ignavi - a uno scontro fratricida tra quelli che Pietro Ichino - separandoli (in maniera subdola ed artificiosa) in lavoratori "protetti" e "paria" - aveva, in sostanza, scagliato gli uni contro gli altri. Una vera e propria "guerra tra poveri"; alla fine della quale il risultato sarebbe stato non la equiparazione dei diritti - come, strumentalmente, predicava il senatore Pd - ma, in modo molto più grave, la sostanziale riscrittura della Legislazione del lavoro italiana; con un drastico ridimensionamento delle tutele.

Così come si ricrederanno quanti - soprattutto tra gli ex giovani, ma non solo - saranno finalmente in grado di prendere atto di essere state vittime inconsapevoli di un'infame operazione finalizzata a promuovere una sorta di identificazione psicologica con i propri sfruttatori. Alludo, evidentemente, a tutti quei soggetti sui quali facevano fin troppo facile presa quelle (strumentali) allusioni alla tecnologia e al progresso quali precursori della "fine del lavoro", della scomparsa della classe lavoratrice, del superamento del rapporto tra produzioni di tipo capitalistico e classe operaia, della risoluzione del conflitto capitale-lavoro, della definitiva e irreversibile separatezza tra lavoro manuale e cognitivo, dell'esaltazione del lavoro "in rete" e "a distanza" e dei nuovi saperi.

Ci si renderà conto della caducità di quel diffuso, fallace e fittizio convincimento di "appartenenza gratificante" a una sorta di elitè che nulla avrebbe avuto più da spartire con una classe lavoratrice obsoleta e, per giunta, persino (ancora) "protetta" da norme risalenti al secolo precedente . Tornerà allora alla mente quel giovane con la "24 ore" e la partita Iva, senza alcun vincolo contrattuale, lieto di essere unico e così diverso da quella massa di salariati d'altri tempi - in perenne attesa dello scatto biennale e, perché no, con la tuta unta di chissà cosa - fallacemente sicuro, nonostante l'inesistenza del "progetto" e l'incongruenza della reitera dei suoi contratti a termine, di essere assolutamente indispensabile e inscindibile dai fini aziendali.

Allo scopo, quindi, di evitare di ritrovarci ancora nella scomoda condizione di dover ammettere che "Sarebbe stato meglio vivere di rimorsi" - ed espiare la pena per gli eventuali errori - "piuttosto che di rimpianti!" - per tutto quanto si sarebbe potuto fare e non si è fatto - è opportuno sollecitare il confronto e l'approfondimento su di una questione che oggi, ai più, appare ancora come qualcosa di vago e destinato a procedere quasi in sordina; alludo a quello che gli specialisti chiamano "welfare aziendale".

Espresso in estrema sintesi, il welfare aziendale è rappresentato da una molteplicità di servizi e iniziative - di diversa natura - di fonte contrattuale, che dovrebbero concorrere "a migliorare la qualità di vita dei lavoratori e porli nelle condizioni di potersi esprimere al massimo delle loro possibilità". Si tratta, in sostanza, di un modello che prevede una serie di "prestazioni", alternative al salario, cui i lavoratori possano accedere in maniera più o meno personalizzata, in base a necessità e scelte personali e/o familiari.
In questo senso, quella che negli Usa e in molti Paesi europei è una realtà già largamente consolidata da molti anni, in Italia - a parte le interessanti esperienze presenti in alcune grandi

CONTINUA A PAG. 31

WELFARE AZIENDALE: QUESTO SCONOSCIUTO

CONTINUA DA PAG. 30

imprese - comincia ora a muovere i primi passi.
Prima, però, di entrare nel merito delle possibili proposte - attraverso le quali, in concreto, è possibile realizzare il miglioramento delle condizioni di vivibilità dei lavoratori - è il caso di fornire "qualche numero".
Dalla lettura del "Primo Rapporto Censis-Eudaimon " sul welfare aziendale, realizzato in collaborazione con Eudaimon (aziende leader nei servizi di questo tipo) e con il contributo di Credem, Edison e Michelin, si evince che solo il 17,9 per cento dei lavoratori italiani ha una conoscenza precisa di cosa sia il welfare aziendale, il 58,5 % lo conosce solo per grandi linee e il 23, 6 % ancora non sa cosa sia.
Ne hanno una conoscenza minore i lavoratori con livelli più bassi di scolarità (il 47% di quelli con al più la licenza media non sa cosa sia), quelli con redditi bassi (44,6%), i genitori single (40,3%), gli occupati con mansioni esecutive e manuali (36,7%) e lelavoratrici (30,1%).
L'indagine rileva che chi lo conosce meglio lo apprezza di più; infatti è favorevole alla sua diffusione il 74,4% di chi lo conosce in modo preciso rispetto al 43,3% di chi non ne ha conoscenza.

Anticipo subito che, a mio avviso, sarebbe folle ritenere che le aziende - tutte le aziende, dalle più piccole alle multinazionali - possano decidere di ricorrere a forme di welfare aziendale al solo scopo di migliorare le condizioni di vita dei propri collaboratori.
Se e quando vi ricorrono, lo fanno per una serie di motivi; non ultimi, oltre a un'opera di fidelizzazione, allo scopo di migliorare il "clima" nell'ambiente di lavoro e creare i presupposti affinché tutti lavorino al massimo delle loro possibilità; con conseguenti riscontri in termini di maggiore produttività.

In questo senso, da un'indagine relativa alle piccole e medie imprese - cui tornerò più avanti - emerge che il miglioramento della soddisfazione dei lavoratori e del clima interno, attraverso le opportunità offerte dal welfare aziendale, rappresenta l'obiettivo prioritario per oltre il 50% delle aziende consultate. Incentivare la produttività e contenere il costo del lavoro - attraverso gli sgravi fiscali concessi alle aziende che attuano programmi di quella natura - è prioritario per il 20%

delle stesse. Migliorare l'immagine e la reputazione aziendale - in altre parole: aumentare il potere di trattenete e "attrarre" i lavoratori - rappresenta l'obiettivo prioritario del 9,2% delle aziende che vi ricorrono.
In concreto, le più diffuse forme di welfare aziendale potrebbero sommarsi e, almeno in parte, identificarsi con quelli che, una volta, erano i famosi "benefit"; presentii soprattutto nelle grandi aziende e nelle multinazionali (assistenza sanitaria integrativa, piani di risparmio, convenzioni con grandi distributori di beni e servizi, convenzioni con banche e istituti finanziari per la concessione di prestiti e mutui a tassi agevolati).
Da pochi anni a questa parte, grazie anche alle agevolazioni fiscali previste, pure nelle piccole e medie imprese, si sta diffondendo l'idea che l'offerta di prestazioni di questa natura possa concorrere a soddisfare esigenze del personale diverse dal semplice aumento di salario e, contemporaneamente, offrire vantaggi alle imprese.

Al riguardo, è opportuno evidenziare che già la Legge di Stabilità 2016, come anche la successiva, aveva previsto agevolazioni fiscali a favore delle imprese e dei lavoratori coinvolti in iniziative tendenti a realizzare, in sostanza, un'efficace evoluzione dei compensi riconosciuti ai lavoratori per il raggiungimento degli obiettivi di competitività delle aziende, in programmi di welfare aziendale.
Ciò ha, naturalmente, offerto la possibilità di dare libero sfogo alla fantasia, nel senso che il ricorso all'uno piuttosto che all'altro strumento di welfare aziendale, è stato reso compatibile con il profilo, le caratteristiche e le esigenze dell'impresa e dei lavoratori coinvolti.
Allo stato, quindi, tra quanto avviato attraverso le realizzazioni di welfare aziendale e i già esistenti benefit, gli esempi si sprecano.
Quello dei "buoni pasto" è un caso sin troppo noto, che non ha bisogno di alcun commento; è sufficiente aggiungere la possibilità di servirsi della c.d. "Pass Lunch Card", che può essere utilizzata in più locali opportunamente convenzionati.
Esiste la possibilità di acquistare libri di testo a prezzi scontati con librerie convenzionate.
Sempre grazie alle convenzioni è possibile stipulare polizze assicurative con società che offrono sconti e rateizzazioni, acquistare biglietti di ingresso per mostre, tetri e cinema a prezzi scontati, acquistare auto e pezzi di ricambi a condizioni più vantaggiose rispetto al mercato classico.

CONTINUA A PAG. 32

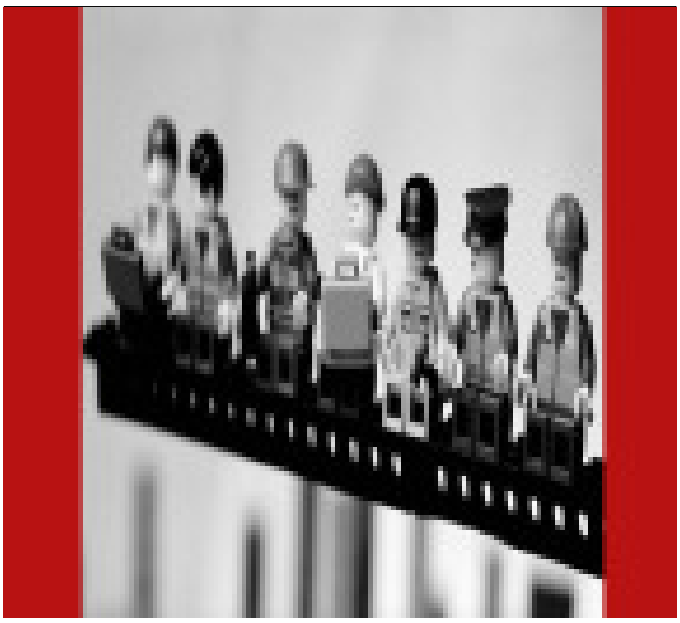
WELFARE AZIENDALE: QUESTO SCONOSCIUTO

CONTINUA DA PAG. 31

Così come è possibile ricorrere alle convenzioni per garantire viaggi, vacanze e soggiorni all'estero ai dipendenti e alle loro famiglie a prezzi scontati o con il contributo dell'azienda.
Si tratta, in sostanza, di una miriade di opportunità e soluzioni che richiederebbero troppo spazio per essere indicate singolarmente.
Molto interessanti, a questo riguardo, sono i risultati emersi da un'indagine promossa da Assicurazioni Generali con la partecipazione di Confindustria, Confagricoltura, Confartigianato e Confprofessioni per rilevare le principali caratteristiche che il welfare aziendale assume nelle piccole e medie imprese italiane.

Il campione oggetto della rilevazione era composto da 239 aziende con meno di 6 dipendenti (7,34% delle aziende consultate), 573 da 6 ai 9 addetti (17,6%), 865 da 10 ai 50 addetti (26,5%), 905 da 51 a 100 (27,8%) e 670 da 101 a 250 dipendenti (20,6%).
I risultati indicano che le aree (pari a 12) attraverso le quali si sviluppa, in particolare, il welfare aziendale sono rappresentate, nell'ordine, da: 1) previdenza integrativa, 2) sanità integrativa, 3) polizze assicurative, 4) sostegno economico, 5) formazione dipendenti e 6) sicurezza e prevenzione degli incidenti. Seguono, con tassi di iniziativa meno evidenti: a) il sostegno ai soggetti deboli, b) servizi di assistenza ai lavoratori e alle loro famiglie, c) iniziative legate alla cultura e al tempo libero e d) il sostegno all'istruzione dei familiari del lavoratore.
Nei settori del commercio e dei servizi il welfare aziendale si realizza, in modo particolare, attraverso la sanità integrativa e le polizze assicurative. Le aziende del settore industriale presentano, invece, tassi di intervento equivalenti in quasi tutte le aree di riferimento.

Gli studi e i servizi professionali investono in aree specifiche dei loro settori; la formazione dei dipendenti e la prevenzione degli incidenti. Nell'artigianato le ridotte dimensioni delle aziende rappresentano un ostacolo allo sviluppo del welfare aziendale; mentre nell'agricoltura un alto tasso di iniziative è rappresentato dagli strumenti di sostegno economico ai lavoratori.
Nel "Terso settore", infine, sono presenti elevati livelli di



intervento nelle aree della c.d. "conciliazione vita-lavoro", della sanità integrativa, della cultura, ricreazione e tempo libero.
Dal rapporto emerge che la dimensione dell'azienda rappresenta il fattore che incide maggiormente sulla possibilità di strutturare un piano di welfare aziendale più complesso e ricco, dal punto di vista dell'offerta di servizi.

A titolo di esempio, riporto che le aziende che possono vantare il maggior numero di iniziative - con interventi in almeno 6 delle 12 aree presenti nel rapporto - sono il 6,8% di quelle con meno di 10 addetti e il 44,7% di quelle con un numero di addetti da 101 a 250.

Un altro importante elemento è quello relativo alla "natura" del welfare disponibile in azienda.
Sempre restando ai risultati del secondo rapporto, si rileva che circa il 75,5% delle aziende non ha ricercato il coinvolgimento delle OO.SS. nella stesura del programma di welfare aziendale. Soltanto il 2,6% delle aziende coinvolge sistematicamente il sindacato. Solo in alcune aree del Paese il 21,9% delle aziende pratica accordi sindacali su tali materie.
È altresì interessante evidenziare che le aree che attengono alla previdenza e alla sanità integrativa sono quelle nelle quali prevalgono le iniziative in applicazione dei Ccnl; ciò nonostante una consistente parte delle Pmi (il 22% delle interpellate) è molto attiva nel ricorrere a forme di sanità integrativa in modo del tutto unilaterale.
Naturalmente sull'ulteriore sviluppo e diffusione di iniziative riconducibili a sempre più articolati progetti di welfare aziendale - in tutti i settori e, soprattutto, anche nelle realtà produttive più piccole - contano anche le forze politiche. L'interesse a queste (sostanzialmente) alternative quote di salario è rappresentato dalla produzione legislativa degli anni più recenti.

Non a caso, la lettera f, del 2° comma, dell'art. 51 del TUIR dichiara esenti dall'imposta sulle persone fisiche (IRPEF) tutte le prestazioni:
1) di carattere educativo,
2) di carattere istruttivo,
3) di tipo ricreativo,
4) che hanno ad oggetto l'assistenza sociale e sanitaria del dipendente,
5) che ineriscono al culto della religione

A queste si aggiungono i servizi di educazione e istruzione, i

CONTINUA A PAG. 33

WELFARE AZIENDALE: QUESTO SCONOSCIUTO

CONTINUA DA PAG. 32

servizi riconducibili alle c.d. colonie climatiche, alle borse di studio conferite al dipendente o ai familiari e le prestazioni erogate a favore di familiari anziani, non auto-sufficienti o handicappati.
Inoltre, dal gennaio 2017 i premi di produzione non concorrono più a formar e il reddito complessivo del lavoratore ai fini dell'ISEE.
Non è secondario, poi, il fatto che, per le aziende, così come per i lavoratori, concordare (in sede contrattuale) forme di welfare aziendale, in alternativa alla corresponsione del classico "premio di produzione", rappresenta - oltre all'opportunità di creare un ambiente lavorativo più sereno e motivato, con effetti positivi rispetto all'assetto organizzativo e produttivo - la possibilità di godere di notevoli sgravi fiscali.
Di conseguenza, non appare peregrino immaginare che nel breve-medio termine i lavoratori sentiranno parlare con sempre maggiore frequenza di welfare aziendale e ne subirà le conseguenze anche il confronto tra le parti sociali. Infatti, in virtù del regime fiscale agevolato applicato a così tante ipotesi di benefit, sarà arduo, per le OO.SS. di categoria - in sede di rinnovi contrattuali nazionali e/o territoriali, oltre che aziendali - sottrarsi all'accattivante ipotesi di garantire ai lavoratori consistenti sgravi fiscali sottoscrivendo accordi nei quali le prestazioni di welfare aziendale rappresenteranno un'allettante alternativa a quelli che, una volta, avrebbero rappresentato normalissimi aumenti salariali.
Non sarà un problema di poco conto.

A questo riguardo, è indispensabile evidenziare altri due punti. Il primo è che le motivazioni che inducono le aziende a tentare di coinvolgere le parti sociali nella condivisione delle logiche del welfare aziendale non sono, di certo, dettate da un commovente spirito filantropico. Rappresentano, piuttosto, la conseguenza di una ferrea logica; di carattere esclusivamente - e non potrebbe essere altrimenti - economico. La possibilità di investire meno risorse economiche - si pensi ai notevoli sgravi fiscali concessi - e, contemporaneamente, vestire i panni del "buon padre di famiglia" che elargisce benefit e, addirittura, supplisce a vuoti e carenze presenti "fuori" del posto di lavoro.
Da non dimenticare, quindi, che la probabile esistenza - nel futuro di milioni di lavoratori italiani - di una qualunque formula di welfare aziendale, rappresenterà, non una benefica concessione del proprio datore di lavoro, quanto il frutto di contrattazione collettiva.
Il secondo, ci riporta ai numeri del Rapporto Censis-Eudaimon, rispetto ai quali ritengo degno di nota aggiungere che dallo stesso emerge un dato che dovrà indurre tutti gli attori ad approfondire la discussione circa la concreta capacità del welfare aziendale di riuscire a soddisfare le esigenze della generalità dei lavoratori. Infatti, in un passaggio del rapporto, si afferma, tra l'altro: "Il sostegno al welfare aziendale diminuisce al decrescere dei redditi dei lavoratori".
Non a caso, i più favorevoli sono i dirigenti e i quadri (73,6%), i laureati (63,5%) e i lavoratori con redditi medi-alti (62,2%).
Come si vede, non tutto ciò che luccica è oro.

In questo quadro, esiste anche il rischio che le politiche di welfare aziendale, se rigidamente collegate alla logica del premio di produzione (di norma fissato con parametri che fanno riferimento agli inquadramenti contrattuali), finiscano con il favorire coloro che già godono di redditi più altri; a discapito di quanti avrebbero maggiore bisogno di alleviare uno stato di difficoltà oggettiva e poter, quindi, sommare allo scarso salario una serie di prestazioni in regime di welfare aziendale.
In definitiva: così come, nell'esecuzione di qualsiasi piano terapeutico, è fondamentale non sottovalutare mai le contro-indicazioni del farmaco in uso, rispetto alla questione del welfare aziendale, sarà indispensabile procedere con la massima cautela prima di lasciarsi perdutamente ammaliare dal canto delle sue sirene.
Sarà nostro impegno offrire quanto più spazio e tempo possibili a un'approfondita discussione di merito.

Renato Fioretti

Già sindacalista GGIL. Esperto Diritti del Lavoro.
Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

Bed&Breakfast ACQUEDOTTI ANTICHI

Viale Anicio Gallo 196/C2 - 00174 Roma
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 Cile

Situato a 500 metri dalla stazione della metropolitana Subaugusta, con collegamenti con il centro di Roma.
Il B&B Acquedotti Antichi offre gratuitamente la connessione Wi-Fi in tutta la struttura e il parcheggio privato. Ogni mattina serve la colazione dolce e salata.
Moderne e climatizzate, tutte le camere vantano una TV a schermo piatto con canali satellitari e un bagno privato, completo di asciugacapelli e set di cortesia. Alcune dispongono anche di un balcone.
Gli Acquedotti Antichi distano 10 minuti a piedi dal Parco degli Acquedotti, parte del Parco Regionale dell'Appia Antica, e 1 km da Cinecittà.
Appio Latino è un'ottima scelta per i viaggiatori interessati a: musei, monumenti e siti antichi e monumenti.

inserzione concessa gratuitamente

Intesa tra la Società italiana di Medicina del Lavoro e il Ministero della Salute

per la salute e la sicurezza dei lavoratori e la riduzione delle disuguaglianze di salute

Di seguito il messaggio del Presidente Prof. Francesco Saverio Violante sulla sottoscrizione del Protocollo d'intesa tra la Società Italiana di Medicina del Lavoro e il Ministero della Salute

Intanto continua la strage quotidiana: media di 3 morti al giorno sui luoghi di lavoro, settori a rischio: edilizia, autotrasporto, fabbriche e agricoltura.
A gennaio 2018 salgono del 14,8 per cento le malattie professionali. Nel 2017 sono state presentate all'Inail, l'Istituto nazionale assicurazione Infortuni sul lavoro, 635.433 denunce di infortuni.
Le vittime sono state 1.029, con un incremento di casi, l'1,1 per cento, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Più morti, perché sono cresciuti gli incidenti multipli, quelli costati la vita a più lavoratori. Delle tragedie, di solito, si parla per qualche giorno. Poi il ricordo viene assorbito nell'interminabile sequenza degli articoli di cronaca, cristallizzato negli archivi. Poche, pochissime, le tracce dei racconti di chi, in prima persona, vive ogni giorno la realtà dei mestieri e delle professioni più critiche. Perché aumentano le vittime?

Redazione

Care Socie e Cari Soci,

oggi, 14 febbraio 2018, durante una cerimonia con la Signora Ministro della Salute Onorevole Beatrice Lorenzin, è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra la Società italiana di Medicina del Lavoro e lo stesso Ministero.

Il protocollo, del quale è allegato il testo integrale, prevede una collaborazione finalizzata:

- alla valorizzazione dell'approccio scientifico alla tematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;

- alla definizione e gestione, basata su evidenze scientifiche, delle azioni prioritarie volte al controllo dei rischi lavorativi;

- alla definizione di un quadro normativo semplice ed efficace per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro italiani;

- alla analisi delle evidenze scientifiche sui rapporti tra insediamenti produttivi e salute della popolazione.

La nostra Società, attraverso il lavoro volontario dei suoi soci, si impegna inoltre a contribuire a promuovere e migliorare lo stato di salute delle cittadine e cittadini che lavorano, attraverso interventi per la riduzione delle disuguaglianze di salute, che possono essere effettuati in occasione delle attività di sorveglianza sanitaria.

Questo Protocollo rappresenta la tappa conclusiva di un percorso intrapreso circa un anno fa, in seguito a un incontro istituzionale tra il Presidente e la Segretaria della nostra Società e la Signora Ministro Onorevole Beatrice Lorenzin. Durante quell'incontro sono emersi punti di vista condivisi sulle tematiche della medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla necessità di implementazione di attività di promozione di corretti stili di vita e sul ruolo che il medico del lavoro può svolgere in tale ambito, sull'interesse ai temi di genere, sia per gli aspetti relativi alle condizioni di salute delle lavoratrici sia, più in generale, per quelli attinenti alla femminilizzazione delle carriere in area medica e alla conseguente necessità di implementare politiche di valorizzazione della figura femminile.

La sinergia di obiettivi riscontrata durante l'incontro ha indotto il Ministero a definire con la nostra Società scientifica rapporti di collaborazione, che dovremo costruire necessariamente con il nuovo governo che si insedierà dopo le elezioni.

È comunque per noi una occasione storica (e lo affermo senza temere di apparire eccessivamente enfatico) perché il Medico del Lavoro Competente per la prima volta vede riconosciuto un suo ruolo attivo e propositivo a sostegno delle politiche pubbliche per la salute, entrando come protagonista in una scena che per troppo tempo lo aveva visto relegato al ruolo di comparsa.

Sta a noi adesso, creando e facendo funzionare reti di socie e soci disponibili a spendersi volontariamente, riempire di contenuti questa collaborazione, dimostrando che la Società Italiana di Medicina del Lavoro può essere la fonte primaria delle informazioni sul vero stato di salute delle cittadine e dei cittadini lavoratori e contribuire a migliorarne salute e benessere, il tutto peraltro senza gravare sulla spesa pubblica ma anzi, in tendenza, permettendo risparmi di cure attraverso la prevenzione.

Da ultimo, permettetemi di rivolgere alcuni doverosi ringraziamenti a chi ha contribuito al raggiungimento di questo importante traguardo: al Senatore Maurizio Sacconi, che come Presidente della Commissione Lavoro del Senato ha valorizzato l'idea che la buona politica ha bisogno della buona scienza, alla nostra Collega Senatrice Serenella Fucksia, che ha promosso in tutte le sedi istituzionali il ruolo della nostra Società, al nostro Consiglio Direttivo che ha sostenuto con convinzione la linea della collaborazione con le Istituzioni pubbliche, e alla nostra Segretaria Professoressa Giovanna Spatari che ha dato un fondamentale contributo di intelligenza, equilibrio e tenacia alla costruzione del rapporto con il Ministero della Salute, fino a condurre in porto la sottoscrizione del Protocollo.

Il Presidente

Prof. Francesco Saverio Violante

LEGGI IL PROTOCOLLO D'INTESA SU www.simlii.it

Per non dimenticare i propri diritti e doveri!

Consulenze gratuite su tematiche relative a salute e sicurezza sui luoghi di lavoro

a cura di **Marco Spezia**

Marco Spezia - sp-mail@libero.it

I risultati del progetto CCM di monitoraggio di alcune patologie croniche, per individuare i fattori di rischio e il possibile effetto negativo di fattori microclimatici e ambientali.

La salute nelle carceri

Il contesto carcerario italiano è caratterizzato, dal punto di vista sanitario, da una popolazione che almeno nel 60-70% dei casi risulta portatrice di patologie croniche, spesso già in giovane età. A questo si aggiunge un significativo svantaggio rispetto ai determinanti della salute, caratterizzato da una fragilità sociosanitaria ancora più evidente con il progredire dell'età.

L'8 gennaio 2013 la Corte europea per i diritti dell'uomo di Strasburgo ha ritenuto colpevole lo Stato italiano per aver violato l'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo a causa delle condizioni in cui la popolazione carceraria è costretta a vivere. Sebbene la condanna riguardi situazioni strutturali, queste sono rese ancora più evidenti dal sovraffollamento. A tutto ciò si aggiunge il disagio dovuto agli eventi climatici e atmosferici, particolarmente evidente nelle stagioni estiva e invernale.
È lecito ritenere che l'alta prevalenza di malattie croniche riscontrate e le condizioni determinate dai problemi strutturali e di sovraffollamento possano costituire un ulteriore rischio per la salute delle persone detenute.

Il progetto di cui si riportano i risultati nel presente documento è stato finanziato dal Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM) del Ministero della salute e ha coinvolto le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Calabria per un totale di 19 Istituti penitenziari. Il progetto aveva lo scopo di:
rilevare le patologie croniche presenti nella popolazione detenuta;
sviluppare e favorire l'implementazione di software per la gestione della cartella clinica informatizzata negli Istituti penitenziari;
sviluppare profili assistenziali per le patologie croniche al pari di quanto disponibile per i cittadini liberi;
evidenziare modalità operative utili per affrontare emergenze e criticità ambientali (calore, freddo, microclima, inquinamento indoor) che caratterizzano il contesto carcerario e il territorio su cui insiste la realtà penitenziaria.

La raccolta dei dati ha riguardato:
stili di vita e stato di salute di una popolazione di persone detenute affette da patologie croniche, monitorati per un anno con strumenti simili a quelli utilizzati dai medici di base nelle cure primarie;
condizioni microclimatiche in ambito carcerario, per evidenziare collocazioni dei detenuti potenzialmente nocive per la salute e migliorare gli aspetti residenziali negli istituti di pena.

La rilevazione dei dati clinici ha permesso di "disegnare" le caratteristiche del detenuto tipo: ha 52 anni, è italiano (81%), ha un livello di istruzione elementare o medio inferiore (oltre il 70%), è un fumatore (58%), sedentario; è obeso o sovrappeso (71%). Il 57% non fa attività fisica o vi dedica un tempo settimanale insufficiente: solo il 27% la pratica almeno due volte la settimana. Solo un terzo lavora, di cui il 50% per meno di 20 ore settimanali. È spesso in situazione di disagio personale (52%), in particolare per motivi familiari, con una notevole quota di insonnia (36%), e spesso utilizza psicofarmaci per dormire. Solo il 25% riferisce una dieta prescritta, seguita nei 2/3 dei casi; quasi la metà dei diabetici (45%) non risulta a dieta. Una storia di tossicodipendenza riguarda un detenuto su quattro, per lo più da abuso di cocaina

(l'abuso pregresso di cocaina si riscontra nel 40% dei soggetti ipertesi e nel 19% dei portatori di patologie cardiovascolari). È in terapia con farmaci specifici.

Il monitoraggio dei soggetti per la durata del progetto ha portato a una prima, forte, evidenza: nei detenuti con patologie croniche non è sempre facilmente realizzabile un'attività ambulatoriale di presa in carico negli stessi termini proposti dal Servizio sanitario territoriale per i cittadini in libertà. Si ha una realtà di luci e ombre, dipendente dall'organizzazione sanitaria locale, dalla partecipazione del personale sanitario, dalla volontà dei singoli operatori, dalla collaborazione delle direzioni di Istituto penitenziario.

Di fatto, quindi, a quasi un decennio dalla riforma della medicina penitenziaria, che ha trasferito le competenze di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, gli obiettivi della prevenzione e promozione della salute in carcere hanno ancora ampi margini di miglioramento. Per quanto riguarda i dati indoor misurati nell'estate 2016, sono state raggiunte condizioni di forte disagio all'interno di 15 carceri su 19 (sono stati considerati in questo conteggio solo gli istituti in cui condizioni di forte disagio sono raggiunte in almeno due termoigrometri); le quattro carceri in cui non si sono raggiunte queste situazioni estreme sono Volterra, Pavia, Reggio Calabria e Catanzaro.

Le concentrazioni giornaliere di PM2.5 indoor sono risultate sostanzialmente più elevate di quelle rilevate outdoor nelle 3 stazioni per le quali è stato possibile fare un confronto. Si osserva inoltre come il valore limite OMS di 25 µg/m3 per l'esposizione giornaliera risultava frequentemente superato durante il periodo di monitoraggio, a causa sia degli elevati livelli di fondo, sia del contributo delle sorgenti indoor e in particolare del fumo di sigaretta. In conclusione, le concentrazioni di PM2.5 paiono rappresentare la maggiore criticità nell'ambito carcerario.

Autore/Autori: **Bechtold P, Cilento A, De Donatis V, Donatini A, Goldoni CA, Marchesi S, Zacchia Rondinini A, Zauli Sajani S.**; Agenzia sanitaria e sociale regionale

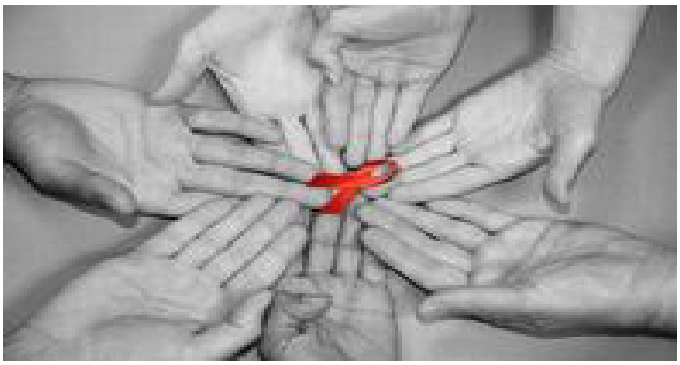
assr.regione.emilia-romagna.it

SALUTE E SICUREZZA NEGLI OSPEDALI
Manuale d'uso per i lavoratori
e le lavoratrici ospedalieri
digita: *web_vademecum_ospedali.pdf*

cronache, studi e inchieste
di sicurezza sul lavoro
www.diarioprevenzione.it

Questo sito si propone l'obiettivo di socializzare informazioni utili alla promozione della salute negli ambienti di lavoro e di vita

L'infezione da HIV è stata trasformata da una malattia incurabile ad una malattia ambulatoriale che nella maggior parte dei casi permette, se adeguatamente gestita, una vita normale. Forse proprio a causa di questo successo l'attenzione dell'opinione pubblica, dei media e delle istituzioni per l'HIV è andata gradualmente scemando. Il persistere di un'incidenza significativa di nuove infezioni in Italia testimonia la necessità di maggiori interventi di prevenzione.



HIV in Italia. La prevenzione insufficiente

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità nel 2016 in Italia sono state notificate 3.451 nuove diagnosi di infezione da HIV, cioè 5,7 nuovi casi per 100.000 residenti –Figura 1. Questa incidenza, in modesto calo rispetto agli anni precedenti, è lievemente inferiore alla media dei paesi dell'Europa occidentale (da notare i livelli esplosivi dell'incidenza nell'area orientale della Regione Europea dell'OMS, che include anche le repubbliche asiatiche dell'ex-Unione Sovietica) – Figura 2. Nel 2016, le regioni con l'incidenza più alta sono state il Lazio, le Marche, la Toscana e la Lombardia.

Le persone che hanno scoperto di essere HIV positive nel 2016 erano maschi nel 76,9% dei casi. L'età mediana alla diagnosi, che nel 1985 era 26 anni per i maschi e 24 per le femmine, nel 2016 è risultata 39 anni per i maschi e 36 anni per le femmine. Le classi di età numericamente più rappresentate sono state quella di 30-39 anni e quella di 40-49 anni mentre l'incidenza più alta è stata osservata tra le persone di 25-29 anni. Nel 2016 sono state registrate 10 diagnosi nella fascia di età 0-14 anni: 9 casi di trasmissione verticale in bambini nati da madre straniera e 1 caso di trasmissione attraverso trasfusione effettuata all'estero. Questo suggerisce una lacuna nell'accesso delle donne di origine straniera ai servizi prenatali.

La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi di infezione da HIV è aumentata dall'11% nel 1992 al 35,8% nel 2016 con un numero assoluto di casi in quest'ultimo anno pari a 1.224. L'aumento della percentuale di stranieri tra le nuove diagnosi tuttavia è dovuto ad una diminuzione del numero dei casi di origine italiana e ad una sostanziale stabilità dei casi stranieri. Tra gli stranieri il 65,5% di casi era costituito da eterosessuali (eterosessuali femmine 34,9%; eterosessuali maschi 30,6%). Circa la metà dei casi di stranieri proveniva dall'Africa Sub-Sahariana. Si tratta di numeri non certo allarmanti ma significativi. In proposito ricordiamo le raccomandazioni relative allo screening rivolto a migranti in centri di accoglienza contenute nelle recenti linee guida Controlli alla frontiera. Lafrontiera dei controlli.

Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza redatte dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP):

A tutti i migranti, nell'ambito della presa in carico sanitaria, deve essere offerto un adeguatocounselling che garantisca informazioni chiare ed esaustive sull'infezione da HIV, sull'AIDS e sulla possibilità di accedere a cure efficaci. Tali informazioni devono essere fornite secondo una prospettiva culturalmente sensibile, possibilmente nella lingua madre, e avvalendosi di mediatori linguistico-culturali.
Si raccomanda di offrire il test HIV a tutti i soggetti di età =16 anni provenienti da paesi a elevata endemia (stime di prevalenza di HIV >1% – si veda allegato 3), alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del counselling, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partnersessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante IST o infezione tubercolare.

Il test HIV viene altresì offerto ai minori di età <16 anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attivita sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare.
Tali linee guida disegnano un approccio articolato alla salute dei migranti nei centri di accoglienza. Resta da vedere come le singole regioni metteranno in pratica tali raccomandazioni.

Nel 2016, la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV era attribuibile a rapporti sessuali non protetti, che costituivano l'85,6% di tutte le segnalazioni (eterosessuali 47,6%; MSM 38,0%) – Figura 3. Pur essendo diminuita l'incidenza per tutte le modalità di trasmissione, dal 1985 al 2016 le proporzioni delle diverse modalità sono profondamente cambiate: la trasmissione per scambio di siringhe infette è passata dal 76,2% al 2,8%, per rapporti eterosessuali dall'1,7% al 47,6%, per rapporti omosessuali 6,3% al 38,0%. Tutto questo ci ricorda la necessità di interventi di prevenzione volti a ridurre i comportamenti a rischio: rapporti sessuali non protetti, rapporti con più partner, rapporti con prostitute e rapporti sotto l'effetto di alcool e stupefacenti. Preoccupante in particolare il fenomeno del chem sex, festini a base di droghe sintetiche e sesso con multipli partner sconosciuti.

È lievemente aumentata la quota di nuove diagnosi con bassi livelli di linfociti CD4 o sintomi riferibili all'infezione da HIV: il 36,9% aveva alla diagnosi un numero di linfociti CD4 inferiore a 200 cell/µL e il 55,6% un numero inferiore a 350 cell/µL. Nel 2016, il 30,7% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV aveva eseguito il test HIV per la presenza di sintomi HIV-correlati, il 27,5% in seguito a un comportamento a rischio e il 12,2% in seguito a controlli di routine eseguiti presso Servizi per le Dipendenze/Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.D/Ser.T) o presso strutture extra sanitarie (ad esempio, in occasione di campagne di screening organizzate da associazioni, autotest, test

CONTINUA A PAG. 37

Infezioni Sessualmente Trasmesse
Ambulatorio IST Ospedale Amedeo di Savoia
C/SO Svizzera 164 TO
lun/mart/giov/vener: 8,30-10,00 - 011/4393789
tram: 3, 9; bus 59, 60
Disponibili 15 posti Padiglione RUDIGOZ
Ritiro a libero accesso:
lun/mart/giov/ven 13,00 - 14,30; mer 9,00 - 11,00
Attività: prelievi, terapie post visita
Senza prenotazione; nè impegnativa del medico
A richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali

HIV in Italia. La prevenzione insufficiente

CONTINUA DA PAG. 36

in unita di strada, etc) o presso istituti penitenziari, l'11,3% in seguito ad accertamenti per altra patologia. In sintesi, molte persone con comportamenti a rischio non pensano ad effettuare il test, che permetterebbe di iniziare la terapia precocemente e prevenire complicanze non sempre o non totalmente risolvibili.

Sono stati notificati 778 casi di AIDS, la fase più avanzata della malattia, pari a un'incidenza di 1,3 nuovi casi per 100.000 residenti. Il numero di casi di AIDS è diminuito moltissimo rispetto all'apice dell'epidemia degli anni '80 e '90, mentre negli ultimi anni tende a diminuire molto lentamente –Figura 4.

Nell'ultimo decennio è aumentata la proporzione delle persone con nuova diagnosi di AIDS che ignorava la propria sieropositività e ha scoperto di essere HIV positiva nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS, passando dal 20,5% del 1996 al 76,3% del 2016. Tale percentuale è particolarmente alta tra i casi di trasmissione per via sessuale e tra gli stranieri. Anche questo dato rimarca la necessità di interventi di sensibilizzazione e di screening.

Osservando la distribuzione geografica delle notifiche di AIDS nel 2016 è evidente un gradiente Nord-Sud. Le regioni con incidenza maggiore, nell'ordine, sono risultate Liguria, Marche, Umbria, Toscana e Molise; le province più colpite Lecco, Terni, Livorno, Macerata, Imperia, Siena, Pistoia, Ascoli Piceno e Gorizia.

Nel 2016 la prima causa di diagnosi di AIDS è risultata ancora la pneumocistosi polmonare, seppur in lieve calo percentuale, mentre è aumentata la quota di pazienti con un'infezione virale o un tumore, in particolare sarcoma di Kaposi e linfomi.

Il numero di morti per AIDS, crollato rispetto al picco dell'epidemia grazie ai farmaci, è rimasto stabile negli ultimi anni. Dall'inizio dell'epidemia (1982) a oggi sono stati segnalati 68.982 casi di AIDS, di cui 44.254 deceduti fino al 2014.

Deve essere fatto uno sforzo per fare emergere i casi di infezione inconsapevole, sia per prevenire l'evoluzione in AIDS, sia per evitare che possano contagiare altri. Il fatto che l'infezione non possa più essere associata a categorie facilmente identificabili, come i tossicodipendenti, suggerisce l'opportunità di effettuare screening anche nella popolazione generale sessualmente attiva. In questo senso appare chiave il ruolo dei medici di famiglia Ricordiamo che il test può essere eseguito gratuitamente, anonimamente e senza appuntamento in tutte le strutture sanitarie nazionali ed è anche disponibile in farmacia un test che può essere acquistato senza ricetta e fatto a casa su una goccia di sangue con risposta in pochi minuti. Esiste anche un test su saliva che viene utilizzato per screening. Ad esempio, recentemente, all'uscita di una discoteca in Versilia, circa sessanta persone si sono sottoposte al test con questo metodo e tre sono risultate positive, a dimostrazione dell'utilità di questo tipo di iniziative.

L'educazione sessuale nelle scuole medie e superiori italiane è praticamente assente e generalmente demandata ai genitori, con il risultato che molti ragazzi formano la propria conoscenza parlandone tra loro e frequentando i social media spesso senza gli strumenti culturali necessari per scegliere le informazioni corrette.

Inoltre, campagne di sensibilizzazione dovrebbero mirare le tipologie più frequenti di nuovi casi: il maschio eterosessuale in età matura e l'omosessuale maschio che hanno comportamenti a rischio.

Per quanto riguarda la prevenzione, le ultime linee guida italiane prevedono anche la possibilità di una profilassi pre-esposizione con Truvada, contenente due farmaci antiretrovirali usati anche in molti schemi di terapia. Il Truvada a scopo preventivo può essere assunto in continuo, una compressa al giorno, oppure occasionalmente in previsione di un rapporto sessuale, due compresse da 2 a 24 ore prima del rapporto, poi altre due dosi a distanza di 24 e 48 dalle prime. È bene però essere cauti: questo tipo di profilassi dovrebbe collocarsi in una strategia che comprenda una valutazione medica iniziale e controlli clinici e test periodici. Non può essere l'alibi per comportamenti a rischio, semmai un'opzione in casi molto selezionati, ad esempio quello di coppie discordanti che cercano una gravidanza. Il profilattico è l'unico strumento di prevenzione attivo anche sulle altre malattie sessualmente trasmesse, come la sifilide, la gonorrea, l'herpes, il papilloma, tutt'altro che scomparse.

In conclusione possiamo affermare che risultati straordinari sono stati ottenuti sul fronte della terapia, come per poche altre malattie, in così poco tempo. L'infezione da HIV è stata trasformata da una malattia incurabile ad una malattia ambulatoriale che nella maggior parte dei casi permette, se adeguatamente gestita, una vita normale. Forse proprio a causa di questo successo l'attenzione dell'opinione pubblica, dei media e delle istituzioni per l'HIV è andata gradualmente scemando.

Dopo più di 30 anni dai primi casi di infezioni da HIV in Italia, dopo migliaia di morti, nonostante questa infezione abbia ancora un impatto rilevante sullo stato di salute della nostra popolazione e comporti un rilevante impegno di risorse per il nostro sistema sanitario, esiste ancora un problema di scarsa consapevolezza nella popolazione e di insufficienti programmi di prevenzione.

Fonti

Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2016. Volume 30, n. 9, settembre 2017, Supplemento 1

Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1. 22 Novembre 2016

Sistema Nazionale delle Linee Guida. Controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza[PDF: 3.8 Mb] 2017.

Scoprono di essere sieropositivi all'uscita della discoteca. Il Tirreno, 08.10.2017

Enrico Tagliaferri

www.saluteinternazionale.info

LILA
LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO L'AIDS

LILA Piemonte
Tel./Fax 011-4361043
C.so Regina Margherita 190 E Torino
lilapiemonte@gmail.com

Come si sta muovendo la nuova «grosse koalition» del massacro sociale (e perchè). Costoro affrontano allegramente la candidatura olimpica senza tener conto del debito pubblico, la svalutazione del lavoro con il dilagare di impieghi non retribuiti spacciati per volontariato, tutto questo rende impossibile l'organizzazione di una Olimpiade che non sia un massacro sociale.

Olimpiadi 2026 a Torino?

«Ci sono momenti in cui è necessario gettare il cuore oltre l'ostacolo. Come diceva XYZ, e pensando anche quelle parole lontane, ma oggi così vicine, noi diciamo sì. Lo facciamo non a cuor leggero, consapevoli degli errori che sono stati commessi nel passato. Ma è proprio per dimostrare che si può fare bene ciò che è stato fatto male in passato che noi diciamo sì. Perché vogliamo dimostrare che la sostenibilità ambientale ed economica è qualcosa che si può fare. A coloro che dicono "no", legittimamente, noi rispondiamo: stiamo lavorando anche per voi, per far ritornare la fiducia anche in coloro che l'avevano persa. Daremo tutta la nostra passione e il nostro coraggio per costruire insieme un evento bello, forte, sostenibile, ecologico. Noi trasformeremo gli errori del passato in lavoro, crescita, sviluppo. Quindi Torino [ma forse ci sarà anche Milano, N.d.R.] dice "Sì" alla candidatura per le Olimpiadi di Torino 2026.»

Probabile la deriva «noi ci mettiamo la faccia». Applausi, pagine sul giornale di famiglia, il «coraggio del pragmatismo», «il senso di responsabilità e la visione di futuro», oppure «Torino rilancia la sfida», «ripartenza». Campagna mediatica già ampiamente in corso.

Con ogni probabilità tutto questo, tra pochi giorni, verrà pronunciato dal centro del cratere olimpico di Torino. Città che elegge ogni cinque anni un commissario fallimentare, figura indispensabile per ripianare il maxidebito lasciato dalle Olimpiadi, quelle del 2006.
Dall'uno vale uno, all'uno vale l'altro.

La Stampa di lunedì 30 ottobre 2017, a proposito della difficile situazione finanziaria del Gruppo Trasporti Torinesi e di conseguenza del Comune di Torino:
«…È Stefano Lo Russo, oggi capogruppo del PD in Consiglio comunale, ma fino alla precedente legislatura uomo chiave della squadra di Fassino intercettato il 4 novembre del 2016 mentre era al telefono con un giornalista. In realtà l'intercettazione è stata effettuata per un'altra inchiesta ma finisce nel faldone GTT perché le dichiarazioni dell'ex assessore sono da considerare eloquenti. Gli inquirenti, che stanno lavorando sul disallineamento dei conti del Comune e sulle Partecipate, vengono colpiti dalla fermezza con cui Lo Russo spiega che i problemi dei conti di Torino sono nati con le Olimpiadi e che poi hanno cercato di nascondere le cose.»

È veramente un peccato dover associare la parole del filosofo tedesco a queste cosine ridicole della storia, e chi volesse avere un quadro completo della tragedia, stadio originario della farsa prossima, può leggere qui. Le cose, contano solo le cose. Il costo preventivo delle Olimpiadi invernali di Torino 2006, non «low cost», fu pari a 550 milioni di euro.
Il preventivo, informale, delle Olimpiadi invernali di Torino 2026, «low cost», è pari a 975 milioni di euro. Potremmo fermarci qui, stappare un bottiglia di vino forte affinché, come cantava il poeta, «ci sia allegria anche in agonia.» Ma dato che la vicenda deborda nel grottesco vale la pena di spenderci qualche parola.

Curiosa locuzione, «low cost»: ben conosciuta in Valsusa, perché la Torino – Lione, non è più Tav, ma Tav «Low cost»: ribatezzata così da Graziano Delrio, costa appena 4.7 miliardi di euro. I sostenitori del Tav come quelli delle Olimpiadi hanno in comune la voluta distorsione della realtà economica, nonché un uso spregiudicato, e vagamente ridicolo, delle locuzioni. Ma perché sono poi «low cost»?

Il Cio chiede con nuove norme di rendere sostenibili i giochi e dà vaghe indicazioni in merito. Quindi, par di capire, è necessario svenare le casse pubbliche dello Stato per riutilizzare, per altri quindici giorni, impianti abbandonati al termine dei precedenti Giochi del 2006. I proponenti, con ampio uso retorico, sostengono che verranno riutilizzati gli impianti abbandonati: questo processo viene definito, niente meno, «il sogno».

Intendono quindi rimettere in sesto: la pista di bob di Cesana Torinese; il trampolino di Pragelato; e probabilmente il Villaggio Olimpico di Torino.
I primi due marciscono da circa dieci anni, il terzo è diventato l'alloggio di circa 1400 migranti in cerca di un tetto.
«Il sogno» – ricicliamo – non tiene conto di cosa fare di questi impianti dopo le Olimpiadi: lo schema sarebbe ovviamente quello del 2006, ancor più sicuro perché questa volta non ci sarebbero – se veramente si vogliono tagliare i costi – fondi necessari per il riutilizzo successivo. Certo, giureranno che dopo la cerimonia di chiusura sarà un florilegio di attività, di cittadelle dello sport, di «Coverciano della neve»: l'hanno già fatto i predecessori nel 2006, dilapidando miliardi, mentre si chiudono gli ospedali. Quanto costerebbe quindi la ristrutturazione pro tempore? Nessuno al momento può dirlo, nemmeno coloro che sostengono il principio del «riciclo».

Per quanto riguarda il Villaggio Olimpico, la situazione è ancora più pericolosa e ridicola. In esso vivono circa 1400 migranti, fantasmi della città che hanno trovato in questi palazzi un luogo dove ripararsi. Si dovrebbe quindi buttarli fuori e sparpagliarli per la città, dato che il processo di «sgombero dolce» organizzato da Comune, fondazioni bancarie e curia, è ormai fallito. Le casette inoltre, costate oltre 140 milioni di euro, risultano devastate, non dalla presenza dei migranti, bensì dalla loro debolezza infrastrutturale. Si dovrebbero rifare da cima a fondo, quindi. Un vecchio adagio torinese dice così «a volte costa più La corda del sacco»: ma ovviamente si punta ai soldi per la corda con i grandi eventi. Se gli atleti verranno ospitati a Torino, è molto probabile un nuovovillaggio olimpico.

Anche perché ci sono appetiti da soddisfare, la corrente cementizia della città già scalpita, e non si accontenteranno di ridare il bianco a qualche muro. Sono in molti ad avere «sogni» e «vision» a Torino, in questi giorni. In generale, inoltre, tutti gli impianti olimpici che potrebbero essere utilizzati, oggi sono «gestiti» da privati. il Parco Olimpico era interamente di proprietà della Fondazione XX marzo 2006. Nel 2009 il 70% delle azioni è stato affidato ai privati. La gara è stata vinta dalla società americana Live Nation, in collaborazione con la

CONTINUA A PAG. 39

Olimpiadi 2026 a Torino?

CONTINUA DA PAG. 38

società torinese Set Up.
Vi è inoltre un costo non comprimibile della spesa, e non ammortizzabile, in geometrica espansione dato il contesto storico: quello afferente alla sicurezza. Organizzare le Olimpiadi è come organizzare una guerra: e il Cio, su questo punto, non vuole sentir parlare di risparmi o «low cost». Torino, dopo il disastro di Piazza san Carlo, dovrebbe aver imparato la lezione.

Il riciclo degli impianti, quindi, inciderà minimamente sul piano della spesa finale, è solo fumo gettato negli occhi. In realtà, come sempre accade, nessuno in questo momento può neanche immaginare quanto si spenderà. Nel 2012 il Guardian fece un'analisi di questo fenomeno mettendo sotto la lente le Olimpiadi di Londra. Le sfortunate Olimpiadi parigine del 2024, anch'esse ribattezzate «low cost», si stanno rivelando – come tutte quelle del passato – una voragine senza fine.

Innsbruck – che ha gli impianti a disposizione, e in funzione, su un territorio molto meno vasto – si è ritirata dopo un referendum, e nemmeno Stoccolma ha superato la fase iniziale. L'idea di organizzare giochi olimpici invernali sembra non piacere neanche agli svizzeri. In base a un sondaggio realizzato a quattro mesi dal cruciale voto sul progetto di candidatura di Sion 2026, i pareri contrari raggiungono il 59% degli interpellati, mentre i favorevoli solo il 36%. Decideranno a giugno.

Il direttore del Cio, relativamente ai dubbi svizzeri sulla cosiddetta «garanzia limitata del deficit» ha precisato che a rispondere di un eventuale disavanzo saranno gli organizzatori: «A fare stato sono le firme sul contratto con l'ente ospitante». Ma quali sono i conti degli svizzeri per le loro Olimpiadi del 2026? Come riporta Ticinoonline:

«Gli organizzatori hanno messo in preventivo spese complessive per 1,98 miliardi di franchi ed entrate per 1,15 miliardi. Da più parti è tuttavia stato osservato che si tratta di previsioni troppo ottimistiche e che la sicurezza potrebbe fare lievitare i costi. L'ultima parola sulla candidatura olimpica spetta comunque ai cittadini vallesani.»

Gli svizzeri hanno già detto che da loro ci sarà un buco minimo di 850 milioni di euro. In Svizzera. Noi qui, a trombe politiche unificate, suoniamo la grancassa del «low cost». E siamo tutti entusiasti.

Entusiasta il Partito Democratico, coerentemente con la sua storia.
Entusiaste le banche, entusiasti i costruttori, entusiasta – suppongo– la criminalità organizzata che ancora sta digerendo con fatica l'abbuffata pantagruelica dell'altra volta.
Entusiasti Lega, Forza Italia, destra, tutti. È la Grande Colazione che si avvicina, a Torino e in Italia.
Entusiasti quelli di adesso, i pentastellari torinesi. Ondivaghi, hanno aperto la valvola della protesta anti sistema per poi trasformarla, nell'attimo della vertigine del non-potere che hanno, nel più compiaciuto conservatorismo. Bigotti del bilancio e dell'austerità, ma pronti a cercare la salvezza laddove vi è la rovina della città. I dissidenti della maggioranza pentastellare in Comune sono quattro e mezzo, gli altri sono impiegati della politica che un tempo sbraitavano contro le grandi opere/eventi, e oggi sbraitano di «sogni» e «vision».
Entusiasta «Beppe», che telefona in diretta durante un'assemblea come nelle migliori tradizioni del cabaret: e Beppe dice a «Chiara» che le Olimpiadi sono «un'occasione», così Chiara si sente forte, e la dissidenza interna viene tacitata per qualche ora.

Costoro affrontano allegramente la candidatura olimpica senza tener conto che il sistema bancario in essere, l'assenza di una banca pubblica – per cortesia nessuno tiri in ballo la Cdp – le regole di bilancio nazionali e sovra nazionali, nonché la dimensione del debito pubblico, la svalutazione del lavoro con il dilagare di impieghi non retribuiti spacciati per volontariato, tutto questo rende impossibile l'organizzazione di una Olimpiade che non sia un massacro sociale.

Ostacoli strutturali, incontrovertibili, a cui i proponenti rispondono con la retorica del lowcost/sogno/vision/facciamo a modo nostro. Il vecchio arnese della fuffa gettata negli occhi, affinché la pietrosa materia risulti invisibile. Vivono, i proponenti, nella allucinata ed egoriferita convinzione che il loro magico tocco possa trasformare in oro il marciume: la sindrome di Re Mida.

Contrario brutalmente – perché consapevole di tutto quanto sopra elencato – il Movimento No Tav, che in un durissimo comunicato stampa contesta la narrazione tossica relativa al principio «low cost" nonché l'intera impalcatura ideologica legata ai grandi eventi. Anche perché, se il Tav non sarà fermato – da chi? Dai pentastellari di governo? – negli anni antecedenti alla cerimonia di apertura i cantieri olimpici si sommeranno al maxicantiere del tunnel di base a Chiomonte e al maxi cantiere di Salbertrand, ove verrà stoccato lo smarino. La Valsusa, ancora una volta, utilizzata da tutti come un territorio da saccheggiare.

Ma perché rifare le Olimpiadi? Le vere ragioni. Premessa: in linea teorica esiste un articolo della Carta Olimpica, Cap. 5 art. 37 comma 7, che così recita:
«L'elezione riguardante la designazione della Città Ospitante si svolge in un Paese che non presenti nessun candidato all'organizzazione dei Giochi Olimpici in questione, dopo attento esame del rapporto stilato dalla Commissione di valutazione delle città candidate.»

Ovvio conflitto di interessi. Il presidente del Coni Giovanni Malagò, il sindaco di Milano Giuseppe Sala e il Governatore della Lombardia Roberto Maroni hanno sottoscritto tale impegno, anche se poi hanno dichiarato di «non volersi precludere nulla». Anche perché, e questo è lo scenario più probabile, Torino, o Torino-Milano, potrebbe rimanere l'unica città candidata in Europa nel caso in cui Sion si ritirasse.

Alla dolce tentazione leopardiana del prevaler del riso fuori posto o del pianto consolatorio, è bene contrapporre la massima spinoziana «Non piangere, non ridere, comprendere»: le Olimpiadi si vogliono rifare a Torino per le stesse ragioni dell'altra volta.

La Città sta andando verso la fase finale della deindustrializzazione, il cratere sta per eruttare nuovamente conflitto. Soprattutto quelle periferie che brulicano di malessere. Serve un grande evento – non ci sono differenze tra grandi opere e grandi eventi – che distragga, che porti via l'attenzione. Niente più panem, solo circenses: poi tanto da queste parti – mai dimenticare la teoria dei vasi comunicanti quando si parla di debito pubblico e grandi opere – per recuperare denaro chiudiamo due ospedali: Molinette e Sant'Anna. Al loro posto un ospedale più piccolo, la Città della Salute.

«Il privato – si può leggere sul quotidiano di Confindustria – sosterrà il 70% della spesa di realizzazione degli edifici, 306 milioni di euro, e sarà remunerato grazie al canone ottenuto dai risparmi sui costi della gestione corrente.»

È il famoso Project Financing, il meccanismo estrattivo principe – utilizzato sempre più pergrandi eventi e grandi opere – per la creazione del debito pubblico e la privatizzazione dei servizi. Ovviamente nella nuova struttura sanitaria privata affittata al pubblico i posti letto saranno tagliati, i pentastellari regionali sostengono addirittura della metà: da 2000 a 1000. Progetto della giunta regionale Chiamparino, fatto proprio dai Cinque Stelle di Torino dopo un repentino cambio di opinione.

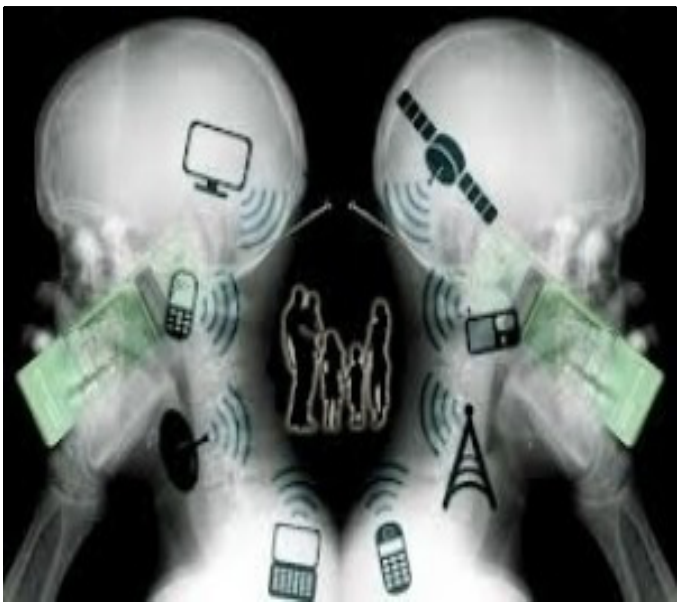
Ma torniamo alla deindustrializzazione. Il «Polo del lusso» di Torino, quello che doveva arrivare dopo il referendum di Mirafiori del 2011, si sta rivelando non solo insufficiente, ma inadeguato. La famiglia è sempre più lontana da Torino, volutamente. La Fiat si prepara a lunghe sospensioni produttive a Mirafiori e a Grugliasco. L'ombra dell'Imbraco si allunga sugli ultimi rimasugli, ma ancora sostanziosi, della Fiat a Torino. In questo contesto economico sociale regressivo, l'unica legge che vale è quella dell'antropologo David Graeber:
«più i processi di redistribuzione della ricchezza dal basso verso l'alto sono iniqui, più necessitano di eventi spettacolari e autocelebrativi.»

Nella speranza che queste parole possano fermare la stoltezza di un tempo buio e spensierato, sipario.

Maurizio Pagliasotti

23/3/2018 www.wumingfoundation.co

Il legame tra la tutela dell'ambiente e la difesa della salute è ormai indissolubile



Da diversi anni la comunità scientifica è impegnata in accurati studi sulle interazioni tra ambiente e salute richiamando l'attenzione pubblica sugli effetti potenzialmente dannosi derivanti dalle attività antropiche (produzione di energia, gestione dei rifiuti, sistema della mobilità, qualità dell'acqua aria e pratiche agricole, campi elettromagnetici), in particolare sulle ricadute a lungo termine sulla salute, ossia quelle meno evidenti ma più difficili da contenere una volta che si verificano.

Interazioni ambiente-salute non riguardano solo le varie patologie, ma determinano la sopravvivenza delle specie viventi. Già Ippocrate aveva affermato: "il cosmo penetra nell'uomo con l'aria, le bevande e con i cibi; sostanze che diventano parte integrante dell'organismo; gli umori di cui questo si compone sono trasformazioni dei cibi e delle bevande ingerite".
E dopo più di due millenni Darwin ribadisce il ruolo determinante dell'ambiente: "le specie vegetali e animali non sono state create indipendentemente, ma si sono evolute nel tempo grazie ad una selezione naturale del più adatto nella lotta per la vita." Quali scenari si apriranno nel nostro futuro se non cercheremo di modificare opportunamente le cose?

Inceneritori, centrali a biomasse, centrali a carbone, il ricavare energia dall'idrogeno, produzione di rifiuti di ogni genere in una quantità sempre più elevata modifica l'ambiente e aggrava la salute.
Abbiamo medici che hanno condotto e stanno conducendo studi di vario genere sulle criticità ambientali dovute alle emissione di inquinanti da parte dell'inceneritore con ricadute preoccupanti in particolare sui bambini (6 ai 9 anni). Negli anni ho potuto constatare che le amministrazioni locali interessate hanno preso posizione critica nei confronti di questi studi e sempre porgono gli interessi di tutela della salute a tutti gli altri, politici, economici, finanziari, industriali e quant'altro.

È la logica di chi comanda veramente i giochi a livello mondiale, come sempre è stato ma che oggi, con la globalizzazione incombente, cominciano a sembrare un po' più chiari. L'alta finanza, le grandi multinazionali, il potere economico in senso lato vengono sempre anteposti a tutti gli altri interessi, né la politica potrà mai pensare di intervenire in senso virtuoso dal momento che essa stessa è funzionale solo ed esclusivamente a chi detiene il potere politico, sostenuto appunto dal potere economico.
Il cerchio è chiuso. Per raggiungere questo ambizioso ma ineludibile obiettivo è necessario che il medico/cittadino si faccia promotore di una corrente di pensiero a sua volta in grado di sviluppare una nuova cultura della sicurezza (che in Italia non è mai realmente esistita).
Senza questa nuova cultura, non ci saranno speranze di modificare l'atteggiamento dei decisori rispetto ai problemi di cui sopra. Dovremo batterci per modificare la formazioneuniversitaria dei nostri medici, nel senso di introdurre queste tematiche nell'insegnamento ai nostri studenti; ma dovremo batterci per modificare in questa direzione anche i percorsi formativi degli avvocati come dei veterinari, degli infermieri, degli ingegneri, degli architetti, cioè di quelle persone (quindi di tutti) che un domani potranno essere decisori.
E prima ancora dovremo analogamente modificare i corsi di studio della scuola primaria e secondaria. In una sola espressione, dobbiamo fare cultura. D'altra parte, modificare l'atteggiamento dei decisori attraverso un processo culturale richiede un lavoro profondo e molto esteso nel tempo e la domanda diventa dunque la seguente: dopo aver studiato avremo il tempo necessario?

A quante cose fa male l'inquinamento atmosferico?
La lista delle malattie correlate all'inquinamento è più lunga di quanto generalmente ci si attenda, dal momento che di solito l'inquinamento viene associato al tumore. Ebbene, in realtà, oltre al cancro, i gas di scarico possono essere i responsabili, almeno in parte, di attacchi di cuore, asma, diabete, nascite premature, infertilità maschile, dermatiti, irritazioni oculari, stanchezza, mal di testa, nausea e addirittura demenza.

L'esposizione all'inquinamento atmosferico aumenta del 13% il rischio di angina, anche quando il livello di concentrazione di CO_2 (anidride carbonica, sostanza di fondamentale importanza nei processi vitali) e polveri sottili rientra nella soglia stabilita dall'Unione Europea.
L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) suggerisce invece un limite più basso, indicando in 10 microgrammi la soglia da non superare.
La severità dell'OMS è motivata dalla pericolosità di tutte le particelle di particolato (polveri sottili) che possono entrare nei polmoni e addirittura passare nel sangue.
Il particolato liberato dallo scarico dei motori diesel, ad esempio, può passare nel sangue e danneggiare i vasi sanguigni, contribuendo a malattie cardiovascolari. L'indurimento del sangue dovuto al particolato può essere causa di infarto, a cui si aggiunge un ulteriore fattore di rischio rappresentato dall'asma, che, aumentando lo sforzo della respirazione, accelera anche i battiti cardiaci.
L'inquinamento non solo provoca gli attacchi d'asma in soggetti sofferenti, aumentandone frequenza ed intensità,

CONTINUA A PAG. 41

Il legame tra la tutela dell'ambiente e la difesa della salute

CONTINUA DA PAG. 40

ma ne potrebbe essere anche la causa prima. Il 14% dei casi di asma infantile cronica è attribuibile all'inquinamento da traffico urbano. L'inquinamento è anche causa di peggioramento dei sintomi della broncopatia cronica ostruittiva (BPCO), malattia che include bronchite cronica, fibrosi cistica ed enfisema.

Diabete di tipo 2

Non solo cuore e respirazione, ma anche pancreas, zucchero e sangue. L'insulina è l'ormone secreto dal pacreas che ha il "compito" di regolare il livello di zuccheri nel sangue. La sua mancanza o scarsità, pertanto, porta al diabete. L'inquinamento atmosferico potrebbe proprio essere collegato alla resistenza all'insulina, all'origine del diabete di tipo 2.

Parto pretermine

Secondo ricerche condotte, le donne che vivono nella aree urbane con alti livelli di inquinamento da benzina corrono il 30% di rischio in più di partorire prematuramente. Esiste una chiara evidenza dell'associazione tra inquinamento dell'aria e basso peso alla nascita, problemi di crescita e prematurità neonatale.

Cancro

L'associazione inquinamento-cancro è quella logicamente più immediata. Il rapporto causa-effetto è ben noto.

L'infertilità maschile

Una correlazione significativa tra la presenza nell'aria di agenti inquinanti e la scarsa qualità del liquido seminale con problemi di fertilità con la distribuzione dei metalli pesanti nell'ambiente. In particolare concentrazione anomale di piombo e antimonio.

Demenza

Le ricerche sono partite dello stretto legame tra cervello e naso, che fa dell'organo dell'olfatto una strada privilegiata per raggiungere la sede del nostro sistema nervoso centrale. L'esposizione prolungata ad alti livelli di inquinamento atmosferico comportano cambiamenti nel cervello simili a quelli che riguardano i malati di Alzheimer.

Si è osservata n particolare la presenza di placche di beta amiloide, i proteina che avrebbe la capacità di distruggere le sinapsi e causare malattie neuro-degenerative.

L'impatto negativo e diffuso dell'inquinamento atmosferico sembrano essere ormai una certezza che i governi non possono più ignorare o curare con interventi analgesici. Le particelle nocive che costituiscono lo smog sono in grado di raggiungere il cervello danneggiandolo.

In particolare hanno degli effetti negativi le particelle di ferro e degli altri metalli contenuti nei gas di scarico delle automobili. Dagli studi fatti è risultato che nel tessuto cerebrale dei soggetti coinvolti erano presenti elevate quantità di nano particelle di ossidi di ferro create con la combustione e tracce di altri metalli che si trovano nelle marmitte catalitiche, come il platino.

Queste particelle, in particolare, sono legate da alcuni studi all'insorgenza dell'Alzheimer.

Marilena Pallareti
Collaboratrice redazionale
di Lavoro e Salute

DI AMBIENTE DI SALUTE, DI DIRITTI E DI ALTRE SCIOCCHEZZE

Dalla raccolta di scritti che Stefano Palmisano ha redatto nel corso degli ultimi otto anni per diverse testate emerge un percorso di Educazione Civica. Una disciplina dimenticata e bistrattata, forse scomparsa dalle scuole ma tratto distintivo dell'opera di Palmisano, che quella disciplina continua a tenere in vita fuori dagli istituti di istruzione.

Non sembri banale questa considerazione, perché dalla carenza di quella Educazione nasce la meraviglia che si coglie nelle pagine qui riunite, quando si deve constatare che principi e diritti Costituzionali vengono nel nostro Paese persino disattesi da leggi e norme emanate dal Parlamento e dai Governi. L'autore esamina il diritto alla salute ed all'ambiente salubre, la libertà religiosa con i suoi risvolti sui diritti civili, per far emergere le discrasie tra leggi, decreti e sentenze e i principi della Carta Costituzionale.

Una particolare attenzione viene evidenziata su un aspetto attuale essenziale e preponderante non solo in ambito giudiziario ma anche medico ed epidemiologico: quella del rapporto tra la scienza, o forse meglio dire gli scienziati, la giustizia, le leggi e la buona amministrazione. Evidenze scientifiche oscurate, distorte, attenuate da grandi "scienziati" ingaggiati da gruppi industriali multinazionali per insinuare il dubbio nei giudici (e si sa, in dubio pro reo), negli amministratori e nei legislatori al solo fine di favorire interessi particolari ostacolando cambiamenti nella direzione della salvaguardia della salute pubblica e dell'ambiente.

(*dalla prefazione di Maurizio Portaluri ed Emilio Gianicolo*)

La Credenza

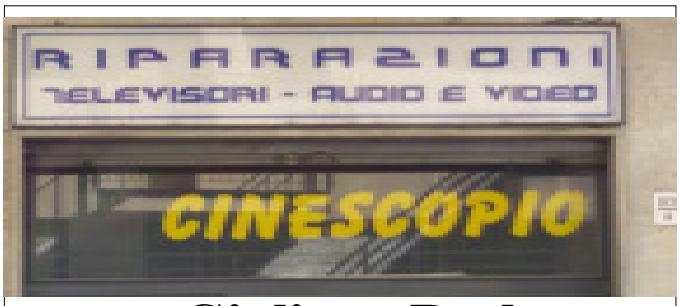
Osteria - Piola
Cucina tipica - Pizzeria

via W. Fontan, 16, 10053 Bussoleno

Tel. 0122 49386
cell. Silvano 338.6086916
cell. Martina 392.7409082

In Val Susa, locale caratteristico nel centro pedonale del paese. Accogliente, ampie sale interne. Cortile interno con pergola

inserzione concessa gratuitamente



di **Giuliano Paolo**

Riparazioni video, televisori e monitor led, lcd, plasma, tubo catodico, videoregistratori, dvd

Riparazioni audio, alta fedeltà, compatti, giradischi, compact disc e radioregistratori

Riparazioni computer fissi e portatili, formattazione, installazione sistema operativo e programmi

Via San Secondo 93a Torino

Tel. 011.5683637 - Cell. 347.6687161

ORARIO
mattino da lunedi a sabato 8.30/13.00
pomeriggio da lunedi a venerdi 15.00/18.00

inserzione concessa gratuitamente

officina AURORA l'autosicurezza

via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA STAGLIANO'

Telefono 327.6546432

preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

inserzione concessa gratuitamente

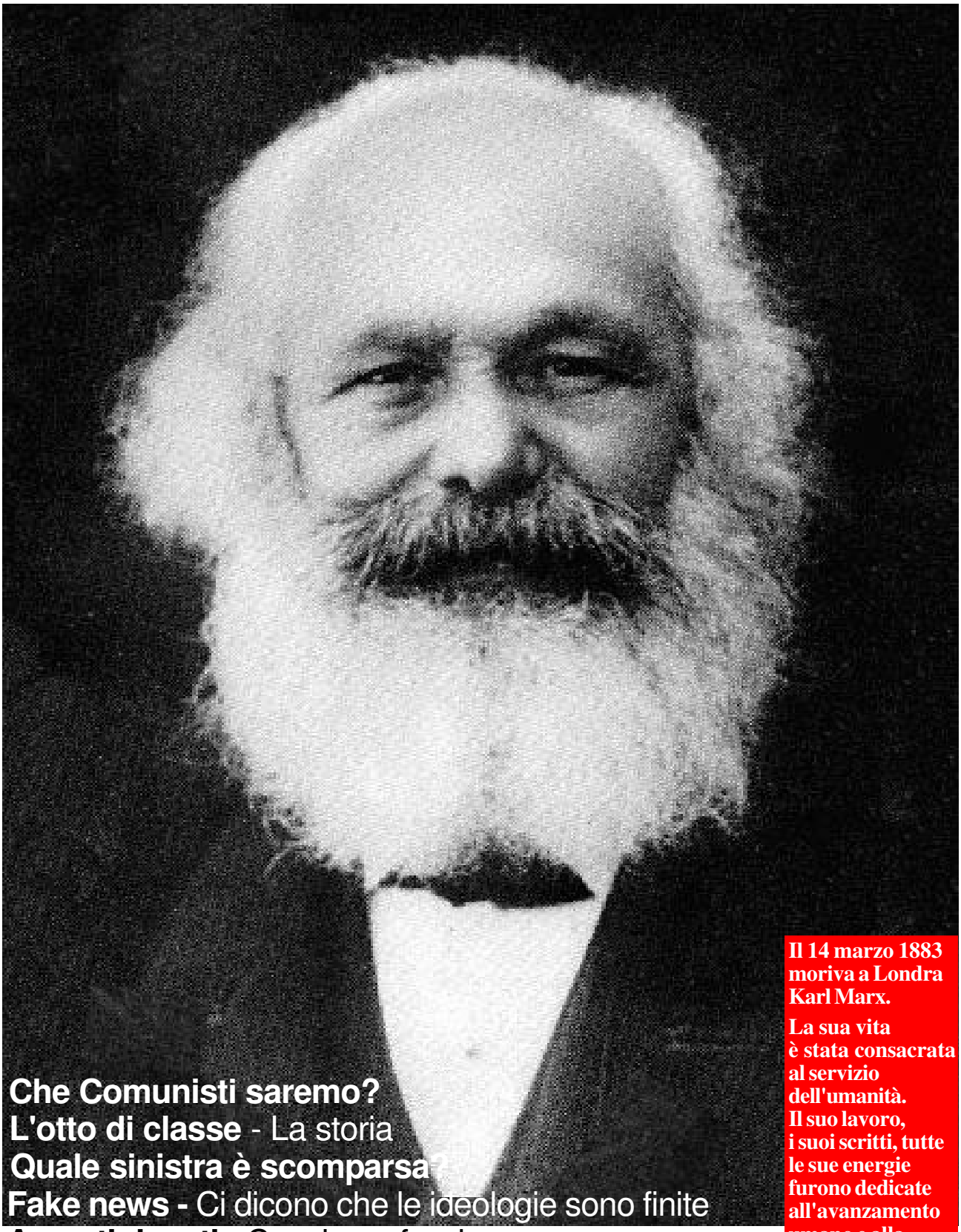
Libri • Giornali • Periodici • Riviste mensili
Cataloghi d'arte • Manifesti • Locandine • Depliants • Carte intestate
Biglietti da visita • Cartelline • Cartelline con anelli • Calendari • Agende

Via Somalia 108/32 - Torino
| Tel. 011.60.67.147
| Fax 011.60.52.015
| info@lagraficanuova.it

La stampa tipografica al prezzo giusto

COOPERATIVA LITOGRAFICA LA GRAFICA NUOVA

inserto cultura/e

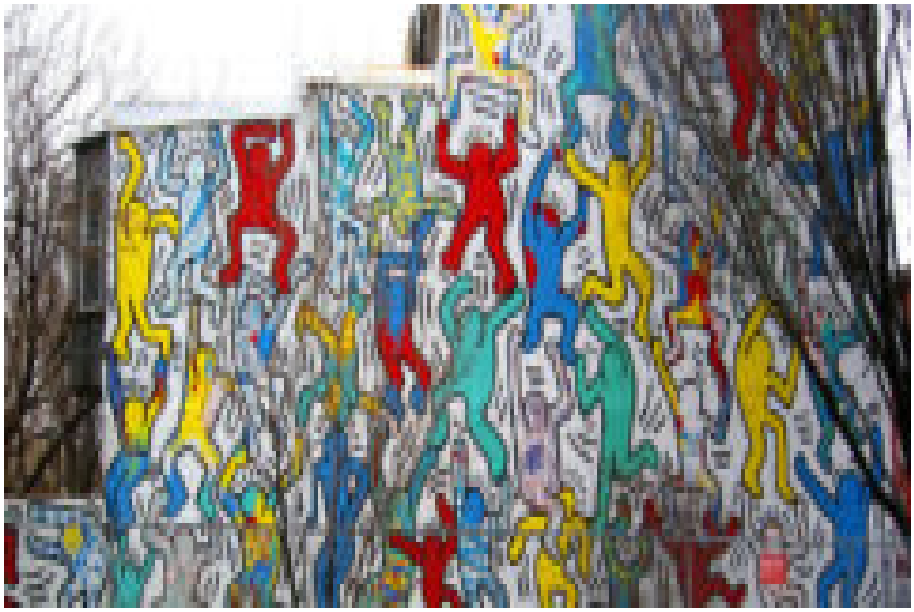


Il 14 marzo 1883 moriva a Londra Karl Marx.

La sua vita è stata consacrata al servizio dell'umanità. Il suo lavoro, i suoi scritti, tutte le sue energie furono dedicate all'avanzamento umano e alla liberazione di tutti gli oppressi. E' dovere di tutti gli autentici amanti della libertà onorare il suo nome.

44 - **Che Comunisti saremo?**
45 - **L'otto di classe** - La storia
46 - **Quale sinistra è scomparsa?**
47 - **Fake news -** Ci dicono che le ideologie sono finite
48 - **Amanti devoti** - Cocaina e fascismo
48 - **Uomini e spie** - Il pettegolezzo
49 - **Il Mago Joke** - Storia di strada
50 - **Dagli appunti di viaggio** - La fermata delle amarezze
50 - **Integrare l'integrazione** - Il nuovo mistero della fede

Che Comunisti saremo?



Nei momenti di quiete, di disagio, di tregua questa domanda mi perseguita. Forse per scrupolo di coscienza o per timore effettivo, il dubbio rimane intatto.

Ormai è prassi strizzare l'occhio al passato, ritoccare con lo sguardo la storia e sottolineare le grandi vittorie, il sogno sfiorato e mai raggiunto. Ogni tanto qualcuno compra un libro di storia o si informa tramite 'ndernette, prende spunto dalle grandi citazioni o dal ronzio di chi s'avventura in Marx e per Marx

Qualcuno scambia il Comunismo per una squadra di calcio, anzi per un campionato di calcio e tifa gli eroi di cento anni fa, ricorda perfino le partite vinte fuori casa.

Partiti, partitini, movimenti, nipoti di Stalin, figli di Lenin, compari di Trotski, associazioni, collettivi, i moderatamente estremisti e, se non bastasse, anche il sessantotto e dintorni rifiorito, coltivato da chi giovane non è, ma crede lo sia stato… pardon che lo sia ancora!

Forse andrebbero sfatati i luoghi comuni. Noi possiamo definirci Socialisti e non Comunisti.
Il Socialismo sarebbe il primo traguardo da raggiungere per poi ambire al Comunismo, alla dittatura del proletariato, a un popolo maturo, unito dalla condivisione e non sopraffatto dalla competizione.

Mi fermo qui, passare per un altro "saputello", uno storico o un intellettuale dei giorni nostri stonerebbe a dismisura con il mio disordine mentale. Anche per oggi non si vola, ripeteva Gaber. Già! Non a tutti piace Gaber, eppure si dovrebbe decollare dal basso, le vette ardite hanno già le loro aquile.

Facciamo prima a contarci e dopo, a conti fatti, guardare in faccia la realtà e chiederci "che Comunisti saremo? Che Socialisti saremo?"

Quelli che difendono la Costituzione, le paperelle e l'insalata?
O quelli che il mio è più grosso del tuo, quindi spostati? O forse i Keynesisti Keneysiani del 2018, degli ammortizzatori sociali, della dignità sottratta? O quelli che difendono la Cannabis perché si fanno le canne? O i traghettatori del mare avariato pulito?

Tanta confusione vige sotto questo cielo ipocrita, ancor più la sfiducia verso il prossimo che il Capitalismo alimenta dall'alto, evidenziando le minime differenze tra pari quota, pari livello, pari dolore nelle ossa.
All'azione preferiamo il turpiloquio.
Dal turpiloquio all'intolleranza il passo è breve.
L'intolleranza tra pari è la grande opera del Capitalismo, nulla da eccepire!

La lotta unisce, fonde, armonizza, ricongiunge; il turpiloquio disgiunge, stacca, divide allontana.

Che Comunisti saremo?
Io non credo che il ricordo sia un diamante adatto per incidere sul futuro, forse saremo i Comunisti delle grandi fiere, animali da collezione, suppellettili da cortile, racconta storie da fine messa.

Forse saremo i Comunisti delusi dal Compagno di banco, equilibristi preparati da opportunisti, rivoluzionari pacifisti, mine vaganti disinnescate al primo contratto di lavoro utile o dal minimo utile garantito.

Che Comunisti saremo?
La domanda è scomoda, le risposte molteplici. Arrossiremo per strada tra una torto scongiurato e uno da raccontare, vagheremo litigando, saremo residui, scorie.

La verità coglierà di sorpresa i morti. Arrossiremo per strada dopo aver rivisto un film western dopo aver inseguito gli indiani e quel sogno aggrappato al tempo crolla, s'accascia.
Arrossiremo per strada e quando torneremo a badare al sodo, riconquisteremo l'ideale infranto il socialismo potrebbe non essere più follia.

Che Comunisti saremo?
Porsi la domanda è un dovere, rispondere è un diritto, specie quando rimane una figura vuota e un punto interrogativo sulla serranda da chiudere.

Forse saremo rivoluzionari di facciata, seguaci disperati e malsani adulatori delle streghe da abbattere. Forse saremo schiavi del progresso retroattivo, parleremo l'inglese meglio del dialetto e qualche volta faremo tardi davanti a un buon vino e una bugia da ripescare negli annali.

Che Comunisti saremo?
Diventeremo un ammasso di vizi decimato dalle lotte interne e incapaci di reagire alla morte dell'anima esausta, alla lotta esterna.

Questa dura analisi non dovrebbe cogliere di sorpresa, sentirsi sconfitti renderebbe più facile il risveglio di chi prova a riaprire il conflitto, la lotta, nonostante tutto.
Il capitalismo ha vinto, ma noi siamo ancora vivi.

Prima o poi dovremo imparare a correre senz'anima, forse liberati dall'assillo di mostrarsi migliori, solo allora investiremo la carica di discepoli a servizio della collettività. Serve pazienza, onestà, coraggio e imparare a osare nel disagio, nel timore di sentirsi fuori luogo e continuare a guardare il presente e il futuro. Non è tempo delle liti fra i superstiti, bisogna intendersi per quel che rimane del nostro impegno, della nostra volontà al cambiamento, all'apertura su chi ha solo un fanale per illuminare il sentiero.

Ogni lotta va combattuta come fosse l'ultima spiaggia, mirando il trono, il privilegio, l'autorità al servizio del capitale privato; tutto il resto è incoscienza.

Antonio Recanatini

L'otto di classe.

Il 26/11/2006, l'edizione online del New York Times pubblicò, a firma di Ben Stein (avvocato e commentatore economico) un articolo intitolato In Class Warfare, Guess Which Class is Winning. Parlando di carico fiscale e deficit di bilancio, l'autore ricordava una conversazione con Warren E. Buffett, value investitor, CEO di Berkshire Hathaway e secondo uomo più ricco al mondo dopo il celebre Bill Gates. Non solo un potente, un capitalista, un padrone, ma un membro del ristrettissimo gotha di "signori della finanza e in ultima analisi del mondo" composto da 8 (sic!) uomini che possiedono, insieme, la stessa ricchezza della metà più povera della popolazione globale (Oxfam 2017). Tutto normale? Solo nell'attuale contesto di trionfo del capitalismo.

Mentre i due parlavano di sperequazione fiscale negli USA, sembra che Buffett abbia sostenuto l'ingiustizia (sic! - e due) di un sistema contributivo dove lui, potente fra i potenti, paga proporzionalmente molto meno di chiunque altro nella propria azienda. Alla replica che una tale riflessione avrebbe suscitato l'accusa - assai "infamante" nell'impero della finanza - di fomentare la lotta di classe, Buffett avrebbe dichiarato "C'è una lotta di classe, è vero. Ma è la mia classe, quella dei ricchi, che sta muovendo guerra, e la stiamo vincendo".

Forse Buffett si vede nei panni del socialismo utopista di "padroni buoni" come Robert Owen (1771-1858) o Charles Fourier (1772-1837): oltre a criticare il sistema fiscale americano, nel 2006 ha donato 37 miliardi di $ in beneficenza e oggi è attivo finanziatore della Bill & Melinda Gates Foundation, la più grande organizzazione filantropica del mondo (e questa è attività di moda, fra i Paperoni). Il buon benefattore, però, non mette in discussione il sistema che permette a lui e ai suoi amichetti di essere tanto generosi; né, pare, la sua azienda ha mai varato un qualche rivoluzionario piano di condivisione dei profitti con i propri dipendenti. Infatti, Buffett è ancora il secondo uomo più ricco al mondo.

La cosa più interessante è che il suo pensiero sulla lotta di classe non è solo lucidissimo e ferocemente esatto: il punto è che esso proviene da chi dovrebbe maggiormente temerla, la lotta di classe. Per converso, risalta la colpevole assenza di autocoscienza da parte di chi la lotta di classe dovrebbe fomentarla, combatterla e - sperabilmente - vincerla: quegli stessi ceti subalterni che oggi sono più interessati a prendersela con migranti, poveracci ("più poveracci di loro") e a vomitare insulti su Laura Boldrini. Il paradosso, quindi, è che un signore del capitalismo comprende gli interessi di classe molto meglio di un operaio. Ciò non stupisce troppo: il primo gode presumibilmente di migliore istruzione e strumenti culturali più raffinati.

E questo è, forse, il vero punctum dolens sul quale intellettuali, militanti e in generale "anime" di sinistra dovrebbero interrogarsi. Dopo trent'anni di pensiero unico ed esaltazione diffusa del liberismo, la tradizionale egemonia culturale della sinistra non esiste più, ma non solo. Non esiste nemmeno più l'egemonia della cultura in sé, in quanto valore individuale e collettivo, nonché occasione di riscatto sociale. Un libro? Meglio lo smartphone. Porsi una domanda in più rispetto al pensiero mainstream? Troppo radical chic. Politica? Meglio Le Iene. A una domanda un tempo assurda, oggi non si può dare che una triste risposta: esiste una qualche consapevolezza degli interessi di classe, di quella classe che più ne ha bisogno? No. Eppure quelli con il posto al sole hanno consapevolezza dei propri. Ciò è strano, improbabile o unico? No, è solo ingiusto: ma nella storia le cose sono sempre andate così.

In un momento imprecisato, compreso fra il 430 e il 415 a.C., nella democratica Atene post-periclea - impegnata nella guerra del Peloponneso e di recente colpita da una tragica pestilenza - compare un breve pamphlet, un trattatello polemico e feroce che oggi chiamiamo Costituzione degli Ateniesi. Scritta da un anonimo, da noi indicato come "Vecchio Oligarca", si tratta di un'acuta e violenta critica alla democrazia radicale ateniese (la quale, pur segregando le donne e mantenendo la schiavitù, era per l'epoca effettivamente rivoluzionaria, se non altro a vantaggio dei cittadini di pieno diritto). L'Oligarca non afferma che il regime democratico non funzioni: al contrario, rimarca quanto le istituzioni garantiscano ed esaltino gli interessi della "plebaglia", contrapposta ai ceti aristocratici che detengono il potere nella polis greca. Allo stesso tempo, l'anonimo attacca quegli aristocratici che traggono profitto dalla democrazia, collaborando con il governo popolare e legittimandolo.

"Io ammetto volentieri che il popolo ami la democrazia: è comprensibile che ciascuno persegua i propri interessi. Ma quando uno che non proviene dal popolo sceglie di stare in una città democratica piuttosto che in una oligarchica, vuol dire che costui ha in mente di compiere qualche azione delittuosa" (II 20).

L'Oligarca analizza altresì l'atteggiamento degli Ateniesi nei confronti delle città alleate, a suo avviso influenzato da questioni ideologiche: "Nelle città colpite da lotte civili gli Ateniesi appoggiano gli elementi peggiori. Ma lo fanno a ragion veduta. Se infatti appoggiassero i migliori, non avrebbero a che fare con persone che la pensano come loro. In nessuna città i migliori sono ben disposti verso il popolo; al contrario, ovunque sono proprio i peggiori a essere ben disposti verso il popolo: il simile, come è noto, è ben disposto verso il simile. Per questo dunque gli Ateniesi scelgono secondo il loro tornaconto" (III 10).

Fatta salva la violenta retorica nei confronti dei democratici e del popolo, l'Oligarca è quindi molto lucido nell'identificare i loro interessi, così come quelli della propria "parte". Pur non potendosi usare in antico il concetto di "classe", almeno nell'accezione marxiana, colpisce che, ieri come oggi, i più efficaci analisti delle tensioni sociali siano sempre i potenti. Quegli stessi potenti che, in pubblico, da più di 150 anni rifiutano l'idea dello scontro di classe in quanto destabilizzante per uno status quo sociale che conviene solo a loro. Ma, in tutto questo, i potenti non fanno altro che il proprio lavoro: perseguono appunto i propri interessi. "L'otto di classe", quegli 8 che possiedono quanto mezzo mondo, conoscono bene i propri interessi. Chi è, al contrario, che non conosce, né persegue i propri?

Giuseppe Cilenti

Quale sinistra è scomparsa?

La vera sinistra italiana è scomparsa nella semantica, negli ideali e nella sostanza. Direi che in molti possono essere d'accordo con questa ipotesi.
Leggere un programma delle "sinistra" odierna, sia italiana sia europea, è come leggere dei tweets di liberal newyorkesi o brani del Vangelo sapendo però che dietro ci sono interessi economici colossali che di liberale e di evangelico hanno poco. Qualcuno pensa che possa esserci un capitalismo illuminato ma molti si chiedono dove sia la luce e chi illumini. Libertà personali,privacy, garanzia del Diritto sono effettivamente garantiti ma spesso la garanzia non è attuata e rimane sulla carta. La vera giustizia non è di questo mondo, qualcuno dice, ma dopo secoli di lotte, guerre spesso inutili e sofferenza ci si aspetterebbe che lo fosse. Con tutto il dovuto rispetto per l'una liberal e l'altra opzione evangelica non c'è nulla di comunista o socialista nella sinistra attuale.

I cittadini nella estrema solitudine che accompagna l'essere in questo mondo di lupi, come anche le cronache dimostrano e le dichiarazioni dei magistrati confermano,non sono addentro alle finezze leguleie fino ad accorgersene in maniera drammatica quando vengono toccati direttamente nella sfera della sicurezza personale che per lo più non fa cronaca o da condizioni assurde che riguardano l'economia personale e globale. Se le persone hanno votato massicciamente per la Lega e M5S è perché hanno sentito queste formazioni politiche, a torto o a ragione, essersi interessate politicamente anche delle questioni delle persone nel quotidiano.

Lega e M5S non annoverano sprovveduti e ignoranti nelle loro fila anzi: sono stati in grado colpo su colpo di far emergere alla attenzione dei cittadini quanto di sbagliato, equivoco, feudatario c'è nella normativa europea e nella più recente italiana. Esempi ne emergono quotidianamente sfogliando i giornali, non solo le grandi testate intellettuali ma i giornali di provincia o quelli considerati "qualunquisti" o, meglio, la rete: il primo è relativo agli impieghi sottopagati, precari e ai lavoratori di tutti i livelli ampliamenti sfruttati. Ascoltando i cittadini che hanno votato Lega e M5S ti rendi conto non solo degli errori di comunicazione ma anche delle gravi disattenzioni normative nei confronti dei cittadini onesti che ha perpetrato la normativa europea e quella italiana nel nome del libero mercato e della garanzia di libertà individuali fino alla impunità di fatto per molti delinquenti. Lega e M5S hanno parlato a ragion veduta e grazie ai loro esperti hanno saputo comunicare gli anfratti delle recenti normative spiegando alla gente quel che di sbagliato era stato commesso e quel che con sollecitudine e forza si poteva invece correggere.

Nel campo della equità, tanto per fare un esempio, era "sfuggita" ai grandi media una norma che aveva messo in piedi Monti quella cioè che i gestori delle varie aziende di servizi avrebbero potuto rifarsi sulle bollette dei paganti degli oneri non percepiti dai non paganti, in particolare di quelli dovuti ad accise o tasse. Tutto questo in nome di una sorta di solidarietà sociale ma di fatto consentendo ai gestori di non subire alcun danno economico e allo Stato di non assumersi responsabilità di controllo o repressive per esempio sui frodatori ai vari livelli.

Un altro grave errore, questo dell'ultima ora preelettorale, è stato quello di voler riportare il tema del fascismo e dell'antifascismo, un po' come si faceva nelle assemblee a scuola 40-50 anni fa quando volevi creare tensioni o zittire qualcuno. Non sono più quei tempi e la gente non ci casca. Di esempi come questi ce ne sono a centinaia e colpiscono come detto la quotidianità della vita del cittadino onesto soprattutto di quello appartenente alle fasce deboli. Sottolineo onesto. I cittadini italiani non sono razzisti, nonostante le spinte propagandistiche contrarie dei liberals e non è vero che hanno paura della malavita portata dagli immigrati, hanno già abbastanza guai con la malavita autoctona stanziale e nomade, malavita che pervade ogni momento della vita ad ogni livello , malavita in guanti e colletti bianchi come piace alla intellighenzia e malavita con il passamontagna nero che, in genere, se la prende con i più deboli. Una delinquenza che mina i rapporti di civiltà e che ha pesantemente influenzato il voto dei cittadini. La cronaca è piuttosto convincente compresa quella che riguarda la efferatezza contro la donna.

Questi sono certamente simboli oltre che realtà del quotidiano, ma coinvolgono i cittadini e quindi la politica deve risolverli o perlomeno affrontarli seriamente. Qualcuno ci ha provato ma era troppo tardi. I cittadini si erano già schierati altrove.
C'è da ringraziare che siamo in un secolo diverso dal XX° e che i rapporti di forza mondiali sono chiari altrimenti la gente avrebbe votato in massa un qualche partito nazista.

La responsabilità dello scivolone antisinistra e antidestra "storica", diciamo così, deve essere assunta da chi ha guidato il Paese perché non è possibile che gran parte del mondo occidentale sia pervaso da oltre 15 anni di crisi economica e che non se ne esca o perlomeno nessuno di noi comuni cittadini ne avverte la eventuale aria fresca della rinascita.. Potrebbe essere comprensibile se fosse in corso una guerra mondiale con sfascio delle rispettive economie oppure che il mondo dei paesi poveri si fosse ribellato alla sottomissione economica e allo sfruttamento delle proprie risorse "affamando" l'economia occidentale. Ma non è così: l'occidente continua a sfruttare i poveri del mondo, le guerre ci sono e fanno girare una fetta importante della economia di paesi industrializzati, e parte del mondo occidentale continua a soffrire la crisi e la sottoccupazione / disoccupazione mentre poche élites continuano ad arricchirsi. La lotta alla droga è in alto mare con le banche piene di soldi sporchi.
Chiedersi perché la "sinistra" non abbia ancora apertamente confessato quali siano le sue colpe alla base della débacle è come chiedersi perché negli anni 20 e 30 nessuna nazione democratica o meno abbia compreso, a suo tempo, la forza dirompente di fascismo e nazismo. La sfida del "avete vinto voi e quindi governate voi" è un ulteriore esempio di cattivo aventinismo che porta ad ulteriore smarrimento da parte delle persone che guardano ancora all'alba del Sole dell'Avvenir…notte lunga…..

Ed ecco che dal'esempio più banale si passa alla semantica e si va a toccare il fondamento della civiltà e del vivere in comunità e il socialismo e il comunismo hanno alla base la vita in e della comunità.
La sinistra dovrebbe partecipare al miglioramento delle condizioni sociali delle persone e non partecipare alla dissoluzione della classe lavoratrice, difendendone le conquiste, mitigando i mercati, favorendo la giustizia giusta,

CONTINUA A PAG. 47

Quale sinistra è scomparsa?

CONTINUA DA PAG. 46

lottando contro la criminalità diffusa. Insomma partecipare al bene del Paese.
La sinistra dovrebbe chiedersi perché molti cittadini pensano, a proposito della giustizia, che è meglio stare dalla parte del "torto"? perché la Scuola la sua autorità ed autorevolezza sono state minate? Perché la sanità pubblica è stata deprezzata ed è in via di disfacimento, nelle sue attribuzioni basilari a prescindere dalle "eccellenze"? perché molte persone riescono ad eludere e de evadere le tasse quando con i sistemi attuali di controllo, volendo, non sfuggirebbe nemmeno un centesimo alla Stato? Eccetera eccetera eccetera.

E' vero si ha a che fare con cittadini intolleranti, a volte maleducati, con scarso senso civico ma il cittadino è stato sapientemente diseducato e portato alla intolleranza da una parte mentre dall'altra è stato lasciato solo..La educazione delle masse di antica memoria è certamente un modello superato perché anche i partiti di sinistra non hanno più né un confronto interno né una organizzazione territoriale per il confronto pubblico.

Il problema vero è la solitudine dell'essere umano di oggi in un mondo che crea e mantiene pochi ricchi e produce molti disperati, La necessità di aggregarsi è una nostra condizione biologica e antropologica e allora ci si aggrega non tanto sulla base di ideali ma, visto il mondo come va, su nostri precisi interessi o similitudini antropologiche e razziali che è l'esatto contrario della integrazione che vorremmo. E questo lo fanno tutti da sinistra a destra ed è una forma di autodifesa, come i club dei sostenitori del calcio.

Gli ideali della sinistra del novecento possono essere stati, a volte, molto dannosi ma hanno espresso grandi leader che, se non sono arrivati allo Stato Ideale, sono stati capaci di arrivare a punti di incontro, a un dialogo, per gli interessi comuni, e soprattutto per garantire le classi lavoratrici. ni partiti, nei dibattiti politici nelle sezioni e nei circoli, nelle scuole, nei contesti di lavoro e , più in alto nei consessi tra intellettuali si formano i cittadini, i buoni politici e i leader. E' pur vero che lo stesso Putin a chi gli chiedeva cosa ne pensasse del passato sovietico della Russia rispondeva che chi crede ancora nella rinascita del comunismo è perlomeno ingenuo. Se fossimo tutti pessimisti gli daremmo ragione. In effetti il declino della sinistra è iniziato da lontano

Probabilmente da quella fase ormai storica ad oggi si è consolidata la trasformazione di una sinistra sempre più verso un partito Democratico e con questo passaggio si sono anche e definitivamente disgregati gli ideali delle masse di lavoratori ormai con poco lavoro, anche se,forse, non si è completamente disgregata quella sorta di "solidarietà evangelica" che, a torto, pervade la sinistra europea almeno quella francese e quella italiana le più incartate nel cattolicesimo. Il resto è stato facile: accettare la globalizzazione invece che l'internazionalismo "proletario", condividere la accettazione della estrema povertà di popoli che hanno perso identità e ragione di sperare fuggendo verso falsi modelli di sviluppo (dreams) e accettare un ceto dirigente oligarchico nel credo che " la ricchezza non è più una colpa" .

Ecco che la barriera fra sinistra e "resto del mondo" è crollata. Anche nello slogan che non esistono muri vi è una sottile manovra psicologica per "avvicinare" quel che resta del comunismo all'anticomunismo o all' "a-comunismo", in una similitudine irrealizzabile.

Roberto Bertucci

Fake news

Il consenso è un'onda
che cancella ogni cosa
coprendo la terra
di sabbia e fango.
Il suo messaggio dice
di acqua destinata
a restare sempre sotto
e altra a vedere sempre il cielo.

L'acqua non sa perché
si riversa in terra
è il vento a governarla
a dire dove frangersi.

L'orizzonte è cieco
si vede solo ciò che è mostrato
nessuno conosce la storia
riposa sotto quel mare
che avvolge le cose.

Le chiamano fake news,
loro sono il vento,
quel vento che si nutre del consenso
voluto da chi abita
la grotta d'Eolo
e se anche Ifigenia
viene sacrificata in suo nome
esiste sempre una guerra
che vi trova giustificazione.

Ci dicono
che le ideologie sono finite:
questa è la fake news più mostruosa!
A insinuarlo sono gli stessi che ogni giorno
erigono monumenti
a quella che divide gli uomini
che traccia confini per terra
che accumula armi e ricchezze
e schiera eserciti coperti di fango.

Chi costruisce scuri
lo fa per tagliare alberi
chi reti per spogliare il mare
chi lance e scudi
per conquistare un mercato
scavare un suolo lontano
a trarne tesori nascosti
rubando il pensiero dei popoli
spezzandone la fede.

Le chiamano fake news
ma non sono gocce di pioggia
che cadono qua e la
a creare l'onda.
Il pericolo vero
è che il pensiero accetti l'onda
come il solo frutto naturale
del mare, un mare
che avvolge tutto in un ombroso silenzio.

di ***Giuseppe Vecchi***

Le poesie di Giuseppe Veccchi sono pubblicate su www.lacittafutura.it

Amanti devoti

Cocaina e fascismo sono amanti per tradizione culinaria, un piatto antico sul menù, si rispettano e s'inseguono fino agli angoli più remoti dell'ignoranza: tanto più si pippa tanto più ci si adegua alla realtà costante e circostante.

Cocaina e fascismo sono amanti per legge fisica, si sopportano due ore, poi si cercano tutto il giorno e mentre il mondo dorme, loro rimangono svegli a raccontarsi ancora, ancora e ancora, la volta, il giorno, il tempo dei crisantemi e dell'aquila reale.

Cocaina e fascismo sono amanti per concezione linguistica, starnazzano, mugolano, eppure s'intendono perfettamente, basta conoscere il nome degli aristocratici sulle terrazze romane e i loro ospiti nelle case di Miami e Montecarlo.

Cocaina e fascismo sono amanti per limiti mentali, si dividono la camera da secoli, tengono alla loro segretezza e alla loro riservatezza, ma poi, tra compari si raccontano segreti e voci circolanti sugli altri.

Cocaina e fascismo sono amanti per pettegolezzo, sanno di cadavere putrefatto e se viaggiano portano il tom tom, se vanno a cena prenotano dove mangiano i possidenti, i famosi e gli scellerati, mai senza bere.

Cocaina e fascismo non amano la verità, vestono le evidenti bugie raccontate dai lacché, ma essi non lo sapranno mai, perché affascinati dalla vita spericolata, un po' meno del giorno dopo, del risveglio tra gli incubi.

A. R.

Uomini e spie

Si chiama Lamberto, qualche volta si fa chiamare Enrico, altre volte Pio, per devozione al fenomeno cristiano. Alle 7,30 del mattino si trova quasi sempre alla terza Genziana- La genziana in Abruzzo non è un frutto proibito, ma una pianta, un miracolo, un'ossessione, uno sciroppo da porta a porta.
Lamberto non può danzare, è scoordinato e decadente, non può vantarsi del culto, delle conoscenze, delle esperienze o delle donne sperperate. Non è stato mai appetibile, non saprei dire il motivo, forse per colpa del naso enorme e gli occhi simili a noccioline, forse perché le sue labbra non promettono di saper baciare, forse perché seguendo l'orma si arriva a un vuoto esistenziale interminabile.
Ormai, a tarda età ha deciso di rompere gli indugi e dichiarare amore solo allo sciroppo nato da queste parti. Vive bene, vive nell'avarizia più bigotta, vive perché c'è posto anche per lui e se non fosse per quel modo di rincorrere i fatti, sarebbe inutile anche l'ascolto.
Lamberto è il pettegolo della zona, le sue meravigliose bugie danno a Collodi un significativo tributo per la correlazione naso-bugie. Sente un passo e sforna un decalogo ritmato.
Molti non lo vedono, altri pensano sia un profeta.
Un tempo, da queste parti, bugie e profeti si davano la caccia. Lamberto non avrebbe avuto scampo, sarebbe stato un brutto schizzo uscito dal pennello di un serpente, forse una mattonella, un lampione, una scala, anzi un gradino.
La cattiveria della sua lingua trova sempre posto, magari non a cena tra gli invitati, ma nel passatempo proibito di denigrare famiglie e storie dal volto umano.
Quelli come lui vivono a lungo, anche la morte lo considera immorale e chi lo minaccia con ragione e sentimento, dalla malattia subirà il tormento.
Lo faranno santo ne son certo, quelli come lui possono ambire al paradiso, noi patiremo la sua lingua avvelenata, ormai fa parte dell'addobbo, menomale che in foto non compare.
Non essere Lamberto è già un vantaggio!

Il pettegolezzo

Il pettegolezzo ha un volto molto
simile a quello di un castoro,
le ali teatrali dei polli
e due gambe simili a due zampe di maiale.
Il pettegolezzo trionfa dove latita il sapere
e gode di nascosto,
che tutti sappiano tranne l'accusato!
Il pettegolezzo facilita la vita dei mediocri,
sorregge la viltà degli opportunisti
e punta il dito su chi non balla la stessa danza.
Tutto grasso che cola
ipocrisia fasciata dalla malafede.
Il pettegolezzo è malvagio
parla prima di pensare e giudica prima di conoscere.
Un buon pettegolo tiene ancora banco
dove un tempo si smarrì la memoria
e ogni cretino poté definirsi o dio o re.
Una mandria di pettegoli equivale a una mandria
di fascisti...
Il pettegolo nasce per spiare
perché o si è uomini o si è spie!

A. R.

Storia di strada

Il Mago Joke

Quel giorno avevo un appuntamento importante alle nove di mattina. Dovevo raggiungere un paese a pochi chilometri da casa, in un bar di Spoltore (PE). Solitamente trattavo altri casi, molto più complessi, di famiglie rovinate, uomini al limite, donne a un passo dal suicidio.

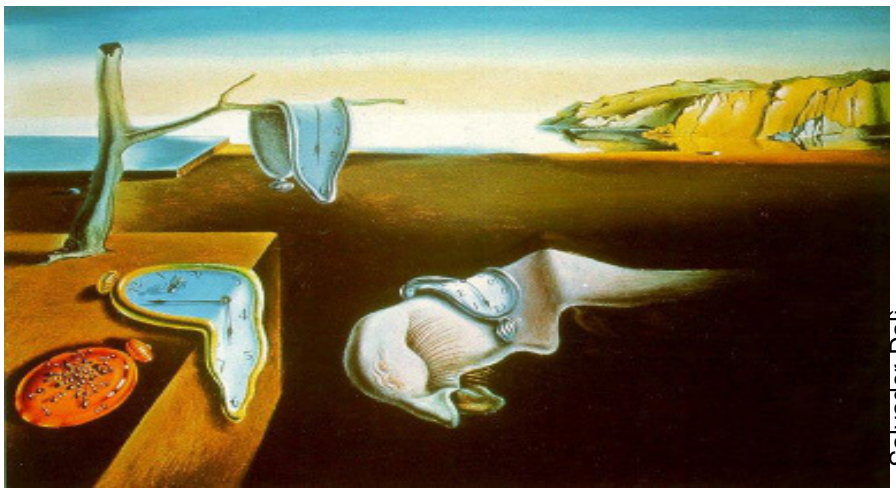
Quel martedì dovevo incontrare Joke, un artista di strada, anche se a lui non scendeva affatto tale riconoscimento. Egli si sentiva mago a tutti gli effetti. L'avevo conosciuto una sera d'estate, quando il lungomare è minato di gente e la strada è soffocata dalle auto. Ferme, come in un parco macchine di un grande autosalone, come vetture in attesa del compratore.

Sui marciapiede Joke rapiva la scena. I passanti si fermavano ad ammirare il suo spettacolo. Giocava con dieci palline o cento palline, le lanciava verso l'alto e le riprendeva durante il volo, mostrava le carte ai passanti e li invitava a sceglierne una. Le indovinava tutte. Si calava in un baule e usciva dalle tendine, lasciando i passanti di stucco; un mago gioviale, gentile, sempre ben disposto a regalare sorrisi, anche a chi lo evitava come fosse un appestato. Io capitai per caso, insieme al mio amico Piero, compagno di banco di Joke alle elementari. Aspettammo la fine dello spettacolo per poter scambiare due parole veloci con lui, troppo impegnato a raccogliere monete e l'applausi. Da quel giorno non diedi pace a Piero, volevo conoscere Joke. Colpa sua, del resto se fosse stato compagno di banco di una donna mozzafiato, sarei stato meno asfissiante

Scesi dall'auto supportato dai miei tormenti, dalla mia curiosità e dalla voglia di conoscere una persona molto diversa da me. Lui si presentò appena alzai il capo "salve, io sono Joke". Dall'aspetto sembrava piuttosto provato, gli anni e anni vissuti sui marciapiedi delle grandi città l'avevano segnato e certi segni sono permanenti, come la palpebra troppo corta per coprire l'occhio. L'occhio destro rimaneva aperto.

Gli strinsi la mano e mi presentai -piacere, io sono Antonio! Menomale, pensavo di arrivare tardi, a quest'ora c'è sempre traffico-. Per quel che vale, Joke mi piacque da subito, sin dalle prime battute "non ti preoccupare, sono io che ho bisogno, non tu".

Sedemmo al bar, io presi un caffè, lui un tè. Joke aprì la strada del dibattito "toglimi prima tu una curiosità. Tu sei amico di Piero, ne avete viste di tutti i colori e questo lo so per certo.


Salvador Dalì

Perché t'incuriosisce un tipo come me?"

Alzai le mani per arrendermi ed elencai i vizi "Non lo so! Forse perché mi è rimasta l'immagine del tuo occhio nella mente. Ad esempio, posso chiederti cosa gli è successo?"

Accompagnò la risposta con una risata fragorosa "allora non è un esame?" Tornò serio in un attimo e tracciò la via dei ricordi "fu molto tempo fa, un fine anno a Milano. Ely ancora "faceva spettacolo" con me. Sparavano ovunque botti e altro. Io lentamente stavo mettendo a posto, mentre lei andò a raccogliere dei fiori in un'aiuola e a mezzanotte mancava un'ora. La sfortuna ha voluto che le schegge di un botto finissero qua, sull'occhio. In ospedale provarono a saldare, ad allungare la pelle, ma l'occhio è rimasto così. Pensa tanti anni a camminare sui vetri, sui chiodi e mai un graffio. Evidentemente la vita teneva in serbo un altro regalo per me.

Eh già! Quando stai dentro casa, neanche ti rendi conto quanto sia tragica la vita di chi vive fuori, anzi è fuori portata. Quell'anno tornammo presto dalle nostre parti, Ely smise di venirmi dietro, preferì rimanere nella cantina in cui abitiamo ancora oggi, si sentiva in colpa perché non era sul posto. Tu forse non la sai, ma non si diventa ricchi a fare il mago, me lo diceva anche mia madre".

La sua storia non contraeva lo stomaco come immaginavo, finanche il suo modo di parlare sembrava troppo distante dal personaggio idealizzato, in pratica una delusione. In qualche modo dovevo giustificare a me stesso certe mie uscite, certe mie pretese, l'assurdo implacabile desiderio di conoscere, sapere, vedere, sentire, che aggiungono un po' di sale al gusto dell'ordinario; per cui avanzai lealmente e senza pretese "scusa Joke! Volevo conoscerti perché sentire la storia degli altri, confrontarla con la mia è l'unico modo che conosco per sentirmi vivo. A volte mi spengo in questo vagare e certe vite riescono ad accendermela. Non sono un pettegolo, non sono un ficcanaso, seppur, da par mio, rasento certi schemi".

Joke si complimentò per la spigliatezza e per aver chiarito sensibilmente la situazione, poi prese un foglio e scrisse: via Roma. La curiosità m'inghiottì "che significa via Roma?"

"Via Roma è in ogni città. Quando scendevo dal treno chiedevo "dov'è via Roma?" Non cercavo le piazze, i luoghi di passaggio, andavo direttamente in quella via. Preparavo lo spettacolo al primo angolo in vista. Solo quando tornavo qua mi esibivo in piazza e sul lungomare. Io sono un mago, la gente mi crede uno sciroccato di cervello, lo scemo del villaggio, invece, sono ancora un mago. Ho inventato di tutto per sopravvivere in questo schifo. Ho perso l'occhio, non solo la palpebra, perché quello che vedi è di vetro. Sono un mago perché mai ho pensato di lasciare Ely, perché sono stato giorni senza mangiare e non mi hanno trovato morto assiderato.
Sono un mago perché vivo con il minimo. Preferivo via Roma… La preferivo perché in quel posto ho perso Ely. Sapevo che l'avrei trovata in ogni via Roma del mondo. Adesso vive con me, nessuno ci crederebbe, tanto meno tu. Lo so, che mi sono reinventato Ely, lo so bene! E' importante, fondamentale per me tenere dentro questo segreto, mi fa sentire vivo come a te fa sentire vivo il conoscere, il sapere, cercarti in un altro. Quando perdi l'ultimo motivo per rimanere appiccicato sulla terra, devi inventarti un'altra ragione, che sia simile, che abbia la stessa fattezza. Per questo sono ancora un mago. Adesso mi credi?"

Non risposi a quella domanda. Gli strinsi la mano e ammisi "scusami Joke! Vero, è proprio così, tu sei un mago, non un semplice artista".

Andai via con il segreto e la certezza d'aver afferrato la differenza tra illusionista e mago. Grazie Joke!

Antonio Recanatini

Dagli appunti di viaggio

Alcuni anni fa, m'invitarono a una festa di Natale in una casa famiglia. Si svolse una settimana prima del 25, poiché quel giorno è riservato, come da contratto per ogni cattolico. Andai senza chiedermi troppe cose.
Al centro del salone più grande c'erano pacchetti e pacchettini, un albero addobbato e su un tappeto verde, ai lati tavoli e sedie. Mi soffermai parecchio tempo a guardare lo spettacolo infinito di cattolici e affini, sorridenti e beati, mentre consegnavano i regali ai residenti.
Assistetti a una forzatura sopra le righe, da una parte la sofferenza più ingrata, dall'altra tante marionette disposte a tutto pur di farsi notare, pur di apparire quasi santi.
Tornai a casa a piedi, inventando uno strano bisogno di sgranchirmi le gambe, a chi si proponeva per accompagnarmi. Dentro sapevo che i residenti sarebbero rimasti soli con i loro guai, appena dopo la festa.
Conoscevo bene quel posto, conoscevo le tratte vissute, i malori atroci e le conseguenze di vite cresciute al buio.
Camminando l'inquietudine si tramutò in senso di colpa.
Continuai a ripetermi che, volendo, avrei potuto evitare di andare, di vedere quella fottuta ipocrisia, quei sorrisi di facciata. Conclusi con una certezza assoluta: l'ipocrisia coinvolge anche me, quando è ben fatta!
Prima di mettermi a letto provai a consolarmi con questa poesia.

La fermata delle amarezze

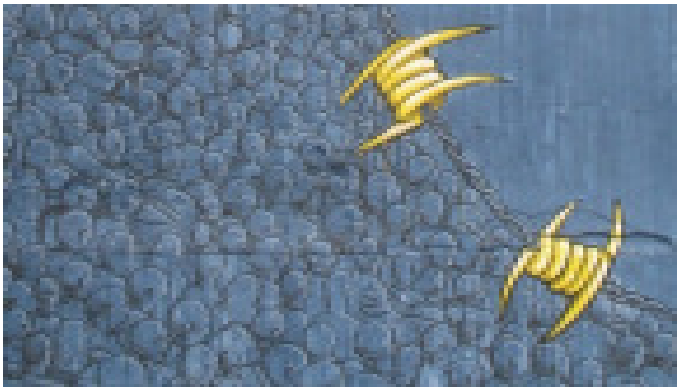
L'hanno abbellita con fiocchi e nastri rossi,
poltroncine comode e un cappello sulla strada
dei fiori di plastica sul davanzale e sul dorso.
La fermata delle amarezze rilassa le menti folli
Non è mai dietro l'angolo, la incontri per strada.
Potrebbe spostare il raggio d'azione
E tra qualche anno potrebbe volare nell'infinito.
La fermata delle amarezze è già troppo piena
Arrivano da ogni dove, ognuno con il suo grugno.
La libertà è riposta nel disavanzo, da sola
E per qualche minuto ancora sarà sepolta.
Torna lui, suo figlio e l'amante del nipote
C'è sempre un posto per gli ospiti e le bare.
L'hanno abbellita prima di poterla seppellire
Laddove latita il chiaro consenso, la gente accetta
Gli amici sputeranno e poi bruceranno il tuo corpo
Sapevi già come avrebbero reagito, se vittoriosi.
La fermata della amarezze non si scompone per il peggio
La dannata prescrizione torna sempre utile al signore
Chi ha vinto la ignora, chi ha perso l'adora
E nel mezzo, a ritroso, sotto e sopra e ai lati
Riemerge il dimenticato onore dei caduti cornuti.
Laddove latita il sapere abbonda la disciplina
E se per concetto s'intende il detto, allora l'orfano
Potrebbe ancora contare su un padre disonesto.
L'hanno abbellita e adattata per il nuovo inverno
Pagheranno il conto i buoni e i fedeli dell'anno prima.

Antonio Recanatini

Integrare l'integrazione

Molti scrittori, scribacchini, pennivendoli, poeti o "poetucoli", preferiscono la notte per inoltrarsi nel viale buio dello scritto, limando, levigando, mimando, sostituendo termini, suffissi, e imprecazioni varie.
Al ritorno dal viale oscuro, spesso e volentieri raggiungo a piedi, tempo permettendo, il solito bar, per il primo caffè del giorno.
Stamane la mente mi si è bloccata sul verbo integrare, non tanto per l'etimologia del termine, ma perché quasi mai entra nei miei lavori, finanche nelle cosette scritte in gioventù, neanche nei copioni improvvisati per il teatro dei poveri.
Ho cercato un motivo, ma niente, ho pensato persino che il verbo integrare fosse meno incisivo dei suoi sinonimi, tipo completare, perfezionare, adeguare, arricchire, aggiungere, ecc ecc.
Come capita, sempre spesso e volentieri, ho smesso di pensarci quando mi hanno servito il caffè e dall'altra parte sono entrati 4 ragazzi Senegalesi assonnati, vestiti da lavoro e già con la sigaretta accesa. "A me un caffè lungo macchiato con latte freddo", "io un cappuccino con il decaffeinato e un bicchiere d'acqua frizzante", "io un vetrino con poca schiuma" e l'ultimo un caffè normale.
In quel momento ho capito perché nelle mie corbellerie è proibito il verbo "integrare", "integrarsi" o il luogo comune "gli immigrati si devono integrare", "dobbiamo dare loro l'opportunità di integrarsi".
La vocina interna ha iniziato il suo sproloquio "eccoli! Li volevamo come noi e lo stanno diventando, li volevamo lindi e pinti, con jeans e magliette bieche, ora sono quasi tutti così.
Hanno sfidato la morte, magari sono arrivati fino alla sala d'aspetto dell'estrema condanna, per diventare come noi".
Finalmente ho capito, integrazione, integrare, integrarsi sono opzioni che odio, perché nessuno dovrebbe chiedere all'altro di integrarsi, di somigliare, di rifinire i modi per essere un suo simile. Inserirsi in un contesto sociale, politico, culturale, accettando i costumi, la mentalità non è un passo avanti, specie in sistemi immondi, sporchi e vigliacchi.
Il cavallo selvaggio deve essere domato, per sottometterlo all'uomo; così come l'immigrato deve integrarsi affinché venga sottomesso, per non essere alla pari.
Portano i nostri stessi panni e pagano le nostre stesse tasse, ora che sono quasi italiani, mi accorgo quanto sia folle, prevaricante e violenta l'integrazione. Integrare è un verbo che difficilmente entra nel mio strimpellar comune e ne sono umilmente felice, preferisco gli affini: adeguarsi, uniformarsi, sottomettersi, conformarsi, piegarsi, rassegnarsi. arrendersi.
Integrare la povertà è il nuovo mistero della fede, la battaglia dove risulta perdente solo il basso reddito.

A.R.



Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

Bed&Breakfast Podere Rigopesci n°8 Monticchiello di Pienza 53026 Siena

***valdorcia@podererigopesci.it* (+39) 338 4725834 (+39) 329 8862327**

Chi Siamo

Sono Carla e, insieme alla mia famiglia, vi offro ospitalità in un Podere ristrutturato in Val d'Orcia, precisamente a Monticchiello di Pienza, un antico borgo medioevale, erede e custode della cultura contadina che ancora resiste in questo meraviglioso luogo.

Dal nostro Bed&Breakfast potrai ammirare un panorama mozzafiato, godere di un piacevole silenzio o di un riposo rigeneratore in camere molto confortevoli e ben arredate; non avrai problemi di parcheggio e potrai raggiungere a piedi il centro storico del paese.

Dormire a Monticchiello sarà un esperienza indimenticabile; in pochissimo tempo potrai arrivare a Pienza, fare un bagno termale a Bagno Vignoni oppure andare a visitare le cantine vitivinicole sparse sul territorio. Siamo innamorati di questo paesaggio di straordinaria bellezza, considerato Patrimonio Mondiale dell'Unesco e cercheremo in tutti i modi di trasmettervi tutto quello che potrà rendere il vostro soggiorno indimenticabile.

Vi consiglieremo cosa vedere, itinerari poco frequentati e di grande fascino paesaggistico, vi racconteremo le storie degli uomini e delle donne che per secoli hanno percorso le strade e coltivato le terre della Valdorcia ed infine vi indicheremo le cucine che non troverete su nessuna guida.

L'aspetto più bello del nostro lavoro è quello di incontrare persone interessanti, scambiare due parole con i nostri ospiti, discutere e, magari, condividere insieme una bottiglia di vino

COSA OFFRIAMO?

Podere Rigopesci - camere in campagna. vuole creare un luogo dove riuscire a rallentare, a regalarsi tempo, a rivivere semplici gesti del passato, una casa carica d'atmosfera, dove usare il tempo come un'opportunità.

Cucina e Giardino

La cucina è accessoriata ed è dotata di ingresso indipendente. Il giardino invece è attrezzato con sedie a sdraio, fontane per rinfrescarsi e un frutteto.

Le camere

Abbiamo tre camere disponibili per le vostre vacanze ed una cucina comune dove offriamo la nostra colazione. Contattaci per avere qualsiasi informazione su disponibilità, servizi aggiuntivi e altro ancora.

Frida_

Dedicata a Frida Kahlo

E' la stanza più grande. Dotata di letto matrimoniale, letto singolo, salottino con divano, ingresso e bagno indipendente.

Angela_

Dedicata a mia suocera

Dotata di letto matrimoniale, letto aggiuntivo, bagno ed ingresso indipendente

Tina_

Dedicata a Tina Modotti

Dotata di letto matrimoniale, ingresso e bagno indipendente.

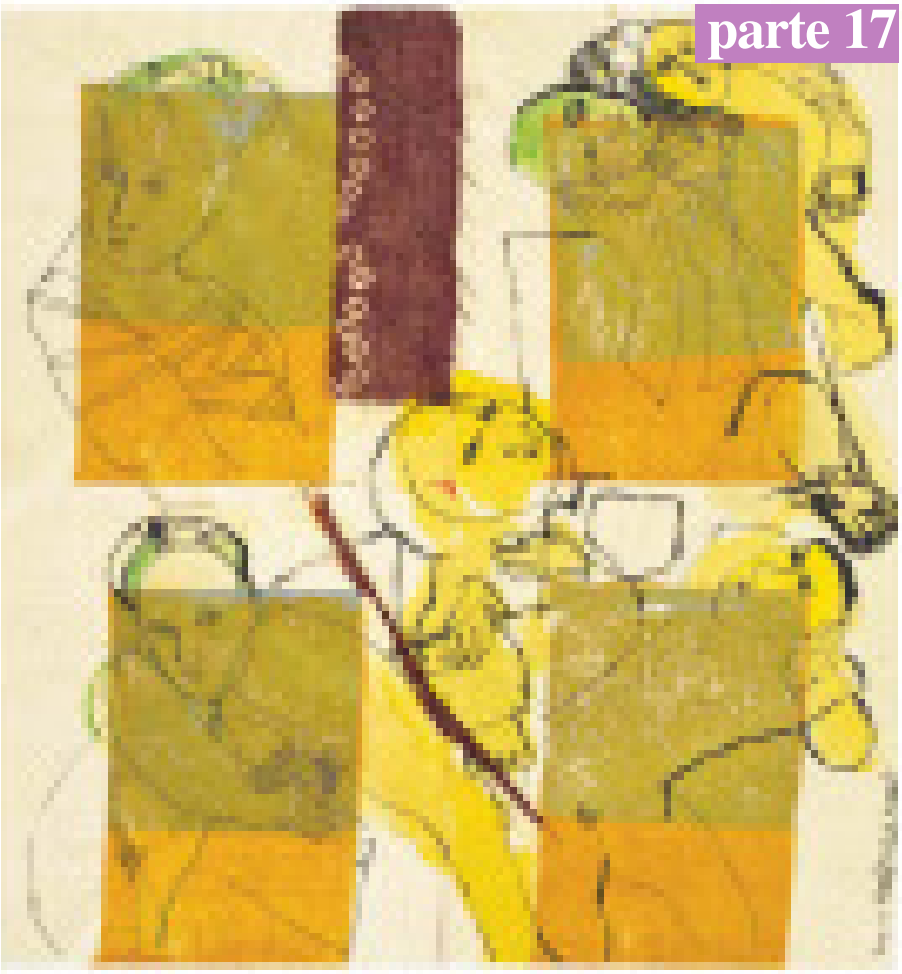
inserzione concessa gratuitamente

monologo di un etilista

Stati d'animo e vissuto di sconfitti dalla volontà ma non dalla ragione.

Racconto per Lavoro e Salute
di **Antonio Recanatini**

parte 17



Jaswant-Guzder

Mentre l'alba bussava alle finestre, Renato si distese sul letto e chiese –ma davvero mi hai sentito piangere?-

Giusi annuì prima di rispondere – certo, professò! Parlavi con l'amico immaginario e piangevi. Posso sapere di cosa stavate parlando?-

Il maestro chiuse gli occhi e ripeté la solita scusa –una storia lunga, Giusi mia, una storia troppo lunga da raccontare e io neanche saprei da dove cominciare-.

-Comincia a parlare, se vuoi un bacio da me, allora-.

-Parlavamo di lotta, di speranze e di sogni. Da ciuco escono meglio certi discorsi-. Giusi sedette al suo fianco e riavviò la discussione, ponendo la domanda meno scontata -io sono ignorante e tu lo sai. Ad esempio, potresti spiegarmi che differenza passa tra sogno e speranza? Credi che riuscirei a capire?-

-Certo, Giusi mia! Possono morire le speranze, non i sogni. Il sogno è sempre immenso, la speranza un paradosso, merce a buon mercato. Spenta una speranza è possibile accenderne un'altra. I sogni no, non hanno mercato, tanto meno se straripanti, fuori la foschia, tracciati su un verde irragionevole e uno sfondo rosso sfavillante, radioso, abbagliante. La speranza pernotta fuori e torna nel bisogno, il sogno vive dentro e accompagna ogni respiro del giorno, ogni ronfata della notte. E' difficile capire? La speranza rimane nel cortile, il sogno supera ogni confine-.

Giusi lo baciò di nuovo e pretese un esempio –professò, devi essè pratico co' me, io mica ho studiato come te!-

Renato rialzò la testa e trovò l'esempio per lui più giusto –in carcere, c'era chi sperava di andare a lavorare nel reparto falegnameria, per guadagnarsi qualcosa. Io e altri come me, sognavamo di evadere, di scappare e tornare a lottare. La speranza non ama la libertà, non vuole smettere di essere schiava, invece il sogno evade, scappa per rincorrere la libertà. Chi insegue i sogni insegue la libertà, chi insegue la speranza rimane incollato al suo mondo, spera in un aiuto per un posto migliore, di vincere una partita, una battaglia; mai l'intera posta-.

Il silenzio propiziò la danza della passione e le labbra di lei s'incollarono a quella del maestro. Quando riemersero, Giusi riprese le briglie –non spero di fare l'amore con te, io sogno un viaggio infinito con te e decidere se fare l'amore alla prima sosta o in quella dopo. Dici che ha capito la tua Giusi tua?-

-Perfettamente, anzi… anzi hai aggiunto qualcosa a cui un limitato come me non arriverebbe, perché preso solo dalle sue cose-.

La bottiglia di vino finì presto. Giusi cadde nel sonno e il maestro vide Massimo, l'amico immaginario, riflesso sullo specchio dell'armadio con l'indice rivolto verso di lui – Loro non lo sanno. Non capiscono. La speranza è figlia del capitalismo. Il capitalismo coltiva la morte degli indifesi. Prima li addomestica con l'egoismo, li nutre con la speranza e si presenta per il colpo finale armato di cartelle esattoriali. Il capitalismo assicura la condanna a coloro che varcano la proprietà privata e accarezza quelli che insudiciano, occupano, abusano della pubblica proprietà. Il capitalismo concede una sola alternativa al servilismo: la miseria. Concede il bis agli stonati, accantona le voci oneste, tratta con gli affaristi e annienta

CONTINUA A PAG. 53

monologo di un etilista

CONTINUA DA PAG. 52

il povero. Non è un progetto, ma un ricatto.
Il capitalismo ama la guerra, ritiene la pace un prospetto antico, una speculazione a favore della povertà, contro l'alto reddito. Il capitalismo non invecchia, si rinnova di giorno in giorno, controlla l'allineamento dei suoi schiavi attraverso i cellulari, i pc, la tv, ormai indispensabili come l'acqua, il sole, il mare e il cielo con dio. L'ideale che non incarna la lotta estrema e la lotta armata al capitalismo diventa parte di esso, tutto il resto è compromesso, allineamento, accettazione, complicità con la borsa: arma di distruzione di massa. Il capitalismo è un cancro da estirpare, non uno dei tanti nemici, ma l'unico vero nemico da abbattere, così come l'uragano abbatte le catapecchie d'alluminio, di legno e di polistirolo. La lotta è impari, vivremo con la speranza di diventare ricchi e famosi. Sono pessimista in merito. Lascio ai cretini lo spazio per sognare".

***R**enato gli voltò le spalle e prese posto nel letto, a un palmo dal respiro di Giusi e si congedò –notte Massimo, preferisco sognare, che darmi per vinto!-*

Antonio Recanatini

Poeta, scrittore.
La sua poesia è atta a risollevare il sentimento della periferia, all'orgoglio di essere proletari e anticonformisti.

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

monologo di un etilista - Racconti precedenti

Prima parte n. 3 - giugno 2015
Seconda n. 4 - settemb. 2015
Terza n. 5 - novembre 2015
Quarta n. 1 gennaio 2016
Quinta n. 2 marzo 2016
Sesta n. 3 maggio 2016
Settima n. 4 luglio 2016
Ottava n. 5 settembre 2016
Nona n° 6 novembre 2016
Decima n° 1 - gennaio 2017
Undicesima n° 2 - marzo 2017
Dodicesima n° 3 maggio 2017
Tredicesima n° 4 luglio 2017
Quattordicesima n° 5 sett. 2017
Quindicesima n° 6 novemb. 2017
Sedicesima n° 1 gennaio 2018

Leggi i racconti precendenti su *www.lavoroesalute.org*

LA PODEROSA

CIRCOLO RIC REATIVO CULTURALE
Affiliata ARCI
Via Salerno 15/A Torino
TUTTE LE SERE
lunedì escluso
DALLE ORE 19,00
Servizi sociali ai soci
Bar - Musica
Incontri Dibattiti
Presentazione libri
e tanto altro

LA PODEROSA - SERVIZI

CENTRO ASSISTENZA FISCALE

ISEE PER PRESTAZIONI SOCIALI

VENITE a richiedere l'attestazione ISEE

al CAF La Poderosa - Servizi

I contribuenti a basso reddito, presentando l'attestazione ISEE, hanno diritto a richiedere agevolazioni per i servizi pubblici:
BONUS LUCE E GAS – *TASSA RIFIUTI* – ABBONAMENTO PARCHEGGIO
BONUS BEBE' – CARTA REI
RIDUZIONE:
TARIFFE ASILI NIDO – MENSA SCOLASTICA
DIRITTO ALLO STUDIO – RICHIESTA CARTA REI

telefonando dal lunedì al venerdì al numero **345 3568126**
o scrivendo una mail a: lapoderosacaf@gmail.com
puoi prendere un appuntamento per la compilazione della domanda Isee
L'elaborazione e l'assistenza relativa alla compilazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica (ISEE) viene effettuata in forma completamente gratuita.

Importante: per conoscere quale documentazione occorre:

vai all'indirizzo: www.associazionelapoderosa.it/servizi/caf

LAVORO DOMESTICO

Gestione del rapporto di lavoro tra datore e lavoratrice

(colf, badante, baby-sitter, etc)

Lettera di assunzione, buste paga, bollettini trimestrali Inps, cessazione rapporto di lavoro, TFR

il contributo per la gestione del rapporto di lavoro ammonta a 150,00 euro comprensivo della tessera associativa

---

Via Salerno 15a - 10152 Torino
Cell. 3453568126 - mail: lapoderosacaf@gmail.com
Sito: www.associazionelapoderosa.it

LA PODEROSA - SERVIZI

CENTRO ASSISTENZA FISCALE

Compilazione 730/2018

VENITE a fare il 730/2018 c/o lo sportello CAF

La Poderosa - Servizi – Via Salerno 15a Torino

Per usufruire dello sportello Caf per la compilazione della dichiarazione dei redditi è necessario firmare la delega per poter avere il 730 precompilato dall'Agenzia delle Entrate.

Dalla dichiarazione dei redditi si possono detrarre*:*

spese mediche
spese veterinarie
spese per attività sportiva dei figli
spese per frequenza asili nido
interessi mutuo – spese per ristrutturazione abitazione
canone locazione

Prendi subito un appuntamento
per la compilazione del modello 730/2018

telefonando al numero **345 3568126**
o scrivendo una mail a: **lapoderosacaf@gmail.com**

gli orari dello sportello sono i seguenti:
lunedì – mercoledì – venerdì dalle ore 14,30 alle ore 17,30
martedì e giovedì dalle ore 9,30 alle ore 12,30

Il contributo richiesto per la compilazione della dichiarazione dei redditi ammonta a 38,00 euro comprensivo della tessera associativa

---

Via Salerno 15a - 10152 Torino
Cell. 3453568126 - mail: lapoderosacaf@gmail.com
Sito: www.associazionelapoderosa.it

Firme per rilanciare i diritti

Comitato per la Difesa Costituzionale: raccolta firme per una legge elettorale proporzionale, per cancellare il pareggio di bilancio dalla Costituzione, per abrogare la "buona scuola".

Coordinamento Democrazia Costituzionale

PROPOSTA PER ABOLIRE IL PAREGGIO DI BILANCIO

Modifiche agli articoli 81, 97, 117 e 119 della Costituzione, concernenti l'equilibrio di bilancio (il principio del "pareggio di bilancio"), al fine di salvaguardare i diritti fondamentali della persona. La legge costituzionale n. 1 del 2012 ha introdotto nella Carta costituzionale il principio del pareggio di bilancio ("equilibrio tra le entrate e le spese"). Si tratta di una modifica costituzionale infausta, frutto del peggior revisionismo costituzionale. Negativi gli effetti prodotti, anzitutto sul nostro sistema economico, già fortemente danneggiato. Secondo i dati resi noti dall'Istat nel gennaio 2018 la disoccupazione in Italia è pari all'11% e quella giovanile al 32,7%. Tali cifre non ci dicono però tutto della realtà, poiché i criteri di rilevazione in uso permettono di conferire la qualifica di "occupato" – come sta scritto nel Glossario accluso alla Rilevazione sulle Forze di Lavoro dell'Istat – a tutti coloro che nella settimana di riferimento "hanno svolto almeno un'ora di lavoro in una qualsiasi attività che preveda un corrispettivo monetario o in natura", ovvero anche se non sia stata retribuita. Se consideriamo il periodo 2007-2016 constatiamo una diminuzione della produzione industriale del 22% (secondo i dati forniti dall'Unctad, la Conferenza dell'Onu su commercio e sviluppo). Significativo è l'andamento del debito pubblico nel nostro paese, specialmente se ne consideriamo l'evoluzione in un arco di tempo più ampio. Negli ultimi ventuno anni in Italia il rapporto fra debito pubblico e Pil è cresciuto di 15,7 punti, da 116,9 a fine 1995 a 132,6° fine 2016. E' il risultato di una diminuzione di 17,1 punti nel periodo precedente alla Grande recessione, quindi dal 1996 al 2007, e di un aumento di 32,8 punti negli anni successivi. (fonte: Ufficio parlamentare di bilancio).

PROPOSTA PER L'ABROGAZIONE DELLA LEGGE "BUONA SCUOLA"

per cominciare a costruire

- Una scuola pubblica, laica e pluralista: capace di garantire a tutte e tutti il diritto all'istruzione.
- Obbligo scolastico fino ai 18 anni.
- Risorse certe ed adeguate, non tagli continui: almeno il 6% del PIL.
- Vivibilità delle classi e qualità della relazione educativa: non più di 22 alunni per classe e continuità didattica dei docenti.
- Integrazione vera: dotazione aggiuntiva di insegnanti specializzati per accoglienza, educazione interculturale, alunni disabili.
- Percorsi moderni, efficaci, condivisi.
- Funzione docente: unicità, pari dignità, qualificazione.
- Partecipazione di tutti alla gestione della scuola: rilancio ed estensione degli organi collegiali elettivi, istituzione del presidente del Collegio dei Docenti
- Autovalutazione delle scuole per un miglioramento continuo.

> Nidi d'infanzia: inserimento nel sistema educativo della pubblica istruzione, soddisfacimento di tutte le richieste.

> Scuola dell'infanzia: soddisfacimento di tutte le richieste, terzo anno obbligatorio, due insegnanti per sezione con almeno 10 ore di compresenza settimanali.

> Scuola elementare: soddisfacimento di tutte le richieste di tempo pieno vero, con due insegnanti contitolari e 4 ore di compresenza settimanali; nel modulo almeno 3 ore di compresenza.

> Scuola media: ripristino e valorizzazione del tempo prolungato, con il soddisfacimento di tutte le richieste.

> Scuola superiore: biennio unitario, triennio di indirizzo, potenziamento delle attività di laboratorio.

> Formazione professionale: solo dopo l'assolvimento dell'obbligo scolastico a 18 anni.

> Educazione permanente: corsi pomeridiani e serali per adulti.

PROPOSTA PER UNA NUOVA LEGGE ELETTORALE

1) La priorità è garantire la rappresentatività del Parlamento. Tutti i seggi da attribuire vengono pertanto calcolati sulla base del metodo proporzionale. Infatti, pur prevedendosi la presenza di collegi/seggi uninominali (232 alla Camera 116 al Senato; oltre ai plurinominali rispettivamente pari a 386 e 193) essi senza eccezione alcuna vengono attribuiti proporzionalmente ai voti ottenuti da ciascuna lista nell'ambito della circoscrizione.
2) Previsti il voto disgiunto e la preferenza, superando così le liste "bloccate". Si potrà votare per un/una candidat* di una lista nel collegio uninominale e votare per una lista diversa nel collegio plurinominale, indicando nell'ambito di quest'ultima, la preferenza per uno specifico candidato ovvero per due candidati di sesso diverso.
3) Abrogata la figura del "capo della forza politica", vietata la candidatura multipla, garantito che tutti i seggi di una circoscrizione verranno attribuiti a candidat* di quella stessa circoscrizione.
4) Abrogate le c.d. "liste civetta".
5) Trasparenza, democraticità, pluralismo, nella selezione dei candidati e delle candidate in applicazione dell'art. 49 Cost. I diritti alla trasparenza, al pluralismo e alla democraticità, nella selezione delle candidature, da parte di iscritti e iscritte a partiti e movimenti non sono oggi in alcun modo garantiti.

Racconti e Opinioni
lavoroesalute *O ti racconti O sei raccontato* 34° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Anno XXXIIII Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti* - Direttore Responsabile *Fulvio Aurora*
Distribuito gratuitamente. Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo - Redazione: *info@lavoroesalute.org*
Supplemento rivista Medicina Democratica - Autoriz. Trib. Milano n° 23-19/1/77 Reg. naz. stampa (L. 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985
Materiale originale riproducibile citando testata e autore. Posta: inviare mail con firma e telefono. Firma non pubblicata su richiesta.
Numero chiuso in redazione: 26-3-2018 - Suppl. M. D. n° 233/234 - Stampa: via Brindisi 18/c Torino
Redazione: *Franco Cilenti - Roberto Bertucci - Antonio Recanatini - Renato Fioretti - Marisa Chiaretta*
Collaboratori: *Marco Spezia - Fiorenza Arisio - Marco Prina - Laura Nanni - Gino Rubini - Marilena Pallareti - Renato Nuccio*
Pubblicati 236 numeri - 13 speciali - 7 tematici - 1 referendum naz. contratto sanità - 1 questionario reg. piano sanitario Piemonte
Scritto da 1863 autori- 1259 operatori sanità - 205 sindacalisti - 79 esponenti politici - 294 altri
Stampate 737mila copie - 523 mila ospedali, ambulatori - 138mila luoghi vari - 72mila copie distribuzione nazionale

www.lavoroesalute.org * www.blog-lavoroesalute.org