Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Anno 28 * n. 3 * giugno 2012 * Periodico diretto da *franco cilenti*
Pubblicazione finanziata da promotori e lettori

Presentazione:
27 giugno - ore 18
Coop Spazzi
Via Virle 18

Chi decide le sorti della città?
a pag. 30

Art.18 nel Pubblico Impiego
VERITÀ E BUGIE Pag. 4 e 5
ART. 18: Un ex magistrato chiarisce il debole ruolo della magistratura dopo la legge della Fornero Pag. 3

Miseria e nobiltà

SANITA'
9 milioni di italiani
senza soldi per curarsi
Più di un terzo dei piemontesi *pag. 13*

TAV Torino resterebbe senz'acqua *pag. 28*

Con i costi di 500 metri di TAV, opera per pochi privilegiati e per poche merci, si costruirebbe 1 ospedale da 1200 posti letto, 22 ambulatori e 36 sale operatorie

Sanità in Piemonte con 6 feudatari e le criticità dei tagli di Monferino
Eleonora Artesio a pag. 12

ASL 1 Assemblea sull'ospedale Martini e poliambulatorio
Pasquale Mariella a pag. 14

ASL 2 Posizioni e sicurezza sul lavoro **ci scrive un RLS**
Arnaldo Sanità a pag. 7

DENTISTA SOCIALE a Torino
VISITA E PREVENTIVO GRATUITI
333.3391309 - 339.6735043
meno 50% dei prezzi di mercato
meno 30-40% delle tariffe pubbliche
CHI E' a pag. 31

gusto, qualità, solidarietà
cafè rebelde
informazioni a pag. 31

INOLTRE
2 *Sisma nel* ***Pubblico Impiego?***
6 **Sicurezza sul lavoro** in pericolo
8 *Sanità:* ***consigli ai RLS*** *piemontesi*
11 Le Leggi di civiltà degli **anni 70**
16 *In Italia siamo* ***sempre più malati***
18 **Aborto**: meno italiane più migranti
19 *Civiltà toscana:* ***terapia cannabis***
20 Riecco **i manicomi**. Collegno bis?
22 *La* ***salute dei migranti*** *irregolari*
24 **OSS**, la Regione non ci risponde
25 ***Infermieri****: scoperta l'acqua calda*
27 Tecnici sodomiti, all'**IMU**rtacci loro
E ALTRO ANCORA

O ti racconti O sei raccontato **Scrivi a *info@lavoroesalute.org***

Periodico dell'associazione onlus "Medicina Democratica" Dir. resp. fulvio aurora * Edizione del Piemonte

editoriale di franco cilenti

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

SISMA NEL PUBBLICO IMPIEGO?

La forza distruttrice del Governo Monti/Fornero, sostenuto dall'Unione PD-PDL si sta per abbattere anche sulla categoria più "garantita" dell'ex Bel Paese. Non è la prima volta che i dipendenti pubblici vengono attaccati frontalmente, prima della sabauda Fornero, ci aveva provato Brunetta ad istruire un processo di piazza contro chi garantisce, comunque, il funzionamento dei Servizi statali. E già con il blocco della contrattazione si è assestato un colpo non certo lieve. Gli unici a fingere di non essersene resi conto sono Cgil Cisl Uil e Ugl che con la firma apposta al protocollo sul lavoro pubblico del 3 maggio scorso avallano supinamente lo smantellamento della Pubblica Amministrazione.

Se ovvio mi pare il consenso di Cisl e Uil, da tempo sostenitori di questo processo, incredibile risulta il consenso della Camusso a nome della Cgil, senza nessuna discussione nella dirigenza del sindacato e tantomeno tra i lavoratori pubblici. Oggi più di ieri nella Cgil c'è un bisogno vitale di rinnovamento progettuale e di democrazia sostanziale per tutta l'organizzazione. I danni fatti da Epifani e dalla Camusso nel loro deviante rapporto con i governi, amici e nemici, hanno trasformato la natura del nostro sindacato con un fare molto vicino al "sindacato dei servizi" strada scelta 30 anni fa da Cisl e Uil. La Cgil ha bisogno di una governata implosione interna che porti a un comitato di gestione unitario per una fase di ricostruzione ideale e conflittuale. Da tanti anni c'è una stortura micidiale che ha portato la base ad aspettare gli ordini della dirigenza prima di pensare e muoversi sui posti di lavoro.

Siamo in un'immobilismo tragico, e foriero di drammi e tragedie sociali, per i lavoratori, precari e stabili, per i disoccupati e i pensionati. Forse se dirigenti nazionali, ma anche quelli locali, frequentassero i luoghi di lavoro avvertirebbero il silenzioso dolore della gente in carne ed ossa (molto diversa da quella che declinate nei vostri documenti e nelle dichiarazioni alla stampa), avvertireste l'impotenza della parte viva delle RSU e il menefreghismo dell'altra parte, eletta con i criteri della fedeltà alla linea della capa).

Siamo in una fase così deflagrante per le coscienze e per la dignità e la soggettività professionale dei lavoratori che la normale, e garbata, critica non serve più, servono atti conseguenti e dirompenti in questa Cgil che pare la succursale sindacale del PD, ben affiancata da Cisl e Uil, avanguardisti governativi della prima ora.

Quale atto può far recuperare credibilità a questa Cgil? Solo un atto naturale ed immediato per dirigenti all'altezza della situazione: l'annuncio di un referendum per ripristinare l'art. 18 nella sua interezza. Ma, purtroppo questa presa di coscienza non ci sarà, troppo forte è il legame con il PD e troppo interessata è la convivenza confederale con Cisl e Uil.
In questo quadro mercificato da interessi politici e gestionali anche il tanto minacciato sciopero generale diventa inutile se non si ammette il drammatico sbaglio (o scelta consapevole) di aver permesso al governo, nonostante scioperi formali, Berlusconi e adesso a Monti di depredare le pensioni e di aver lasciato marcire i contratti di categoria e quelli nazionali.

Quindi, sono perplesso su uno sciopero generale proclamato, e tanto rimandato durante questi mesi di scaccheggio dei lanzichenecchi al governo, da questa dirigenza sindacale screditata agli occhi dei lavoratori. Verrebbe vissuto come uno dei tanti scioperi fatti con l'intento di rianimare tavoli governativi ad uso e consumo di questa dirigenza sindacale, con i lavoratori utilizzati come forza di pressione usa e getta, come spesso è stato.

Mi pare ovvio che il governo, su delega del padronato privato (Fiat e Confindustria) e di quello pubblico (partiti di governo e boiardi di Stato), li ridicolizzi con esternazioni, vedi la Fornero, che mettono in discussione accordi sottoscritti e sostenuti con rassicurazioni sulla volontà di non mettere in discussione i diritti elementari dei lavoratori.
Per quanto riguarda la Cgil, l'unica strada è un percorso che parta dall'autocritica di questa dirigenza sindacale (prendendo anche in considerazione le dimissioni e un comitato di gestione unitaria) e prosegua, sul crudo merito delle condizioni di vita e di lavoro, tramite conflittualità vera sui luoghi di lavoro e sui territori.

Si arrivi in autunno a una scadenza di blocco permanente del Paese per far cadere questo violento governo bipartisan, senza aspettare e sperare un bisticcio in casa dell'Unione PD-PDL o nell'esaurimento dello sporco lavoro di Monti e soci.
Solo su questo percorso ricominceremo a riavere la fiducia attiva del mondo del lavoro, anche di quello precario. Solo così la Cgil potrà esercitare egemonia diffusa, anche tra i lavoratori iscritti ad altri sindacati.
Ma saprà disintossicarsi dal PD?

loro e noi
parole ed opere

Loro, i sindacalisti, grossi e piccini, non ci chiedono più come stiamo, cosa fare, e come farlo, per tenerci i nostri diritti elementari. Loro si ritengono persone "studiate e imparate" per grazia ricevuta. Tornino a scuola, da noi!

Ogni giorno sul blog **http://blog.libero.it/lavoroesalute**
Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali

Il nostro 28° anno di giornalismo nel lavoro per la salute sempre ri-belli

Un ex magistrato chiarisce il debole ruolo della magistratura dopo la controriforma del lavoro

Art. 18: ecco perché il lavoratore non sarà mai più reintegrato nel suo posto di lavoro se licenziato

LAVORO: LA TRUFFA DEL REINTEGRO

di ***Bruno Tinti***

Non avrei mai pensato di rivolgere al presidente Monti e al ministro Fornero la stessa domanda (retorica) tante volte fatta a B&C: ma ci siete o ci fate? E invece… L'art. 14 comma 7 del ddl sulla riforma del lavoro (Tutele del lavoratore in caso di licenziamento illegittimo) dice: "il giudice che accerta la manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo (sarebbe il licenziamento per motivi economici) applica la medesima disciplina di cui al quarto comma del medesimo articolo" (il reintegro). E, poco più avanti: "nelle altre ipotesi in cui accerta che non ricorrono gli estremi del predetto giustificato motivo, il giudice applica la disciplina di cui al quinto comma". Che consiste nel dichiarare "risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condannare il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva" (l'indennizzo).

TUTTO RUOTA intorno a due paroline: "manifesta insussistenza". Cosa vogliono dire? In linguaggio comune è semplice: il fatto posto alla base del licenziamento non esiste; perciò il lavoratore va reintegrato nel posto di lavoro, poche storie.
Ma, per un giurista, insussistenza senza aggettivi è cosa diversa dall'insussistenza "manifesta". Il giurista si chiede: ma perché questi hanno sentito il bisogno di scrivere che l'insussistenza deve essere "manifesta"? Un fatto o sussiste o non sussiste; quanto sia complicato accertare che esista non incide sulla sua esistenza, solo sulla difficoltà della prova.

Per capirci meglio, un assassino va condannato sia che lo si becchi con il coltello sanguinante in mano, sia che la sua responsabilità emerga dopo un complicato lavoro di indagine (movente, alibi, testimonianze etc). Dunque, pensa il giurista, questi hanno scritto "manifesta insussistenza" proprio per differenziare questi casi da quelli in cui c'è l'insussistenza semplice; e per differenziare il trattamento conseguente, reintegro nel primo caso, solo indennizzo nel secondo.
Come tecnica legislativa non è una novità. Quando, in un processo, si solleva un'eccezione di illegittimità costituzionale, il giudice la accoglie solo quando la questione non è "manifestamente infondata". Se è sicuro che la legge è conforme alla Costituzione, respinge l'eccezione. Insomma, solo quando il giudice ha qualche dubbio sulla costituzionalità della legge (o, naturalmente, quando è sicuro che sia incostituzionale), chiede alla Corte costituzionale di valutare. Ne deriva che la Corte non riceve tutte le questioni di illegittimità costituzionale ma solo quelle che i giudici ritengono "non manifestamente" infondate. Può darsi che tra le altre, quelle che il giudice ha respinto (sbagliando), ce ne fossero di fondate; ma la loro fondatezza non era "manifesta"; e quindi…

Tornando all'art. 18, siccome i criteri di interpretazione giuridica delle leggi questi sono (art. 12 del codice civile), ne deriva che il giudice potrà reintegrare il licenziato solo quando, da subito, senza indagini, senza prove, "manifestamente "appunto, è sicuro che il motivo economico non sussiste. Se invece dubita, se per decidere deve acquisire prove, allora niente reintegro. E cosa al suo posto? Ma è chiaro, l'indennizzo. E infatti Monti-Fornero lo dicono espressamente: "nelle altre ipotesi", cioè quando l'insussistenza del motivo economico va accertata con una normale istruttoria dibattimentale (prove, testimonianze, perizie), quando dunque non è "manifesta", di reintegro non se ne parla. Magari alla fine salterà fuori che il motivo economico non c'è; ma,

siccome è stato necessario un vero e proprio processo per rendersene conto, niente reintegro, solo un po' di soldi.

DA QUI DERIVANO TRE CONSEGUENZE MICIDIALI:

LA PRIMA:
Il reintegro per motivi economici non ci sarà mai. Davvero si può pensare che un'azienda licenzi con motivazioni che da subito, senza alcun dubbio, "manifestamente", si capisce che sono una palla? Se anche la motivazione economica è infondata, sarà certamente motivata bene; e quindi sarà necessario un normale processo, come si fa sempre. Solo che, a questo punto, l'insussistenza del motivo economico, anche se accertata, non è "manifesta"; e il lavoratore non potrà essere reintegrato.

LA SECONDA:
I giudici saranno in un mare di guano. Perché, in alcuni casi, l'insussistenza del motivo economico ci sarà; ma, per essere sicuri, un po' di istruttoria va fatta. Un giudice non può dire: "È così'". Deve motivare perché è così; e per questo è necessaria l'istruttoria. Ma, se la fa, addio reintegro. Mica male come dilemma.

LA TERZA:
A seconda dell'interpretazione che il giudice darà del concetto "manifesta insussistenza" gli diranno che è uno sporco comunista o uno sporco capitalista. Della serie: "Se la mente del giudice funziona, la legge è sempre buona" (Snoopy sul tetto della sua cuccia). "Certo che con questi giudici…; anche le leggi migliori, che il sindacato si è ammazzato per ottenerle (o che il governo si è dannato per scriverle), non funzioneranno mai. La responsabilità per gli errori dei magistrati, ecco quello che ci vuole".

Ma, a questo punto: davvero Camusso & C, Bersani & C, a tutto questo non ci hanno pensato? O si sono accontentati di una (finta) dimostrazione di forza, del tipo: "Abbiamo costretto il governo etc etc; guardate come siamo bravi"?

http://giacomosalerno.wordpress.com
12/4/2012

Anche senza l'affondo della Fornero "*Parità sui licenziamento tra pubblico e privato*" era gà chiaro che:

La controriforma dell'art. 18, firmata da Cgil, Cisl, Uil, Ugl, ammazza i diritti sul lavoro nel privato e si applicherà al pubblico impiego

Art. 18 e Pubblico Impiego
VERITÀ E BUGIE

Tutti i sindacati firmatari di contratti nazionali presenti al tavolo della Funzione Pubblica hanno sottoscritto il nuovo protocollo sul lavoro pubblico. Tutti, tranne l'Unione Sindacle di Base (USB).
Dopo questa premesso di cronaca andiamo a vedere cosa c'è di vero e di falso nelle interpretazioni date dai firmatari.

Il sindacato si è riappropriato di un ruolo che gli era stato sottratto dalla riforma Brunetta

VERO, MA: i sindacati firmatari diventano cogestori dei tagli alla spesa pubblica, della messa in esubero-mobilità-licenziamento dei lavoratori attraverso " un coinvolgimento … nei processi di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni (ad esempio spending review)" ed attraverso "il coinvolgimento in tutte le fasi dei processi di mobilità collettiva …". E' il via libera alle politiche del Governo da attuare attraverso una cogestione necessaria ad arginare il conflitto. Questo è il ruolo di cui si sono riappropriati!

Sono state superate le fasce Brunetta '25-50-25'

VERO, MA: il protocollo parla di superamento delle fasce di merito, ma nello stesso tempo afferma "prevedendo …meccanismi atti ad assicurare la retribuzione accessoria differenziata in relazione ai risultati conseguiti…" ed ancora "in modo da avere parametri significativi per le politiche premiali nei confronti dei lavoratori pubblici". In sostanza la filosofia della premialità, della differenziazione della retribuzione individuale e quindi della divisione tra lavoratori, è stata rafforzata attraverso meccanismi premiali che "…tengano conto dei diversi livelli di responsabilità ed inquadramento del personale".

" il sindacato si è riappropriato di un ruolo che gli era stato sottratto dalla riforma Brunetta ".

Vero, ma sarà utilizzato come cogestori dei tagli alla spesa pubblica, della messa in esubero-mobilità-licenziamento.

Ma come è giusta la ministra Fornero! E' innamorata dell'eguaglianza e rivendica fieramente per i dipendenti pubblici la stessa libertà di licenziamento dei privati. Il quotidiano La Repubblica, organo gestionale del PD e megafono del governo Monti, ne ha esaltato la battaglia persino con un sondaggio ad hoc.....volete forse conservare ai pubblici qualche indegno privilegio? Eppure anche questa penosa sceneggiata mediatica è istruttiva. Innanzitutto perche chiarisce ancora una volta la sostanza della controriforma del lavoro:la libertà di licenziamento per l'appunto. Oramai è rimasta solo la segreteria della Cgil in italia a credere che l articolo 18 ci sia ancora.

Sono previste nuove norme sulla mobilità a favore dei lavoratori

FALSO, PERCHE': le norme sulla mobilità (art.33 del d.lgs.165/2001) dei dipendenti pubblici rimangono le stesse. E prevedono che, in caso di eccedenze del personale, lo stesso venga collocato in mobilità con un assegno pari all'80% dello stipendio per due anni e poi licenziato. Cambia il ruolo di cogestione che il sindacato giocherà in questa partita, tanto da essere coinvolto persino nei "percorsi di qualificazione e formazione professionale … per garantire la funzionalità e la qualità del lavoro nell'amministrazione di destinazione …" Un nuovo business sulla pelle dei lavoratori, proprio come i fondi pensione! E quali saranno le amministrazioni di possibile destinazione dal momento che tutta la P.A. sarà costretta ad operare tagli sulle spese al personale? O si pensa ad una formazione verso il settore privato?

Si prevede un nuovo processo di stabilizzazione per i precari del pubblico impiego

FALSO, PERCHE': sarà introdotta anche nella P.A. la riforma sul mercato del lavoro della Fornero, creando maggiore precarietà. Forse saranno previste proroghe e rinnovi, ma "nel quadro della normativa vigente", e soprattutto "nell'ambito delle risorse disponibili". (?)

La riforma dell'art. 18 non si applicherà al pubblico impiego

FALSO, PERCHE': l'accordo prevede maggiori poteri alla dirigenza e parla di "riordinare la disciplina dei licenziamenti per motivi disciplinari…", e di "rafforzare i doveri disciplinari dei dipendenti prevedendo al contempo garanzie di stabilità in caso di licenziamento illegittimo". Garanzie di stabilità non necessariamente equivalgono a reintegro. Perché, allora, non è stata usata la parola reintegro in caso di licenziamento illegittimo che non avrebbe dato adito a dubbi? E soprattutto perché, nella stesura definitiva del testo, la Cgil ha chiesto di togliere, per motivi "formali", "…secondo il medesimo impianto del lavoro nelle imprese private…"?

Si ripete uno schema classico nel sindacato confederale. Si nega o si mostra di negare l'adesione all'impianto generale di una riforma del governo o del padronato e poi la si fa passare nella contrattazione. La riforma Fornero passa con l'aggiunta dei lavoratori del Pubblico Impiego che sono sotto esame tutta la vita e che debbono stare bene attenti a non dispiacersi la gerarchia. La chiamano modernizzazione ma è un modo anche questo per fare del lavoro uno strumento di tortura una ragione di ansia esistenziale.

Le grandi leggi di riforma degli anni '70 oggi sotto attacco

a pag. 11

Ciao all'art. 18 anche per i lavoratori pubblici?

Si è partiti dalla spending review (riduzione spesa) e si arriva a un accordo sulla controriforma del lavoro. E' scritto che i "motivi disciplinari" saranno la chiave per fare licenziamenti individuali, ma chi può confutare che le "motivazioni economiche", sulle quali nessuno mette becco come se fossero insidacalibili e sacre, non saranno prese a pretesto per giustificare eccedenze di massa? Nello stato attuale di buco nero e dissesto finanziario-organizzativo in cui versa la sanità, in particolare in quelle governate da berlusconiani e leghisti (vedi il Piemonte) nessuno può garantire che non saranno portate sui tavoli di discussione. Poi sul protocollo c'è, ovviamente, tanta mobilità, precarietà, e promesse (tenure-track, per alcuni). La filosofia del governo, accettata dai sindacati, è che visto che si dovrà tagliare comunque, si farà in modo "concertato", in modo tale da evitare conflitti.

Nelle sette paginette del protocollo non si cita, neanche come fiore all'occhiello, il rinnovo dei contratti nazionali di categoria (bloccati ormai da diversi anni, con relativo congelamento degli stipendi), né nella stabilizzazione delle centinaia di migliaia di precari nel Pubblico Impiego, nè dello sblocco del turnover (ricordiamo che da oltre 7anni non si fanno più assunzioni, e le amministrazioni pubbliche di ogni livello fanno ricorso a giovani precari o a costosissime "consulenze".

Serenamente accettato dai sindacati anche il principio della "mobilità" del personale considerato, tout-court dalle dirigenze, in eccesso. I sindacati sono sereni per il semplice fatto che viene loro riconosciuto il ruolo complice (lo definiscono "cogestionale") del sindacato che si vede coinvolto "in tutte le fasi" e nell'individuazione dei "percorsi di riqualificazione". Ma tutti sappiamo che la mobilità per i "pubblici" dura due anni, con stipendio all'80%, e dopo, in assenza certa di ricollocazione, sono fuori per sempre.

Sulla "valutazione della performance", si possono fare pesanti battute di sarcasmo o mettersi ridere: chiunque sappia come funziona un ufficio pubblico fa onestamente fatica a capire quali potranno mai essere questi "meccanismi", oltre la più banale ossequienza verso i "capi" i quali, in parole povere, valuteranno quanto riesci a dimostrare di saper fare, a prescindere dalle condizioni organizzative nelle quali operi, e da cui dovrebbero discendere "meccanismi atti ad assicurare la retribuzione differenziata in relazione ai risultati conseguiti". Quindi, più gerarchia e più acritica osservanza alle disposizioni, se poi queste dovessero risultare incompatibii con la tua etica e professionalità. sta a te decidere se lavorare male, e dare un pessimo servizio all'utenza, oppure far presente l'incapacità dirigenziale rischiando minor stipendio e anche provvedimenti disciplinari per disobbedienza.

Il testo approvato prevede infatti il "rafforzamento dei doveri disciplinari dei dipendenti", anche se, sulla carta, "prevedendo garanzie in caso di licenziamento illegittimo". E qui entra in gioco l'art.18 che si dà per praticamente morto e sepolto con il consenso delle principali sigle sindacali alle quali viene concesso"un nuovo modello di relazioni sindacali" che punta alla "partecipazione consapevole dei lavoratori ai processi di razionalizzazione, innovazione e riorganizzazione" atta ad ottenere un'adesione non conflittuale garantendo che "il provvedimento legislativo" riconoscerà al contratto nazionale il ruolo di "fonte deputata alla determinazione dell'assetto retributivo" e ai sindacati un ruolo "in tutte le fasi dei processi di mobilità collettiva". Capito? Il governo chiede la complicità del sindacato per far gestire loro il lavoro minuto e sporco sui posti di lavoro nel dirigere il traffico di persone in mobilità.

Infine, le assunzioni non sono più disciplinate dai concorsi pubblici, ma invece introdotta la tenure-track, una sorta di "apprendistato" che mette il lavoratore per molti anni in condizioni durissime, in modo da essere pressato (meglio dire, ricattato) sotto ogni punto di vista; alla fine della testatura c'è un esame e se non viene superato si ricomincia da capo, ma in un'altro posto, se viene individuato come disponibile ad assorbire il bocciato. Quindi, precari a vita.

Redazione

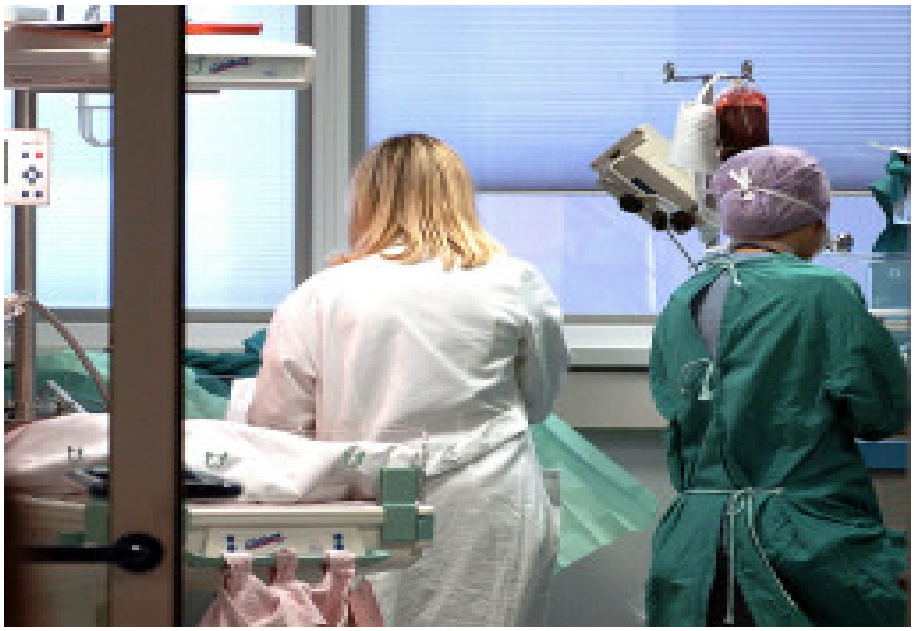
Cosa ne sarà della sicurezza sul lavoro se non ci sarà più l'Art.18?

Questo giornale affronta da sempre il tema della sicurezza sul lavoro, fa parte del suo DNA politico, sindacale e professionale e vorremmo lanciare un'allarme sui possibili risvolti negativi di questo periodo di crisi su quei temi pregnanti nel mondo del lavoro, anche sanitario, che rischiano di essere emarginati dalla controriforma del lavoro e con essa la soppressione, di fatto, dell'art.18. Una delle vittime predestinate è la sicurezza sul lavoro e tutto quanto attiene la correttezza e la qualità della gestione dei rischi a livello aziendale.

In un contesto di questo tipo vi è il forte rischio che le aziende, prese dalla foga dei tagli risparmino sui budget per la gestione della sicurezza tagliando parte dei costi della sicurezza, dalla formazione dei lavoratori.
Su questi aspetti ci dovrebbe essere una rigida vigilanza da parte dei RSU e dei RLS per evitare un silenzioso, per questo ancor più pericoloso, disinteresse degli stessi operatori.

E' impellente, nella logica del prevenire è meglio che curare, che i RLS facciano corpo unico con i RSU e pongano quesiti molto precisi alle direzioni aziendali anche imponendo, nel caso d'insensibilità aziendale, il rispetto del programma d'interventi previsto dal documento di valutazione dei rischi.
In questo contesto di crisi e conseguente depressione può intervenire la paura di esercitare il ruolo che la Legge assegna ai RLS, una paura, senza la copertura sostanziale dell'Art. 18, che può essere anche soggettiva e incutere timori di provvedimenti aziendali che sfruttino strumentalmente comportamenti conflittuali.

Ancora più forte può diventare negli stessi lavoratori la paura a segnalare i potenziali rischi sul loro posto di lavoro accettando, di fatto, di lavorare in condizioni di rischio per la sicurezza e la salute. Quindi, occhio a non "lasciar correre" situazioni lavorative a rischio e accettare di lavorare in stato d'insicurezza, come si evita accuratamente di guidare in stato di ebbrezza, quello



stato confusionale che può determinarsi oggi nei luoghi di lavoro.
Ricordiamoci che in sanità il pericolo è molto più insidioso perchè lo si valuta sempre potenziale e mai reale, e non basta l'attenzione, quella concentrazione che comunque viene a scemare sotto stress lavorativo causa obblighi a turni massacranti per coprire le voragini esistenti nelle piante organiche infermieristiche e ausiliarie.

C'è un rischio sempre presente, in particolare in un periodo di crisi economica e sociale come quelle che stiamo attraversanto e che stanno facendo pagare a chi la subisce, vedi lavoratori, pensionati e giovani, parliamo del rischio indotto ad integrare, a tutti i costi, i bassi stipendi e quindi sottostare alla "monetizzazione" del lavoro disagiato sottovalutandone la pericolosità la salute e la sicurezza, per sè e per gli altri, e gli altri da noi in sanità sono i malati che dipendono in tutto e per tutto dai nostri comportamenti e dalle nostre competenze professionali, se queste non sono inficiate da quei fattori di stress prima elencati.

La forma di "scambio" tra soldi e salute è vecchia come il mondo, accettarla è una forma di prostituzione che ora, dopo decenni di battaglie sindacali e culturali, rischia di ripresentarsi prepotentemente in modo diffuso e allargato, senza opposizione e, anzi, cogestita da quei organismi di rappresentanza del lavoro dipendente eletti per prevenire ogni forma di sfruttamento.
Come si combatte la monetizzazione?
Con una mentalità rivendicativa, sul merito dei problemi rilevati nell'attività d'indagine nei reparti e uffici, e di fronte a insensibilità dirigenziali, con forme di conflitto interne alle prerogative di Legge che spesso i RLS sottovalutano o, addirittura, non conoscono affatto.

Con una battaglia sindacale tesa a costruire rivendicazione salariale che renda meno ricattabili i lavoratori: sappiamo bene che è molto facile che un lavoratore con uno stipendio che non copre le esigenze familiari almeno fino alla fine del mese accetti di di lavorare senza adeguati DPI e quindi in condizioni di pericolo. Ma per chiedere ai lavoratori di non prostituire la loro salute, il sindacato deve ritornare alla sua natura, oggi deviata da scelte che tendono ad accettare la mercificazione del lavoro e dei diritti.

franco cilenti
già RLS (Rappresentante
dei Lavoratori per la Sicurezza)

lettera

Sui fondi stanziati all'ASL2 ci scrive un RLS
LAVORO: LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE SERVONO PIU' DELLA SICUREZZA?

Cara redazione, caro Franco, ho deciso di scrivere a Lavoro&Salute per condividere alcuni pensieri. Pensieri che avrei potuto tranquillamente pubblicare sul mio blog, se vogliamo avrebbero anche potuto assumere i connotati dello scoop. Penso però che l'argomento non debba averne i connotati, ovvero la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Ammetto di sentire la tua mancanza dopo le tue dimissioni, anche perchè andando avanti come RLS giorno dopo giorno scopro cose che non mi piacciono. Per prima cosa l'impressione che ho del modo di operare dei RLS è che ormai sia diventata un'agone politica, cosa assolutamente negativa. Troppo spesso la sicurezza aziendale viene utilizzata come una clava, questo porta inevitabilmente a una sottovalutazione del ruolo vero del RLS.

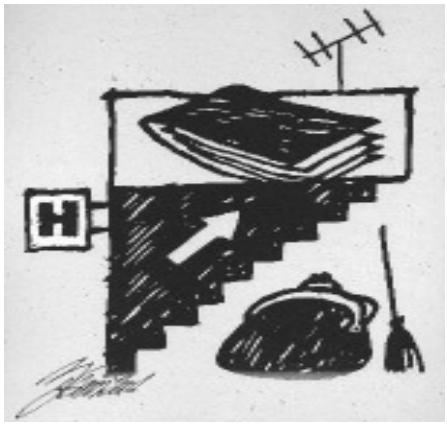
Il 6 giugno scorso siamo stati convocati dalla nuova Direzione Generale per un momento d'incontro. Il direttore Generale ci ha comunicato che per lui la sicurezza aziendale è un argomento importante in modo sostanziale e che lui fu il primo dirigente del Servizio Prevenzione e Protezione alla ASL 1. siamo partiti con un giro di presentazione dei RLS e con un minimo di presentazione e eventuali osservazioni.

In quel momento appunto mi sei venuto in mente tu e come operavamo; si è parlato di come il SPP intervenga sulle segnalazioni che di volta in volta arrivano (inciampi, spogliatoi, fili scoperti, etc.). confesso che non mi piaceva quella piega da pubblicità della Tim: amici, amore e cordialità, che l'incontro stava assumendo e complice il fatto che dovessi assolutamente andare via alle 15,30, ho chiesto di poter parlare subito e spiegare il mio punto di vista, partendo dalla riunione annuale che ci veniva comunicato che, anziché a giugno si sarebbe tenuta a luglio. Strano modo d'agire quello della riunione annuale, da che mondo è mondo i resoconti si fanno a fine o inizio anno. Cosa devo dire come RLS a giugno se non prendere atto e sorbirmi la sciorinatura di dati da parte del servizio medico competente? In verità non si discute di nessun programma o progetto. Secondo me, poi, non è accettabile che il rapporto con il Servizio prevenzione e protezione sia "amichevole". Il fatto di avere buoni rapporti formali non prescinde dall'ufficializzare come RLS le criticità, non siamo al bar sport.

Una cosa mi ha colpito: il DG proponeva più incontri annuali con i RLS, questo sarebbe una dirompente novità che ci riporta ai tempi della gestione Ottino. Infine qui arriva lo scoop che voglio condividere con Lavoro&salute, in verità una triste scoperta: I FONDI A BILANCIO PER LA SICUREZZA.

Come ben sai ho rotto le scatole da anni a mezzo mondo sulle indennità di posizione al punto di diventare noioso. Sembrava quasi e sottolineo sembrava, un fatto personale, cosa che non è, ma questa è una storia diversa. Studiando appunto la delibera delle indennità di posizione, mi sono accorto che in tutte le attribuzioni degli obiettivi c'era la frase magica..... "diffondere la cultura della sicurezza". A quel punto mi sono messo a scavare sulla delibera e con non poca fatica ho fatto una scoperta che ha dell'allucinante.

Per farla breve: tutta la partita delle indennità di posizione costa 480.000 • l'anno. Bene più della metà ovvero 250.000 •, viene finanziata dal fondo per la sicurezza aziendale!
Ho condiviso quest'informazione in quella riunione, poi ognuno deciderà il da farsi e che posizione prendere. Avrei una miriade di commenti e considerazioni da fare, non è questa la sede per me, però la gente deve sapere come anche i sindacati ora sanno attraverso i loro RLS perchè le posizioni erano tante, costava poco. Comunicata questa notizia ho concluso con una domanda a tutti i convenuti: sapete dirmi di cosa stiamo parlando qui? Di sicurezza?
Un caro saluto. **Arnaldo Sanità**



Caro Arnaldo,
la notizia sullo storno di 250.000 euro dal fondo aziendale, destinato alle misure per la sicurezza sul lavoro, per soddisfare gli ingordi appetiti dei "posizionati" e dei "posizionatori" non mi sorprende affatto, anche se m'indigna, di quella indignazione, mista a sarcasmo, propria di chi da 36 anni scrive ed opera (anche quando è senza incarico da RLS) per sensibilizzare sul tema.
Se ricordo bene, il mio primo articolo sull'antenato di Lavoro e Salute, il periodico degli operai della Fiat Ferriere, nel lontano 1976 fu centrato proprio sulla sicurezza del lavoro. La seconda metà degli anni 70 sono stati i miei anni di "università" apprendendo sul campo le lezioni di Ivar Oddone, l'inventore della medicina del lavoro, a sua volta infaticabile e lungimirante maestro di saperi e strumenti per centinaia di lavoratori e sindacalisti.
Oggi, quelle lezioni non hanno più scolari, sono state archiviate dalle stesse organizzazioni sindacali che considerano la sicurezza sul lavoro un'appendice della loro pratica di cogestione deconflittualizzata, a prescindere. Forse per questo non dedicano molta attenzione alla scelta e alla formazione dei RLS.
Comunque, in merito alla tua notizia, non accuso la dirigenza che ha stornato questa ingente somma, fanno il loro mestiere di meri esecutori di logiche estranee al vissuto quotidiano della gente che lavora e dei cittadini che ne usufruisce; faccio una domanda ai sindacati aziendali: eravate a conoscenza di questo storno? Se si, perchè l'avete permesso?
Se no, ora che ne siete venuti a conoscenza, cosa intendete fare?

franco cilenti

Valutazione dei rischi: consigli ai RLS PAG. 8

Valutazione dei rischi nella sanità:

Consigli ai RLS piemontesi

Ci avvaliamo del contributo di Marzio Cattaneo, storico RLS della sanità milanese, per offrire ai RLS del Piemonte i fondamentali per poter esercitare al meglio nel loro ruolo di rappresentanti della sicurezza dei lavoratori.
Avvertiamo da troppo tempo un calo di tensione e impegno formativo che sfiora il disinteressamento all'incarico accettato, e nelle riunioni annuali con i preposti aziendali, alla presenza delle direzioni generali, frequentemente si assiste a un pietoso silenzio causa mancanza di formazione e conoscenza delle realtà lavorative.
La sottoscrizione del Documento di Valutazione dei Rischi è un atto di convolgimento pesante che prevederebbe cognizione di causa. Quindi, siamo in situazioni nelle quali spesso non è l'azienda che, eventualmente, è deficitaria nell'applicazione delle norme ma sono i controllori che sono deficitari.

LETTURA DEL DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI

Per analizzare il D.V.R. è necessario tenere a mente alcuni aspetti, esplicitati dai seguenti articoli del D.Lgs. 81/2008. Dopodiché si potrà entrare nello specifico delle singole realtà.

Dall'art. 28, comma 2
Il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), redatto a conclusione della valutazione può essere tenuto, nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 53 del decreto, su supporto informatico e, deve essere munito anche tramite le procedure applicabili ai supporti informatici di cui all'articolo 53, di data certa o attestata dalla sottoscrizione del documento medesimo da parte del datore di lavoro, nonché, ai soli fini della prova della data, dalla sottoscrizione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale e del medico competente, ove nominato e contenere:
a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa. La scelta dei criteri di redazione del documento è rimessa al datore di lavoro, che vi provvede con criteri di semplicità, brevità e comprensibilità, in modo da garantirne la completezza e l'idoneità quale strumento operativo di pianificazione degli interventi aziendali e di prevenzione;
b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, a seguito della valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a);
c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
d) l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;
e) l'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;
f) l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

Dall'art. 15, comma 1
Le misure generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro sono:
a) la valutazione di tutti i rischi per la salute e sicurezza;
b) la programmazione della prevenzione, mirata ad un complesso che integri in modo coerente nella prevenzione le condizioni tecniche produttive dell'azienda nonché l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro;
c) l'eliminazione dei rischi e, ove ciò non sia possibile, la loro riduzione al minimo in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico;
d) il rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro, nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo;
e) la riduzione dei rischi alla fonte;
f) la sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è, o è meno pericoloso;
g) la limitazione al minimo del numero dei lavoratori che sono, o che possono essere, esposti al rischio;
h) l'utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici sui luoghi di lavoro;
i) la priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;
l) il controllo sanitario dei lavoratori;
m) l'allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona e l'adibizione, ove possibile, ad altra mansione;
n) l'informazione e formazione adeguate per i lavoratori;
o) l'informazione e formazione adeguate per dirigenti e i preposti;
p) l'informazione e formazione adeguate per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
q) l'istruzioni adeguate ai lavoratori;
r) la partecipazione e consultazione dei lavoratori;
s) la partecipazione e consultazione dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
t) la programmazione delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza, anche attraverso l'adozione di codici di condotta e di buone prassi;

CONTINUA A PAG. 9

CONSIGLI AI rls PIEMONTESI CONTINUA DA PAG. 8

u) le misure di emergenza da attuare in caso di primo soccorso, di lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e di pericolo grave e immediato;
v) l'uso di segnali di avvertimento e di sicurezza;
z) la regolare manutenzione di ambienti, attrezzature, impianti, con particolare riguardo ai dispositivi di sicurezza in conformità alla indicazione dei fabbricanti.

Considerando il D.Lgs. 165/2001 art. 6-bis, comma 1 - Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni
Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, nonché gli enti finanziati direttamente o indirettamente a carico del bilancio dello Stato sono autorizzati, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale e di dotazione organica. Ne dovrebbe seguire che l'acquisto di tali servizi non deve essere a discapito della sicurezza e dell'igiene per i lavoratori dell'imprese in contratto d'appalto o d'opera o di somministrazione. Di conseguenza si dovrebbe conoscere oltre al numero dei lavoratori del comparto, dirigenti e medici, e il numero dei borsisti, anche il numero di quante imprese, in contratto d'appalto o d'opera o di somministrazione, sono presenti con i loro specifici numeri di lavoratori. Inoltre, di queste imprese quante sono presenti 7 giorni su 7 e quante in giorni periodici della settimana o più lunghi.

Riprendendo il D.Lgs. 81/2008
Dall'art. 25, comma 1, lettera l) - Obblighi del medico competente:
visita gli ambienti di lavoro almeno una volta all'anno o a cadenza diversa che stabilisce in base alla valutazione dei rischi; la indicazione di una periodicità diversa dall'annuale deve essere comunicata al datore di lavoro ai fini della sua annotazione nel documento di valutazione dei rischi

Dall'art. 30
1. Il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231(N), deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:
a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;
b) alle attività di valutazione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti;
c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza;
d) alle attività di sorveglianza sanitaria;
e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori;
f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori;
g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge;
h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

2. Il modello organizzativo e gestionale di cui al comma 1 deve prevedere idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività di cui al comma 1.
3. Il modello organizzativo deve in ogni caso prevedere, per quanto richiesto dalla natura e dimensioni dell'organizzazione e dal tipo di attività svolta, un'articolazione di funzioni che assicuri le competenze tecniche e i poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.
4. Il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il riesame e l'eventuale modifica del modello organizzativo devono essere adottati, quando siano scoperte violazioni significative delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro, ovvero in occasione di mutamenti nell'organizzazione e nell'attività in relazione al progresso scientifico e tecnologico.
5. In sede di prima applicazione, i modelli di organizzazione aziendale definiti conformemente alle Linee guida UNIINAIL per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro (SGSL) del 28 settembre 2001 o al British Standard OHSAS 18001:2007 si presumono conformi ai requisiti di cui al presente articolo per le parti corrispondenti. Agli stessi fini ulteriori modelli di organizzazione e gestione aziendale possono essere indicati dalla Commissione di cui all'articolo 6

Dall'art. 35
2. Nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti:
a) il documento di valutazione dei rischi;
b) l'andamento degli infortuni e delle malattie professionali e della sorveglianza sanitaria;
c) i criteri di scelta, le caratteristiche tecniche e l'efficacia dei dispositivi di protezione individuale;
d) i programmi di informazione e formazione dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

3. Nel corso della riunione possono essere individuati:
a) codici di comportamento e buone prassi per prevenire i rischi di infortuni e di malattie professionali;
b) obiettivi di miglioramento della sicurezza complessiva sulla base delle linee guida per un sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro.

Marzio Cattaneo

Sicurezza sul lavoro

LA REGIONE SI IMPEGNI NELL'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Eleonora Artesio
Consigliera regionale
Federazione della Sinistra

Qualche mese fa avevamo chiesto al Presidente del Consiglio Regionale di ricordare in aula i caduti sul lavoro e fu un lungo elenco; purtroppo dobbiamo aggiungere un altro nominativo per l'incidente mortale occorso all'Ilva di Novi Ligure. Ai famigliari va il nostro cordoglio e ai rappresentanti dei lavoratori la nostra solidarietà per l'indignazione con la quale hanno reagito alla mancanza di sensibilità dell'impresa che non ha sospeso in segno di lutto la produzione.

Le politiche regionali possono svolgere compiti importanti perché sono stati loro assegnati dalle leggi dello Stato. In precedenti occasioni attraverso unì'interrogazione abbiamo sottolineato la lunga inerzia nella quale l'assessorato alla sanità ha lasciato il comitato per il coordinamento regionale per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro, riconvocato soltanto nel momento di grande evidenza pubblica della celebrazione dei processi Eternit. Quell'organismo assolve a compiti di integrazione tra le diverse funzioni ispettive dei differenti enti designati dalla legge ai fini della prevenzione e della sorveglianza, tuttavia è anche una sede utile ad assumere da parte di ciascuno le responsabilità di competenza.

Occorre rimarcare anche in questa occasione che i servizi Spresal devono poter agire con un'adeguata dotazione di risorse professionali e di strumenti e a questo fine era stato previsto un piano pluriennale di tecnici della prevenzione che non vorremmo venisse rallentato o inficiato dai tagli lineari sugli organici del sistema sanitario. La questione è così importante e inconfutabile dalle diverse parte politiche che riteniamo che possa essere su queste proposte la più ampia condivisione.

Torino, 8 Giugno 2012

Prevenzione e salute

Convegno dell'Associazione italiana di epidemiologia 2012

Giuseppe Costa Università di Torino, Presidente Aie

Il Convegno di Primavera dell'Associazione italiana di epidemiologia (Aie) ha avuto quest'anno una forte valenza operativa: il centro della discussione è stato posto infatti sul dove, quanto e come investire per aumentare la capacità di misurare la frequenza delle malattie o dell'esposizione ai fattori di rischio.

Il problema è apparentemente banale. In realtà così non è. Il numero dei possibili oggetti di osservazione è elevatissimo, perché molte sono le malattie, molti sono i fattori di rischio e ancora più numerose le loro relazioni. Stabilire delle priorità è una necessità poiché ognuna di queste azioni comporta l'impiego di risorse: persone, tempo, denaro.
Tuttavia, decidere in che direzione orientare gli investimenti non è semplice: comporta un'analisi dettagliata delle principali esperienze che si sono fatte in passato (una rassegna attenta dell'attività dei diversi registri di patologia, di esposizione, dell'uso dei diversi sistemi informativi etc.), cercando di cogliere le criticità e potenzialità per poter ricalibrare l'architettura di questa offerta.

È stata questa riflessione il cuore del convegno. L'esperienza italiana non sfigura se confrontata alle migliori sul panorama internazionale: il sistema di registrazione dei tumori copre il 40% della popolazione, la rilevazione dei dati sui fattori di rischio comportamentali si estende a tutta la popolazione italiana con un sistema campionario permanente e dinamico e anche patologie non tumorali sono ampiamente coperte da sistemi informativi di origine amministrativa come quelli che riguardano i ricoveri, i farmaci o le esenzioni.

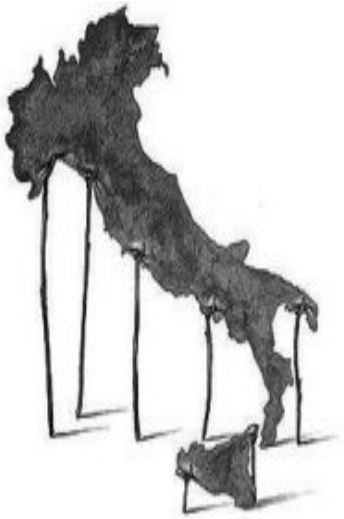
La criticità italiana è rappresentata dal fatto che questi sistemi sono nati spontaneamente, senza essere coordinati in un'unica architettura.
Pertanto, spesso hanno diverse coperture, hanno diversi gradi di "qualità", molte volte non "comunicano" tra di loro e perciò non si possono utilizzare in maniera integrata.
Talvolta lasciano scoperte alcune aree che possono essere invece molto importanti: le malattie cardiovascolari, per esempio, oggi vengono coperte con strumenti più imperfetti rispetto ai tumori; mentre il diabete è ben osservato, malattie come quelle intestinali sono poco conosciute; la malattia renale cronica ha ottimi sistemi di rilevazione mentre quelle osteo-muscolari sono neglette.

L'obiettivo del convegno è stato proprio analizzare questo scenario, gli strumenti impiegati, le lacune e i punti di forza per elaborare idee e soluzioni che entro la fine dell'anno confluiranno in un documento da inviare al ministero della Salute e alle Regioni. Documento, che costituirà la base tecnica attraverso cui i decisori orienteranno la nuova strategia di sviluppo dei sistemi di raccolta ed elaborazione delle informazioni sanitarie.

31 maggio 2012 *www.epicentro.iss.it*

19 Leggi che hanno dato forma al nostro Stato democratico, oggi sotto attacco

Le grandi leggi di riforma degli anni '70



Quando sento citare gli anni '70 come gli "anni di piombo", mi sembra che stiano parlando di un altro secolo o di un altro pianeta. Per molti e molte di coloro che li hanno vissuti quelli sono stati prima di tutto anni di grandi movimenti, di grandi lotte, di grandi trasformazioni, personali e collettive.

Ma c'è un'altra cosa che ha caratterizzato quel decennio, e che si tende a trascurare: sono state approvate 19 (diciannove) leggi che hanno dato forma al nostro stato democratico, contribuito all'attuazione della Costituzione repubblicana più di quanto sia accaduto negli anni precedenti (dalla sua promulgazione all'inizio del 1948).

Due di queste sono state anche oggetto di un referendum popolare, che le ha confermate, mettendole in sicurezza, ma, come vediamo oggi, non abbastanza. Devo a Chiara Ingrao la stesura di un primo elenco, a cui ho aggiunto i riferimenti normativi.

Vorrei aggiungere che queste leggi hanno un filo conduttore profondo: sono le leggi dell'I care (la frase che don Milani citava come slogan degli studenti di Berkeley e come l'esatto contrario dello slogan fascista "me ne frego").

Sono le leggi in cui ci si occupa, ci si preoccupa, delle relazioni fra cittadini/e, fra uomini e donne, della scuola, della salute, del lavoro, diritti iscritti nella Costituzione, da rendere effettivi.

Ci si occupa per la prima volta di tossicodipendenti, in un'ottica di prevenzione, cura e riabilitazione, destinata ad essere anche troppo presto sostituita da un atteggiamento forcaiolo.

L'attacco odierno non è quindi soltanto contro la Costituzione, è contro quanto uomini e donne hanno fatto, soprattutto negli anni '70, per renderla viva e operante.
Quegli uomini e quelle donne stavano per lo più a sinistra: qualche legge fu approvata con maggioranze di centro sinistra, qualcuna vide d'accordo le forze liberali, qualcuna vide l'opposizione della sinistra parlamentare e quasi tutte di quella extraparlamentare, perché giudicate troppo poco riformatrici.

Ma questo grande disegno riformatore fu reso possibile proprio perché c'erano le une e le altre, le forze in parlamento e quelle nelle piazze, spesso (forse quasi sempre) inconsapevoli che il risultato era frutto di un lavoro politico oggettivamente convergente. Ricordare queste leggi vuol dire ricordare anche questo.

1970

L. 16/05/1970 n. 281 (Provvedimento finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario)

L. 20/05/1970 n.300 (Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento) - Statuto dei lavoratori

L. 1/12/1970 n.898 (Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio) - Divorzio

1971

L. 6/05/1971 n.1044 (Piano quinquennale per l'istituzione di asili nido comunali con il concorso dello Stato)

L. 24/09/1971 n. 820 (Norme sull'ordinamento della scuola elementare e sulla immissione in ruolo degli insegnanti della scuola elementare e della scuola materna statale) - Scuola a tempo pieno

L. 30/12/1971 n. 1204 (Tutela lavoratrici madri)

1972

L. 15/12/1972 n. 772 (Norme per il riconoscimento dell'obiezione di coscienza)

1973

L. 18/12/1973 n. 877 (Nuove norme per la tutela del lavoro a domicilio)

1974

DPR n. 416, 417, 418, 419 e 420 del 31/05/1974 (Decreti delegati … sulla scuola: gestione democratica, stato giuridico dei lavoratori, sperimentazione)

1975

L. 19/05/1975 n. 151 (Riforma del diritto di famiglia)

L. 29/07/1975 n.405 (Istituzione dei consultori familiari)

L. 26/07/1975 n. 354 (Riforma dell'ordinamento penitenziario)

L.22/12/75 n. 685 (Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza)

1976

L. 10/05/1976 n. 319 (Norme tutela delle acque dall'inquinamento - cd "legge Merli")

1977

L. 9/12/1977 n. 903 (Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro)

1978

L. 23/12/1978 n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale)

L. 22/05/1978 n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza)

L. 13/05/1978 n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori) Chiusura manicomi

L. 27/07/1978 n. 392 (Disciplina delle locazioni di immobili urbani) - Equo canone

Eleonora Artesio
Consigliera regionale Federazione della Sinistra

Già Assessora alla sanità nella Giunta Bresso

Dagli obiettivi dati ai manager "tagliare, tagliare.... e ancora tagliare"

LE CRITICITÀ DELLA SPENDING REVIEW DI MONFERINO

L'assessore Monferino in commissione sanità ha illustrato le manovre programmate tramite le sei federazioni sovra zonali.

Area acquisti e personale amministrativo.
I 19 uffici acquisti che agiscono sulle aziende sanitarie locali saranno concentrati in sei che opereranno attraverso personale amministrativo assegnato in comando funzionale dalle rispettive aziende ai fini di procedere agli acquisti centralizzati per dispositivi medici, beni e servizi e farmaci ospedalieri. La previsione di risparmio è del 10% sui primi due (140 milioni su 1,4 miliardi) e del 10% sui farmaci (80 milioni su 800)".
L'accentramento produrrà un esubero di 500 dipendenti del ruolo amministrativo, a cui l'amministrazione ritiene di fare fronte con l'esodo naturale del turn-over nell'arco di 2 anni. Si computa un risparmio di 20 milioni di euro sul personale.

Criticità.
Fino ad ora le gare centralizzate, che non sono una novità di questa Giunta, erano gestite da Scr o da un'azienda capofila. Gli affidamenti in essere non sono scaduti, né possono essere revocati pena un risarcimento. Quindi quale è la percentuale effettiva di gare disponibili per le Federazioni? Quale il risparmio concreto?

Magazzini e logistica.
Si riconferma l'annuncio della riduzione da 106 a 6 nel biennio 2013-2015. I vantaggi supposti riguardano la riduzione degli stoccaggi inutilizzati e dei costi di funzionamento. Il risparmio presunto sarebbe di 40 milioni sul biennio.

Criticità.
Non è stato quantificato il costo del trasporto dai 6 magazzini ai 340 punti di utilizzo dei presidi sanitari. Non è stato quantificato il valore passivo dei beni immagazzinati obsoleti. Da una nota pubblica dei farmacisti ospedalieri risulterebbe che gli scaduti siano lo 0,061% della spesa per farmaci, quindi un valore al 2011 di 261.561 euro. Quale è la dimensione reale?

Sistemi informativi.
La spesa attuale dell'assessorato alla Sanità varia dai 15 ai 20 milioni annui verso il Csi, cui deve essere aggiunto l'impegno autonomo per programmi specifici delle aziende sanitarie.

Criticità
Nulla viene detto del rapporto tra la sanità e il Csi, né del proseguimento del programma Sirse varato dalla precedente amministrazione per omogeneizzare le piattaforme informative. Non c'è più traccia dell'annunciato risparmio sul riuso di altri sistemi operativi (delibera assunta, pubblicizzata e ritirata).

Revisione rete ospedaliera.
La riconversione per cure intermedie di 12 presidi prevedrebbe un risparmio da 180 a 90 milioni.

Criticità.
Tutto l'impianto è pensato senza alcun riferimento né alcuna garanzia per il mantenimento dell'offerta sanitaria nei territori interessati né per la qualità dei servizi erogati.

Sintesi risparmi.
140 milioni acquisti,
80 milioni farmaci,
40 milioni magazzini,
90 milioni ospedali,
40 milioni personale
per un totale di 390 milioni nell'arco temporale 2012-2015. Si deduce che verrebbe azzerata l'integrazione regionale alla spesa sanitaria che nel rispetto della normativa nazionale (fino al 5% del trasferimento del fondo sanitario nazionale) ammontava a 400 milioni. Nel 2011 ne sono stati integrati 280, 200 nel 2012.

Criticità.
L'obiettivo del piano di rientro sarebbe stato allineare l'integrazione a 200 milioni che è la media di integrazione delle regioni virtuose (come Toscana ed Emilia). L'azzeramento dell'integrazione persegue l'obiettivo di mantenere il sistema con il solo trasferimento del fondo sanitario nazionale, prospettiva tanto più inquietante in previsione delle annunciate riduzioni dei trasferimenti nazionali.

Torino, 14 giugno 2012

Note a margine..... dei tagli

6 NUOVI UNICI AMMINISTRATORI

La Giunta sembra riporre aspettative fideistiche in queste nuove strutture che dovranno controllare la spesa in sanità, a cominciare dalla revisione delle attività d'acquisto, procedura non certo innovativa considerato che sono anni che viene praticata. Quel che è certo, per ora, è solamente il costo aggiuntivo dei sei amministratori unici, dei rispettivi staff e del costo della costituzione giuridica delle federazioni.

Non bisogna essere degli esperti di macro sistemi economici per prevedere che le federazioni nel breve periodo produrranno un costo aggiuntivo al sistema.
Insomma la Giunta ci ha impiegato oltre due anni per produrre un piano che avrebbe dovuto coordinare il sistema per contenerne i costi. Otterrà, con tutta probabilità, l'effetto contrario".

MOLINETTE E VALDESE, RIDEFINIZIONE DELLA RETE SOTTRATTA AL CONFRONTO

Che la ridefinizione della rete ospedaliera sia stata sottratta al confronto non e' una novita': ci sta che ingegnere regionale e sindaco, fuori dai rispettivi consigli e dal dibattito pubblico, si mettano d'accordo su Molinette o su Valdese. Ci sta un po' meno che lo facciano in barba alle dichiarazioni pubbliche delle loro stesse forze politiche ed esponenti istituzionali: non pare che i consiglieri comunali PD (nemmeno quelli regionali) fossero in piazza M.Cristina qualche settimana fa a dichiarare per il Valdese un futuro di presidio di postacuzie.

E se Molinette ha perso la "u" di universitaria con buona pace (almeno pubblicamente) di molti, perche' oggi ci si stupisce dell'assenza di previsione su cura/didattica/ricerca?

Il drammatico stato della sanità, mentre l'investimento pubblico è dimezzato.

Allarme in Italia, già 9 milioni non hanno soldi per curarsi

E' quasi un sesto degli italiani (nove milioni). E' certificato dal Censis lo stato di disperazione del nostro sistema sanitario nazionale e dei tagli sempre più violenti ai trasferimenti statali. Lunghe liste di attesa, ticket alle stelle e visite o esami diagnostici di fatto irraggiungibili nel pubblico, portano chi non ha risorse sufficienti a rinunciare del tutto a curarsi, visto, ovviamente, che non può accedere alle prestazioni professionali private. Come è ovvio che sono i più deboli a farne le spese. Chi non rientra in questa fetta di disperati ricorre al privato: +25,5% la crescita della sanità privata negli ultimi dieci anni, con un parallelo disinvestimento nel pubblico. Perchè molti italiani hanno scelto le strutture private? Non perché li preferiscono ai medici di ospedali e ambulatori pubblici ma a causa delle liste di attesa troppo lunghe del pubblico: sono ben il 77%, cioè 8 italiani su 10. Costretti, dunque, a spendere di più, dalla necessità, con poca o nulla autonomia di scelta.

La sanità è in peggioramento, lo pensa oltre il 31% rispetto al 2009: solo tre anni fa, infatti, a sostenere questa tesi era il 21,7% degli italiani.
"I tagli alla sanità pubblica - si legge nel rapporto - abbassano la qualità delle prestazioni e generano iniquità. Per questo è prioritario trovare nuove risorse aggiuntive per impedire che meno spesa pubblica significhi più spesa privata e meno sanità per chi non può pagare".

Lo studio sulla sanità italiana getta uno sguardo anche sul comparto integrativo: "La sanità complementare in Italia è un universo composto da centinaia di Fondi integrativi, a beneficio di oltre 11 milioni di assistiti", spiega il rapporto. La ricerca di Rbm Salute-Censis ha riguardato 14 Fondi sanitari per oltre 2 milioni di assistiti e importi richiesti per prestazioni pari a oltre 1,5 miliardi di euro nel triennio 2008-2010. Il 55% degli importi dei Fondi integrativi ha riguardato prestazioni sostitutive (come ricoveri ospedalieri e day hospital) fornite in alternativa a quelle del servizio sanitario nazionale, mentre il restante 45% ha riguardato prestazioni integrative come le cure dentarie e la fisioterapia.

La domanda che i piemontesi (oltre terzo dei quali si divide tra chi evita di curarsi causa un reddito che sfiora la povertà e chi ci pensa due volte prima di farlo) si fanno è semplice: l'assessore Monferino non conosceva questi dati prima di fare il suo Piano Sanitario Regionale a base solo di tagli? Oppure, li conosceva e l'ha fatto in linea con questo andazzo per rispettare il verbo del Fondo Monetario Internazionale "Si vive troppo a lungo, bisognerebbe curare di meno le persone"?

Assemblea sui problemi della sanità all'ospedale Martini di via Tofane e al poliambulatorio di via Monginevro

A confronto cittadini, operatori, sindacalisti, politici e manager, a cura del Circolo di Rifondazione Comunista di Borgo S. Paolo

" Si può far funzionare la sanità pubblica anche per noi? "

Hanno partecipato
Eleonora Artesio Consigliere regionale Rifondazione Comunista Federazione della Sinistra
Dott.ssa Briccarello neo Direttore generale dell'ASL TO1
Vanna Lorenzoni Sindacato Pensionati SPI CGIL
Daniele Valle presidente circoscrizione 3
Alberto Badini Confalonieri Associazione AUSER
Francesco Prudente Associazione ANTEAS
RSU CGIL ASL TO1

Stralci dell'introduzione di **Pasquale Mariella**
Consigliere Circoscrizione 3

La domanda che da il titolo a questa serata ("SI PUÒ FAR FUNZIONARE LA SANITÀ PUBBLICA ANCHE PER NOI IN CIRCOSCRIZIONE 3?") nasce dalla situazione venutasi a creare rispetto ai servizi sanitari sul nostro territorio. che riguardano tanto il P.O. del Martini, quanto il distretto 3, il poliambulatorio di via Monginevro 130.

Per quanto attiene al Martini occorre segnalare la grave carenza di personale nel ruolo sanitario - OSS, infermieri professionali, medici - situazione a cui concorrono diversi fattori ricordo il blocco delle assunzioni, lo stop del turn-over,

Situazione altamente problema-tica, fonte di forti preoccupazioni, è quella del DEA. È in continua emergenza. In riferimento a questo argomento, nell'ultima IV commissione in circoscrizione, con figure dirigenziali dell'ASL, è emersa la difficoltà di far fronte in modo adeguato a tutte le situazioni che richiederebbero il ricovero e che hanno per effetto l'innescarsi di situazioni che si avvitano su se stesse con conseguenti spiacevoli epiloghi. Il bacino d'utenza e amplissimo, (135000 c.a.). Occorre inoltre considerare che vi accedono anche cittadini della prima cintura della città. Si aspettano 5/6 ore per avere una diagnosi e una terapia.

La carenza di posti letto, acuita dalle riduzioni effettuate, fa si che il pronto soccorso diventi anche reparto

CONTINUA PAG.15

Se quasi tutte le volte che hai un'analisi urgente ti mandano in un laboratorio privato....

Se al Pronto Soccorso si aspettano 5/6 ore prima di aavere una diagnosi e una terapia....

Se ogni giorno ci sono 100 persone davanti a via Monginevro, prima che aprono gli sportelli..... e solo duecento possono passare nella giornata.....

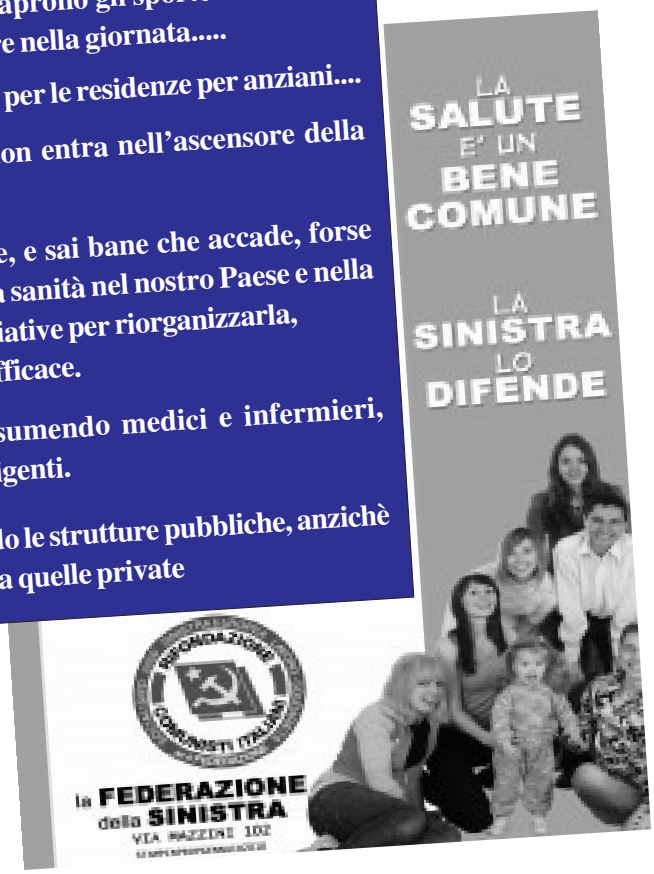
Se ci sono attese infinite per le residenze per anziani....

Se la tua carrozzina non entra nell'ascensore della struttura sanitaria....

Se tutto questo accade, e sai bane che accade, forse bisogna che chi guida la sanità nel nostro Paese e nella nostra città prenda iniziative per riorganizzarla, migliorarla, renderla efficace.

Magari anche assumendo medici e infermieri, anzichè manager e dirigenti.

Magari potenziando le strutture pubbliche, anzichè moltiplicare il ricorso a quelle private



Assemblea cittadini Borgo S. Paolo

CONTINUA DA PAG.14

di degenza contribuendo a rendere ulteriormente complessa la gestione della struttura, con sofferenze per i pazienti e difficoltà per chi è chiamato a prestare la propria opera in simili condizioni.

Poliambulatorio di via Monginevro. Alcune questioni sono note da tempo, come ci ricordano le pagine della cronaca cittadina del quotidiano "La Stampa", altre non assurgono agli onori della cronaca, come ad esempio, la soppressione del punto prelievi, le condizioni della fisioterapia, ma non per questo sono più trascurabili.
Allo sportello prenotazioni è concesso l'accesso a solo 200 persone al giorno, Non c'è personale addetto all'accoglienza, per dare informazioni o indirizzare correttamente l'utenza. La cartellonistica risulta di difficile comprensione. Un mix che rende arduo ottenere la prestazione di cui si ha necessità.

Alle estenuanti attese, ai dubbi rispetto ad efficacia ed efficienza fa da contrappunto il costo dei ticket, che per determinati accertamenti diagnostici è divenuto difficilmente sostenibile per larghe fasce della popolazione e come sempre i primi farne le spese sono gli anziani ma, non solo loro.
La questione in parola è di drammatica attualità. Proprio in questi giorni i media evidenziano che è in aumento il numero di coloro che desistono dall'effettuare un accertamento diagnostico perché non in grado di sostenerne la spesa.

Non possiamo naturalmente non menzionare le evidenti carenze strutturali del poliambulatorio. È insufficiente a far fronte all'esigenze del bacino d'utenza chiamato ad accogliere.
Di fatto non è accessibile alle persone diversamente abili, difficilmente una carrozzina entra nell'ascensore dell'edificio. Quanto assunto trova conferma nel fatto che, nell'area di via Malta-via Lussimpiccolo, avrebbe dovuto sorgere il nuovo poliambulatorio, ma al momento pare che tutto si sia fermato Ampi spazi occorrerebbero per le questioni che riguardano gli anziani, in particolare coloro i quali vivono una condizione di fragilità, ossia, una situazione di non autosufficienza.

Il periodico "Lavore e salute" rammenta che in Piemonte sono 30 mila gli anziani in lista d'attesa per un posto in un RSA.
Non sfugge a questa problematica la nostra circoscrizione in cui la lista d'attesa e lunghissima e quindi la preoccupazione e molto forte. Anche in relazione a questa condizione corre l'obbligo di citare l'azione ammirevole che svolgono la associazioni di volontariato cercando di alleviare le difficoltà che giornalmente tanto i soggetti fragili quanto le loro famiglie sono chiamate ad affrontare.
Dobbiamo considerare, come ci ricorda il già citato periodico, che parliamo di un "mondo fatto di persone non autosufficienti e affette da demenze, dove i "più giovani" sono i 75enni.
Una realtà malcurata dalle istituzioni politiche e sanitarie".

Inoltre si tenga presente che il bisogno di assistenza sarà in costante crescita alla luce dell'aumento medio

dell'aspettativa di vita, gli ultraottantenni sono in aumento ed è per questo è in crescita il tasso di non autosufficienza. Proprio l'articolo di cui sopra rammenta che il Fondo monetario internazionale ha recentemente asserito che "si vive troppo a lungo" e prosegue affermando che di fatto chiede ai governi d'intervenire tagliando strutture sanitarie e pensioni.
Pare in quest'ultimo inciso di coglier un inquietante similitudine tra quanto asserisce e ciò che sta accadendo da noi.

Ecco quindi che quest'incontro potrebbe costruire un momento di cittadinanza attiva in cui, come cittadini, nella forma e nel modo che, questa assemblea, riterrà più opportuno, (potrebbe essere una lettera aperta, un comitato, un presidio) potrà segnalare l'esigenza, l'importanza, il bisogno che chi ha poteri e competenze avvii dei procedimenti che portino all'attuazione di provvedimenti atti a superare le attuali difficoltà.

La sanità costa il 18% in più in un anno

Per il 58% degli italiani la spesa per la sanità (visite mediche, dentista, analisi e accertamenti diagnostici) è aumentata del 18% in un anno. Un aumento dovuto soprattutto ai ticket: per i farmaci (per il 65% dei cittadini),
le visite mediche specialistiche (64%), analisi e radiografie (63%).
Nelle regioni con piano di rientro sono di più i cittadini che pensano che la sanità regionale peggiorerà nei prossimi cinque anni (il 37,6% rispetto al 29,5% nelle altre regioni), che hanno fatto ricorso alla sanità privata (il 39% contro il 37%), che hanno sostenuto aumenti della spesa di tasca propria per la sanità (il 61,8% contro il 54,9%) e che hanno subito un incremento medio maggiore della spesa privata per famiglia (+20% contro il +16%).

Le manovre in sanità sono giudicate inefficaci e ingiuste: concepite per rendere sostenibile la spesa sanitaria pubblica, hanno prodotto diseguaglianze. Per il 77% degli italiani si poteva tagliare altrove. Il 71% pensa che le manovre accentueranno le differenze di copertura sanitaria tra le diverse regioni e tra i ceti sociali, aumentando le disparità nella tutela della salute.

Fuga dalla sanità delle regioni con piano di rientro. 10 milioni di italiani residenti in queste regioni sono pronti a rivolgersi altrove nella Penisola o addirittura ad andare all'estero per curarsi. (Dal Rapporto Censis 2012)

Osservasalute 2011. L'Italia è sempre più malata. Ma la risposta dello Stato diminuisce

È in pericolo la salute degli italiani. Mentre aumentano i fattori di rischio, diminuisce infatti la risposta dei servizi pubblici e le Regioni risparmiano sulla prevenzione. A lanciare l'allarme è il "Rapporto Osservasalute 2011" del Policlinico Gemelli.

di *Stefania Gabriele*
e *George France*

MAL DI CRISI

Nel 2013-2014 il sistema sanitario dovrà realizzare risparmi per 8 miliardi. Esperienze di altri paesi, non ultima la Grecia, mostrano che una grave crisi economica e politica ha dirette ripercussioni sullo stato di salute dei cittadini. Perché aumenta lo stress psicologico legato all'incertezza e perché la diminuzione del reddito non consente più l'accesso ad alcune cure. Ancora più gravi le conseguenze se a essere messo discussione è l'intero sistema istituzionale e di stato sociale. Il ruolo di collante dell'unità nazionale svolto in passato dal Ssn.
La manovra del luglio 2011, oltre ai nuovi ticket per visite ed esami specialistici (circa 800 milioni a regime), ha programmato per il Sistema sanitario nazionale 8 miliardi di risparmi da realizzare nel 2013-14 attraverso misure, da definire in accordo con le Regioni, concernenti la spesa farmaceutica, per il personale e per dispositivi medici e l'introduzione di ulteriori ticket. È probabilmente non è finita qui. È presto per verificare le possibili conseguenze della manovra in sanità, ma si può avanzare qualche riflessione.

LA SALUTE DOPO I TAGLI

Un rapporto dell'Unicef riporta il caso particolarmente grave dei paesi in transizione dal socialismo reale all'economia di mercato: in Russia, Estonia, Lituania, le difficoltà si sono tradotte addirittura in un cambiamento delle tendenze demografiche (aumento del tasso di mortalità, riduzione della fertilità e dei matrimoni), un evento eccezionalmente raro. La spiegazione può essere cercata nella crisi economica, con conseguente incremento della disoccupazione e della povertà, nell'aumento dell'alcolismo e nel degrado dei servizi sanitari, ma un fattore fondamentale è stato individuato nell'aumento dello stress psicologico e nello sconquassamento generale delle istituzioni.

Oggi, la Grecia sprofonda in una grave crisi economica e politica, che ha dirette ripercussioni sulla sanità: stato di salute dichiarato in peggioramento e aumento delle rinunce a visite mediche, spesso per motivi di accesso fisico; per gli ospedali, riduzione del 40 per cento dei bilanci, carenze di personale, probabile uso di mance per saltare le code, aumento dei ricoveri nel settore pubblico (+24 per cento nel 2010 e +8 per cento nella prima metà del 2011) e diminuzione nel privato (-25/30 per cento); aumento dello stress sociale, segnalato dall'incremento dei suicidi (+17 per cento nel 2009 rispetto al 2007, +25 per cento nel 2010 e +40 per cento nella prima metà del 2011), legati spesso all'indebitamento; raddoppio degli omicidi e dei furti tra il 2007 e il 2009; aumento delle infezioni da Hiv del 50 per cento nel 2011; diminuzione dei soggetti in grado di ottenere indennità di malattia; aumento dell'uso, da parte dei greci, delle " cliniche di strada" gestite dalle ong, prima frequentate dagli immigrati (dal 3-4 per cento al 30 per cento). (1) Un rapporto Unicef-università di Atene denuncia la presenza di 439mila bambini in famiglie (il 20 per cento del totale) sotto la soglia di povertà, con diffusi problemi di denutrizione e condizioni di vita malsane, casi di svenimenti a scuola, ritorno del lavoro minorile. (2)

In definitiva, sembra che gli effetti dei risparmi in sanità, attuati in fase di recessione, possano essere più o meno gravi a seconda delle diverse: 1) condizioni epidemiologiche e il livello tecnologico delle cure richieste; 2) capacità di gestire i tagli secondo criteri di costo-efficacia invece di ridurre l'accesso; 3) grado di aumento del rischio sociale; 4) tenuta delle istituzioni.

COME STA L'ITALIA

In Italia la mortalità è legata alle patologie dell'età matura, che richiedono trattamenti costosi e un mix di interventi sanitari e assistenziali. Pertanto i tagli di spesa solo in parte possono essere compensati da una più mirata allocazione delle risorse o controbilanciati da un progresso tecnico cost saving.
Il sistema è complessivamente poco costoso (spesa sanitaria pubblica/Pil nel 2009 pari al 7,4 per cento, inferiore a Francia, Germania, Regno Unito e Stati Uniti), ma sottoposto da anni a una ristrutturazione difficile. Il deficit complessivo del Ssn, pari al 5,1 per cento del finanziamento nel periodo 2001-2005, è calato al 2,3 per cento nel 2010: il Lazio ha ridotto il disavanzo del 36 per cento, la Campania del 43 per cento e la Sicilia dell'89 per cento. Tuttavia, non sono garantiti ovunque i livelli essenziali di assistenza, resta "critica" la posizione di sei Regioni. (3)

A metà degli anni Novanta i tagli della spesa pubblica sono stati compensati da un aumento di quella privata. Tra il 2007 e il 2009 le famiglie hanno sofferto un consistente calo del reddito disponibile, ma la spesa privata per servizi sanitari è cresciuta dell'8,1 per cento, contro il +2,6 per cento del consumo totale. (4)

CONTINUA A PAG. 15

MAL DI CRISI CONTINUA DA PAG. 14

I bisogni insoddisfatti dichiarati di visite mediche per barriere di accesso sono aumentati del 13 per cento nel 2009 rispetto al 2007, recuperando un poco nel 2010 (-5 per cento), in coincidenza con la breve ripresa; quelli motivati dal costo eccessivo sono arrivati all'8,9 per cento nel 2008 nel primo quintile di reddito (il 20 per cento di famiglie più povere) e al 14 per cento per le visite dentistiche, per poi calare al 7,2 per cento. (5)

Non siamo ancora in grado di valutare se i futuri risparmi di spesa saranno selettivi o indiscriminati, ma è difficile non peggiorare le condizioni di accesso fisico ed economico, soprattutto laddove le capacità amministrativo-gestionali sono scarse e dove sono più forti le pressioni di interessi privati.
Eventuali modifiche al sistema delle compartecipazioni, come la recente ipotesi di introduzione di una franchigia, devono essere studiate attentamente.
Ma l'impatto più grave si realizza quando alla caduta del Pil pro-capite si affianca la messa in discussione dell'intero sistema istituzionale e di stato sociale. Un attacco drastico alla sanità potrebbe suscitare reazioni allarmate da parte dei cittadini e potrebbe alimentare l'insoddisfazione sociale, anche per il ruolo di collante dell'unità nazionale svolto in passato dal Ssn. Qualora poi il livello di rischio sociale dovesse aumentare significativamente, come in Grecia, e come segnalato dall'intensificarsi dei suicidi riportati dalle cronache, le conseguenze potrebbero divenire "sistemiche", perché ai problemi di accesso fisico o economico alle cure si aggiungerebbe un rilevante aumento dello stress sociale, dovuto alla maggiore incertezza. Tanto più che il welfare italiano soffre già di gravi limiti e carenze - non si dispone di un sistema universale di long term care, né di sostegno al reddito - e i pochi finanziamenti per l'assistenza sono stati drasticamente tagliati.
Anche la questione della lunghezza dei tempi di pagamento ai fornitori da parte del Ssn può diventare esiziale per le imprese in una fase di stretta sul credito, con ricadute economiche e sociali.

Infine, l'irrigidirsi del vincolo di bilancio, concordato a livello europeo, potrà provocare una degenerazione dei rapporti intergovernativi, con accrescimento dei tentativi reciproci di spostare la responsabilità politica dei tagli e possibile rifiuto della concertazione da parte delle Regioni. Più in generale, va riconosciuto che in questa fase la debolezza del sistema politico nazionale e una sottovalutazione a livello europeo dei problemi di tenuta democratica dei paesi sottoposti a una forzata, e sempre più controversa, austerità giustificano una certa inquietudine.

(1) http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext
(2) http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2012-04-06/unicef-grecia-439mila-bambini-192328.shtml?uuid=AbZAS9JF
(3) http://www.salute.gov.it/mgsC_17_pubblicazioni_1534_allegato.pdf
(4) http://www3.istat.it/dati/catalogo/20110523_00/
(5) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database

22.05.2012 www.lavoce.info

Stiamo rischiando

Preoccupazioni, ansie, paura di perdere il lavoro o di non farcela ad arrivare alla fine del mese sono sicuramente alcuni dei tanti disturbi figli di questa crisi economica che sta attanagliando l'Italia da un pò di tempo ormai. Il risultato è che aumentano i consumi di anti depressivi e diminuiscono quelli di frutta e verdura. Dal Rapporto Osservasalute 2011 dell'Università Cattolica di Roma è emerso infatti che la crisi economica ha pesanti ripercussioni anche sulla nostra salute: si pratica meno sport e si mangia cibo spazzatura. E in questi casi i primi a farne le spese sono quei beni considerati di lusso come le palestre o il consumo di frutta e verdura.

Questo studio è frutto del lavoro di 175 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che lavorano presso Università ed istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali. Gli italiani quindi tagliano dove possono per far fronte a bisogni più urgenti e primari e mettono a dura prova la loro salute mentale e fisica. In effetti gli impegni sono diventati sempre maggiori e a volte sono così tanti da opprimerci e causarsi disturbi psichici. Di conseguenza è aumentata la ricerca di psicologi e psichiatri.

In alcuni casi però questi ultimi, insieme ai medici di medicina generali, prescrivono i farmaci anche quando non c'è n'è bisogno, perchè si confonde un disagio scaturito da un evento esterno con un vero quadro di malattia.

L'uso dei medicinali antidepressivi, a differenza di quello della frutta e verdura, è infatti cresciuto di oltre quattro volte passando da 8,18 dosi giornaliere per 1000 abitanti nel 2000 a 35,72 nel 2010.
Si tratta quindi di un effetto del disagio dilagante frutto di questa crisi economica che non interessa solo l'italia, ma anche il resto d'Europa, se pure in misura minore in altri paesi. In Italia sembra che siano le regioni del nord,ma anche l'Emilia Romagna e l'Umbria, quelle più interessate a questo consumo maggiore di medicinali.

mondobenessereblog.com

Aborto. L'avreste mai detto?

I ginecologi obiettano per far carriera

Lo pensa il 77% di italiani

Lo rileva un sondaggio online lanciato da Noi Donne e al quale hanno risposto oltre mille persone, soprattutto donne ma anche uomini. Solo per il 4% l'obiezione è una legittima scelta etica o religiosa. È obiettore oltre il 70% dei ginecologi. Una scelta che negli anni si è peraltro sempre più diffusa tra la categoria, come emerge dalla Relazione 2011 sulla legge 194 che il ministro della Salute ha presentato in Parlamento lo scorso agosto. A livello nazionale, infatti, l'obiezione di coscienza tra i ginecologi è salita dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008, per poi scendere, ma solo leggermente, al 70,7% nel 2009.

Il quadro delle obiezioni di coscienza Regione per Regione, su: www.quotidianosanita.it/studi-e analisi

Triplicano in Italia gli aborti tra le immigrate

Diminuisce il tasso di aborti tra le donne italiane, con l'Italia ai posti più bassi in Europa per interruzioni volontarie di gravidanza. Un trend in atto negli ultimi 30 anni e che ha portato ad un crollo complessivo dell'indice di aborti nel nostro Paese pari al 52,3%. Questo è il dato di superficie. Se si scava un po' tra i numeri, però, si scopre che in totale controtendenza sono tra le donne immigrate il tasso di aborti è triplo rispetto alle italiane. Insomma, è

evidente che la maternità torna ad essere strettamente e drammaticamente correlata alla condizione sociale.
Al contempo, resta alta la percentuale di ginecologi obiettori, con un picco di quasi due professionisti su tre obiettori al Sud.

E' il quadro che emerge dall'ultima Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 194/1978 per l'interruzione volontaria di gravidanza. Nel 2010, si legge nel report del ministero della Salute, il tasso di abortività (numero delle Ivg per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni) è risultato in calo del 2,5% rispetto al 2009 (8.5 per 1.000), con un decremento del 52,3% rispetto al 1982 (17.2 per 1.000), anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg (234.801 casi). Per quanto riguarda le minorenni, il tasso di abortività nel 2009 è risultato pari a 4,4 per 1.000 (4,8 per 1.000 nel 2008), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale. E per le donne con meno di venti anni, nel 2009 in Italia il tasso di abortività è pari al 6,9 per mille. Nello stesso anno, ad esempio, in Inghilterra e Galles è il 23,0 per mille, in Spagna il 12,7, in Francia il 15,2.

In controtendenza le donne con cittadinanza estera, con un tasso di abortività stimato 3-4 volte maggiore delle italiane, soprattutto tra le immigrate dai Paesi dell'Est. Nel 2009, la percentuale di aborti delle straniere è pari al 33,4% del totale delle Ivg, mentre, nel 1998 la percentuale era del 10,1%.
Nel 2009 si stabilizza, infine, il numero degli obiettori tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. A livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58,7% di medici obiettori del 2005 al 69,2% del 2006 al 70,5% del 2007. Per gli anestesisti, negli stessi tre anni, dal 45,7% del 2005 al 52,3% del 2007. Per il personale non medico dal 38,6% al 40,9%. Un picco si registra al Sud e nelle isole, dove sono obiettori oltre 3 ginecologi su 4. In Sicilia, ad esempio, nel 2009 l'obiezione di coscienza ha riguardato l'81,7% dei ginecologi, il 75,7% degli anestesisti e l'87% del personale non medico. Le maggiori percentuali di ginecologi obiettori si registrano in Abruzzo (78,5%), Molise (82,8%), Campania (83,9%), Puglia (79,4%), Basilicata (85,2), Calabria (73,3%), Lazio (80,2%), Veneto (78%), provincia di Bolzano (81,3%),

Fabrizio Salvatori

Ospedale Amedeo di Savoia

Ambulatorio IST (Infezioni Sessualmente Trasmesse)

Corso Svizzera, 164 TORINO (TO) telefono: 011/4393788
trasporti: tram: 3, 9; bus 59, 60
Giorni e orari: Padiglione RUDIGOZ; lun/mar/gio/ven sono disponibili 15 posti dalle 08,30 alle 10,00.
Visite per ritiro esami a libero accesso lun/mar/gio/ven dalle 13,00 alle 14,30; mer dalle 09,00 alle 11,00.
Attività infermieristiche(prelievi, terapie post visita).
Non è necessario prenotare; non è necessaria l'impegnativa del medico di base; su richiesta è garantito l'anonimato; la visita non comporta il pagamento del ticket;
Disponibilità di mediatori culturali.

Quando la politica fa una cosa seria, ci guadagniamo tutti in civiltà e salute. Non a caso in Piemonte ci perdiamo

Cannabis terapeutica in Toscana

Marijuana terapeutica: la Toscana dice di sì all'uso terapeutico. La prima legge in Italia per facilitare l'uso di farmaci con cannabinoidi, nella cura specifica delle malattie, come la sclerosi multipla, la depressione o il glaucoma. Migliaia di malati non devono più ricorrere al mercato nero o all'autoproduzione, generando problemi di sicurezza del farmaco e problemi legati alla commercializzazione".

I benefici dell'uso di cannabis nella terapia del dolore sono comprovati. Gli studi mostrano come nel caso di malattie legate ai muscoli, come ad esempio la distrofia 'uso di medicine a base di cannabinoidi sono in grado di ridurre anche del 50 per cento l'uso di morfina.

La legge approvata dà sia la possibilità di acquistare farmaci a base di cannabinoidi, come pasticche che spesso arrivano da Canada e Olanda, sia preparazioni galeniche attraverso il controllo delle strutture sanitarie.

Proprio i presidi sanitari potranno acquistare i farmaci, entro i budget aziendali previsti. "Si tira fuori il paziente dal labirinto della soggettività", dice Monica Sgherri (Fds-Verdi). Come si può accedere ai medicinali cannabinoidi? "I pazienti dovranno chiedere i farmaci presso gli ospedali o al proprio medico", spiega il consigliere regionale Mauro Romanelli (Fds-Verdi). "Dopo potranno poi decidere di proseguire la terapia a casa", aggiunge la consigliera Lucia Martegi (Pd).

Un passo avanti non indifferente per il nostro Paese.

Tutte le regioni seguano l'esempio della Toscana

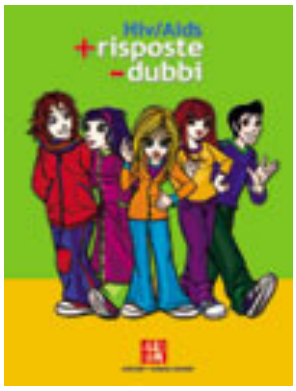
La legge approvata in Toscana per l'uso sanitario della cannabis rappresenta un importante passo avanti e un'ottima notizia. Ora tutte le Regioni dovrebbero seguire l'esempio del Consiglio regionale toscano, in linea con la maggior parte dei Paesi europei. Si tratta di un principio di civiltà e del riconoscimento dell'uso medico dei farmaci con cannabinoidi che è ormai inconfutabile dal punto di vista scientifico. A questo riguardo il governo Monti sembra muto, stranamente… Che ne pensano i "tecnici" del proibizionismo? Visti i loro continui richiami all'Ue dovrebbero come minimo abrogare la legge Fini-Giovanardi sulle droghe, una legge assurda che demonizza l'utilizzo delle sostanze e riempie le nostre carceri.

Paolo Ferrero
segretario di Rifondazione Comunista - Già Ministro delle politiche sociali

Aids *messaggi ambigui*

"Prevenire e curare la dipendenza da droga può significativamente ridurre la domanda di droghe illecite e aiutare a prevenire il danno correlato. Le strategie finalizzate alla riduzione della domanda rappresentano la risposta razionale alle malattie trasmesse per via ematica, come lo Hiv e l'epatite".

Queste affermazioni sono state fatte in apertura di una conferenza sul tema tenutasi a Kiev, sotto gli auspici dello Unodc, l'agenzia delle Nazioni Unite sulla droga e il crimine. Dietro il linguaggio tecnico burocratico, emerge il fuorviante messaggio: per combattere lo Hiv, non c'è bisogno di distribuire siringhe pulite, né di offrire ai consumatori di droghe programmi con metadone. La "risposta razionale" sarebbe invece l'estensione di trattamenti finalizzati all'astinenza. Invece di promuovere una strategia integrata, di terapie e di interventi di riduzione del danno (scambio siringhe e trattamenti sostitutivi, in particolare), si ritorna indietro di oltre venti anni: l'affrancamento dalla droga (attraverso la terapia) è presentato come "la soluzione" (unica) contro la minaccia del virus Hiv. La parola agli operatori.



PIU' RISPOSTE MENO DUBBI

EDIZIONE AGGIORNATA

L'opuscolo è pensato appositamente per offrire al mondo giovanile un'informazione semplice, chiara e scientificamente corretta e aggiornata.

su www.lila.it l'opuscolo in pdf

la previsione di trattamenti sanitari obbligatori e prolungati in strutture 's peciali' riapre la "dolorosa vicenda" degli Ospedali Psichiatrici.

Colpita al cuore la Legge 180

" Il Disegno di Legge approvato dalla commissione salute della Camera colpisce al cuore la legge 180. Invece di applicare integralmente la legge 180 , garantendo finalmente servizi diffusi e aperti, l'assistenza e il sostegno alle persone malate e ai loro familiari, si riaprono i manicomi: che la riforma Basaglia volle abolire in nome della libertà e del diritto alla cura, con tutta evidenza impossibile in quei luoghi di esclusione e di repressione. Bisogna reagire, per affermare ancora una volta che libertà,dignità e diritti di tutti si garantiscono solo rispettandoli a ciascuna persona, a partire dai più deboli ".

Vera Lamonica
Segretaria Nazionale CGIL

Riaprono i manicomi

li chiameranno Trattamenti Sanitari Necessari

Stefano Cecconi
Comitato nazionale StopOPG

Con il Disegno di Legge presentato dall'on. Ciccioli per modificare la legge 180, e approvato in commissione sanità alla Camera, sono previsti trattamenti sanitari (psichiatrici) "necessari" TSN, prolungati e attuati contro la volontà del cittadino in apposite strutture. Se verrà tradotto in legge riapre la buia stagione dei manicomi.

La legge 180 ha interrotto secoli di abusi e di costrizioni nei confronti di migliaia di persone, private della libertà e della dignità e obbligate all'internamento, limitando a situazioni acute e straordinarie, e con precise garanzie per la persona, la possibilità di trattamento sanitario obbligatorio. I manicomi sono stati aboliti, proprio in quanto destinati a riprodurre - per la loro natura - disagio, sofferenza e devianza. Sono stati aboliti perché sono una risposta sbagliata in termini di cura.

Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea, con Libro verde sulla salute mentale, hanno indicato come modello la legge 180.
Eppure sappiamo che la riforma Basaglia non è stata applicata pienamente: troppo spesso il diritto alla salute mentale non è garantito su tutto il territorio nazionale. In modo strisciante si sono riaperte strutture che assomigliano ai vecchi ospedali psichiatrici e troppo spesso l'unica risposta sono i farmaci.

Questa situazione, se non affrontata, porta all'abbandono di chi soffre e delle loro famiglie. E offre pretesti ai "nostalgici" del manicomio. Per questo insistiamo: bisogna investire nei servizi territoriali, con Centri di Salute Mentale accoglienti, centri diurni, servizi domiciliari e residenziali, per garantire 24 ore su 24 la "presa in carico" delle persone e dei loro familiari, e l'inclusione sociale e lavorativa.
E proprio investire nel welfare territoriale favorisce l'alternativa e la chiusura degli stessi Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che il Presidente Napolitano ha definito "estremo orrore, inconcepibile in un qualsiasi paese appena appena civile".

Questo occorre, perché smantellare la 180 e tornare al manicomio, è una comoda e incivile scorciatoia, che non riconosce dignità e diritti a chi soffre di disagio mentale, e che riduce gli spazi di libertà per tutti.

Lager anche in Piemonte
Collegno bis?

Oggi osserviamo una realtà ormai degradata, servizi che chiudono o ridimensionano le loro prestazioni, la loro progressiva trasformazione in strutture aziendali efficaci nella reintroduzione del rifiuto del paziente fino al suo abbandono al farmaco.
La responsabilità più chiara di questa deriva è da individuarsi nella crescente concentrazione di capitali nelle mani di organismi sovranazionali e di sfruttatori privati, privilegia l'aspetto commerciale della malattia mentale trasformandola in fonte di guadagno.
Si rinforza un'alleanza politico-affaristica che se nel passato aveva un'ideologia di riferimento prevalentemente emarginante, ora acquista ulteriore potere nel configurarsi come enorme occasione di profitto.
Di conseguenza diventano più pressanti i condizionamenti delle case farmaceutiche.
Come ulteriore ricaduta risulta decisiva l'influenza che il mercato ha sulla formazione dei giovani psichiatri, degli psicologi, degli operatori sanitari: la didattica deve servire il suo padrone.
Da questo quadro non si discosta il Piemonte anche se sono presenti ancora resistenze basagliane, di operatori e associazioni, ad un ritorno al medioevo della psichiatri.

redazione Lavoro e Salute

Assemblea Nazionale StopOPG. del 12 giugno

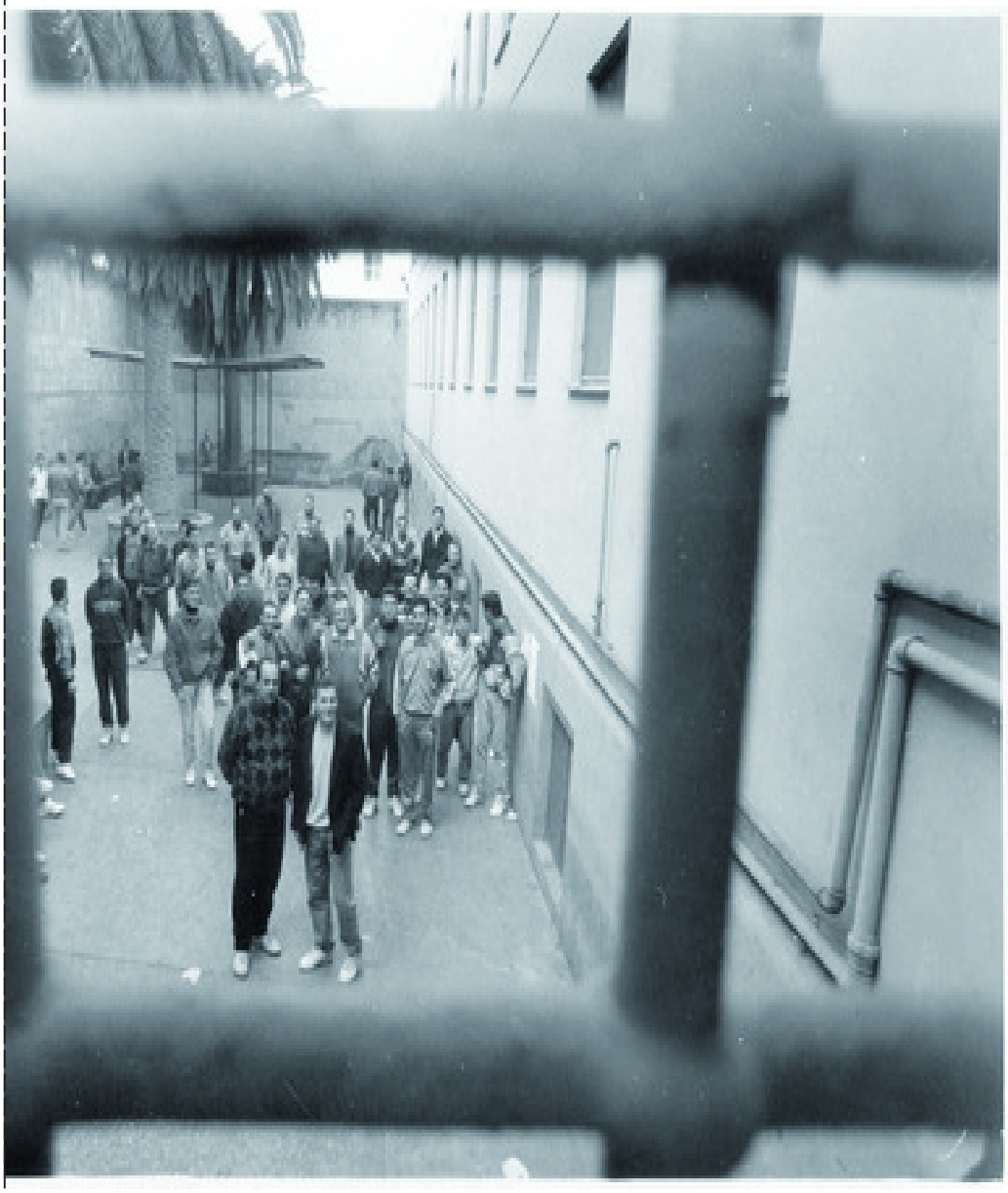
Dal comunicato conclusivo

Continua la lotta per chiudere definitivamente, e senza trucchi, gli Ospedali psichiatrici giudiziari e per fermare gli attacchi contro legge Basaglia

Saranno organizzate iniziative e livello nazionale e territoriale, intanto fino marzo 2013, termine stabilito dalla recente legge per la chiusura degli OPG.

Questa le indicazioni emerse dall'assemblea di stopOPG, che si è svolta a Roma il 12 giugno.
A nove mesi dal termine previsto dalla legge per la chiusura degli OPG, infatti, il rischio è che tutto si riduca al trasferimento degli internati nelle nuove strutture previste, aprendo i cosiddetti "mini Opg" in tutte le regioni italiane.
Lo conferma la bozza di Decreto proposta dal Governo ora in discussione con la Conferenza delle Regioni. E ciò mentre procede il dibattito alla Camera sul testo di controriforma della legge Basaglia (relatore on. Ciccioli) che, secondo StopOpg, "non è altro che il tentativo di ricostruire i manicomi riaprendo una stagione buia che consideravamo definitivamente archiviata".

Ecco perché stopOPG rivendica l'immediato riparto alle Regioni delle risorse ad hoc stanziate dalla legge 9/2012 sugli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per offrire un'assistenza alternativa alle persone internate: 38 milioni di euro nel 2012 e 55 milioni di euro dall'anno 2013", che possono contribuire, se assegnate subito ai Dipartimenti di Salute Mentale, alla costruzione dei budget di salute fuori dagli OPG. Riprodurre invece con le nuove strutture pratiche di istituzionalizzazione, con il binomio "cura e custodia" tipico del manicomio, sarebbe un fallimento.
(....)



Associazione onlus
Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
Iniziative per la sanità pubblica, per la sicurezza sul lavoro, analisi e progettualità.
www.medicinademocratica.it
iscriviti
50 euro: tessera e abbonamento alla rivista nazionale *Medicina Democratica*

Uno studio sulla salute degli stranieri irregolari a Torino

Offerta di servizi e bisogni rilevati

di ***Giulia Marietta***
Infermiera, IRCC Candiolo

Gli stranieri regolarmente presenti a Torino, stando ai dati Istat e Ismu, sono circa l'8% della popolazione; gli irregolari sono, invece, 9 ogni 1.000 abitanti e rappresentano il 13,4% degli stranieri. I migranti hanno alti tassi di occupazione e costituiscono un notevole bacino di manodopera per molte imprese: pur essendo pari a circa il 6,5% della popolazione, generano il 10% del Pil italiano.
Risulta pertanto chiaro quanto il fenomeno migratorio possa rappresentare una risorsa per il Paese ospite. A Torino si è quindi promossa una ricerca sui percorsi di salute delle persone emigrate in questa città, grazie a Ires Piemonte, organizzazioni del terzo settore quali Gruppo Abele, G.L. (Giustizia e libertà), Ufficio per la pastorale dei migranti, Sermig, Associazione Mosaico, Camminare insieme, Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni), Gris Piemonte (Gruppo regionale immigrazione e salute), Ccm (Comitato collaborazione medica). La realizzazione del progetto è stata affidata all'associazione "Il nostro pianeta". Scopo della ricerca era rilevare un eventuale allontanamento degli stranieri dai servizi sanitari pubblici e privati, dopo le innovazioni normative dello scorso 2010. Si sono anche analizzati eventuali percorsi di salute alternativi messi in atto dagli stessi soggetti per evitare il contatto con strutture pubbliche e del privato sociale.

Utilizzando le mappe grezze di rischio si è recuperata l'esperienza di chi è a stretto contatto con la popolazione straniera, soprattutto irregolare; in particolare si sono raccolte informazioni da operatori presenti nei servizi di prima accoglienza come Pronto soccorso, Centri Isi, spazi sanitari del terzo settore e servizi socio-sanitari con elevata frequentazione di migranti. Una seconda fase ha invece permesso di ascoltare la voce dei migranti, regolari e non. Le interviste sono state effettuate da mediatori culturali a persone provenienti da: Africa settentrionale, Europa dell'est, Africa sub-sahariana, America latina e Cina.

Stranieri e servizi sanitari

Nelle strutture ospedaliere pubbliche gli operatori (2 su 10) hanno rilevato variazioni: un medico del Mi.Sa ha osservato una riduzione nella richiesta di interventi preventivi e di diagnosi precoce, con una diminuzione della compliance; un medico del Pronto soccorso ha, invece, notato una iniziale flessione degli accessi, seguita da un lento ritorno all'affluenza ordinaria. Gli operatori dei servizi pubblici territoriali rilevano soprattutto maggior tensione e paura; particolarmente viene segnalato un calo di interventi preventivi e, nel caso dei Ser.T, una maggiore difficoltà a mettere in atto progetti di ri-abilitazione e reinserimento lavorativo o sociale.

Per quanto riguarda i servizi sanitari privati, il Sermig segnala una riduzione dell'affluenza pari al 15%, mentre "Camminare Insieme" riporta soprattutto un ribasso nell'accesso di persone con scarsa istruzione e maggiore diffidenza nei confronti delle strutture sanitarie. Particolarmente allarmante è la segnalazione di apertura di cliniche abortive illegali: si sono riscontrati problemi post-aborto e "le pillole abortive" si vendono alla luce del sole a Porta Palazzo, con chissà quali schifezze dentro".
Sono state, infine, realizzate interviste presso servizi e luoghi ad elevata frequentazione di stranieri: luoghi di accoglienza prossimi a problemi di marginalità sociale, associazioni e luoghi di varia natura con alta presenza di migranti e infine sportelli, servizi di accoglienza e orientamento. Per una parte di essi è stato rilevato un moderato-lieve calo dell'utenza all'annuncio del Pacchetto sicurezza, recuperato comunque dopo breve tempo. Sottolineano, inoltre, un maggior malessere e paura nel quotidiano: sembra che ciò allontani gli stranieri dai servizi, li porti a trascurare i problemi o a trovare soluzioni alternative.

Circa la recente innovazione normativa, questa risulta conosciuta dai migranti soprattutto attraverso i media e il passaparola tra connazionali; viene vissuta come discriminatoria e non rispettosa dei diritti umani. Ciò porta alla percezione di un'Italia mutata e, secondo alcuni, xenofoba. La possibilità di essere denunciati dalle autorità sanitarie qualora ci si rechi in una struttura pubblica appare molto forte: "se vengo fermato dalle forze dell'ordine entro pochi mesi posso essere rimpatriato, per questo motivo non vado più in nessuna struttura sanitaria pubblica per visite o cure". C'è un'aumentata tendenza a evitare le strutture pubbliche e cercare informazioni in contesti informali, tra conoscenti o attraverso un contatto con gli operatori fuori dagli uffici competenti. Incrementato appare il numero di persone che si spacciano per medici, nonché la vendita illegale di farmaci e l'automedicazione attraverso l'assunzione di dosi consistenti di antibiotici generici: "molte mie amiche per paura si rifiutano di farsi visitare nelle strutture sanitarie e si arrangiano con i farmaci che si trovano a Porta Palazzo e che costano un occhio della testa". Si riporta infine in molte interviste il ricorso aumentato a soluzioni illegali per l'interruzione volontaria di gravidanza.

CONTINUA A PAG. 23

OFFERTA DI SERVIZI E BISOGNI RILEVATI CONTINUA DA PAG. 22

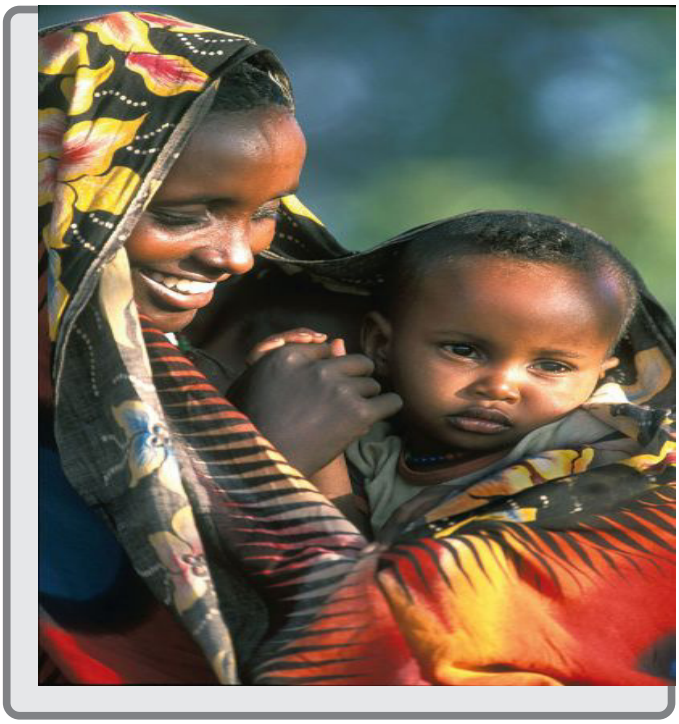
Dall'indagine appare chiaro quanto il rapporto dei migranti con i servizi sanitari sia sempre stato difficile, ancor prima del Pacchetto sicurezza: emerge una scarsa conoscenza dei servizi sanitari nonché una difficoltà nell'accesso.
Gli scenari osservati si presentano quindi diversificati: si passa da condizioni di illegalità a situazioni di irregolarità non deviante. Per gli irregolari che non vivono in ambienti criminali gli effetti della legge appaiono molto più gravi: per questi il passaggio allo status di fuorilegge, provocato dall'introduzione del reato di clandestinità è stato destabilizzante, mentre chi vive di attività delinquenziali appare meno alterato da questo nuovo stato di cose.

Anche gli stranieri regolarmente soggiornanti nel nostro Paese non sono al sicuro da queste paure: in un periodo di crisi, la perdita del lavoro è un'eventualità reale e preoccupante; il rischio è quindi quello di perdere il permesso di soggiorno. Si può ben comprendere come un simile rischio influisca sulla qualità di vita di queste persone e le sue conseguenze vengano osservate e riportate da parte dei servizi in termini di diffusa presenza di problemi psicologici e psicopatologici, accompagnati dall'aumento di dipendenze da alcool e droghe.

Si è rilevata in generale una scarsa presenza di malattie da importazione, mentre sono molto diffuse le malattie da adattamento (es. stress, elementi depressivi, sradicamento, spaesamento) e le malattie acquisite, dovute alle diversità climatiche e nutrizionali, alla precarietà delle condizioni di vita. C'è una stretta connessione tra le patologie riscontrate e le condizioni di vita di queste persone: per esempio la malnutrizione è un chiaro indicatore di povertà e d'inadeguate abitudini alimentari, mentre molti traumi sono correlati ad incidenti sul lavoro in condizioni non sufficientemente protette.

L'indagine svolta a Torino ha inoltre permesso di evidenziare alcuni risvolti negativi derivanti dalle innovazioni normative (in particolar modo a seguito dell'introduzione della legge 94/2009). Essa ha confermato, sia da parte degli operatori sia da parte dei migranti, una maggior paura e diffidenza degli stranieri irregolari nel rivolgersi ai servizi sanitari e non: anche l'accesso al Pronto soccorso e in pediatria appare ridotto. Altrettanto colpisce la variazione nella tipologia delle prestazioni richieste, come la riduzione degli interventi di prevenzione e diagnosi precoce: ciò è preoccupante non solo per la salute e la qualità di vita del singolo individuo, quanto per l'intera collettività, che risulta danneggiata dalla diffusione di malattie infettive non più sotto il controllo dei servizi competenti.

Le alternative sanitarie scelte dai migranti comprendono da un lato ancora un ricorso, seppur non convenzionale, al Ssn, rivolgendosi, grazie alla mediazione di parenti o amici regolari, ad un medico di medicina generale per visite e ricette. Accanto a questo vi è il ricorso a farmaci del mercato illegale, le prescrizioni telefoniche da parte di medici del Paese d'origine o addirittura interventi chirurgici veri e propri - in particolare Ivg - effettuati in luoghi non idonei e da persone non autorizzate, con conseguenze gravi per la salute. L'uso improprio di farmaci, inoltre, compreso l'abuso o l'assunzione inadeguata di antibiotici, può portare facilmente ad un peggioramento delle condizioni di salute o alla creazione di resistenze antibiotiche. Il ricorso a tali strategie alternative sembra essere notevolmente aumentato dopo l'introduzione della suddetta legge.
In tale contesto di paura, destabilizzante è stata sicuramente la cattiva informazione portata da passaparola e mass media: i migranti non hanno chiarezza sui rischi di denuncia e sull'obbligo di segnalazione da parte degli operatori; tutte le etnie intervistate riportano l'esigenza di poter accedere ad informazioni utili in modo semplice e uniforme, senza dover ricorrere al passaparola dei connazionali o "correre da un servizio all'altro". In altre parole, è mancato un progetto integrato e coordinato in grado di raggiungere le diverse realtà in modo mirato ed univoco.



La disinformazione si allarga anche al campo della conoscenza del funzionamento del Ssn e delle modalità di accesso ai diversi servizi esistenti: per esempio sono percepite deboli le connessioni presenti tra i servizi pubblici e del privato sociale, soprattutto a livello di conoscenza delle risorse reciproche. I migranti rivelano la problematicità di una accoglienza fredda e sbrigativa da parte del personale sanitario: nello specifico si parla di "infermieri frettolosi e sbrigativi" e di "accoglienza carente da parte del personale". Un intervistato proveniente dall'America latina sottolinea che "c'è un grosso problema di comunicazione, non sempre dovuto alla lingua, ma spesso all'atteggiamento. I brasiliani sono orgogliosi, piuttosto che essere maltrattati rinunciano a curarsi".

Per i migranti originari dell'Africa sub-sahariana e della Cina, questa criticità appare comunque spesso aggravata alla scarsa conoscenza da parte del personale della lingua e della cultura. Alcuni lamentano che il percorso di cura richieda molto tempo, con conseguente paura di licenziamento esasperata dall'introduzione della nuova legge. Tutto ciò sembra spingere queste persone ad affidarsi a percorsi di cura alternativi.
In alcuni servizi, comunque, in particolare i sanitari pubblici a bassa soglia, quelli appartenenti al privato sociale e i servizi non sanitari in generale, gli operatori possiedono una profonda conoscenza dei migranti che ad essi si rivolgono o che li frequentano. Grazie a ciò essi ottengono facilmente la fiducia dell'utenza straniera e rappresentano pertanto una considerevole risorsa, soprattutto in momenti di

CONTINUA A PAGINA 24

La salute degli stranieri a Torino

CONTINUA DA PAG. 25

particolare diffidenza, al fine di conservare una via efficace di diffusione delle corrette informazioni di interesse sanitario e non solo. Gli stessi migranti ritengono che per alleviare la paura di denuncia sia necessario aver instaurato un rapporto di fiducia con il personale sanitario, oltre che con la struttura. L'infermiere è probabilmente il professionista sanitario che più di ogni altro si trova quotidianamente a gestire conflitti culturali con gli utenti, nonché tra gli utenti e le regole del Ssn: è fondamentale che egli ne assuma sempre maggiore consapevolezza, comprendendo che questo incontro con culture diverse modifica il suo modo di lavorare e di porsi in ambito professionale.

Per favorire l'instaurarsi di un adeguato rapporto di fiducia tra l'infermiere e il migrante può rivelarsi essenziale l'inserimento all'interno dei curricula formativi di una formazione interculturale, complementare ad un'adeguata preparazione in counseling transculturale, al fine di entrare in relazione con il paziente con una logica di attenzione ai bisogni, all'ascolto, alla vicinanza.

BIBLIOGRAFIA

- Bajardi M, Bertini M, Bianco A, Fossarello L, Kassambara B, Maggiorotti E, et al. (2010). Indagine sui percorsi di salute dei migranti a Torino. IRES Piemonte, Torino.
- Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in Provincia di Torino (2008). Rapporto 2008. Torino, Settore Statistica e Toponomastica.
- Hassan F, Minale L. L'immigrazione in Italia: Risorsa o minaccia? a cura del Progetto Quattrogatti, 11 Gennaio 2010.
- Simmweb.it (Internet). Dossier emendamento sicurezza 2008-2009. Documentazione consultata disponibile all'indirizzo: http://www.simmweb.it/index.php?id=358
- Ciammaichella M, Sposi L (2003). Il fenomeno dell'immigrazione e le problematiche sanitarie. Nursing Oggi; 4: 7-12.
- Piacentini EO (2007). Le competenze culturali dell'infermiere: un progetto formativo. Infermiere Oggi; 17(2):3-16.
- Artioli G, Gradellini C (2006). L'utilizzo del Counseling nella gestione del pregiudizio. Nursing Oggi; 3: 18-22.

Corrispondenza:
giumarietta@libero.it
Fonte: www.ipasvi.it

La consigliera regionale, della Federazione della Sinistra, Eleonora Artesio, su proposta della redazione di Lavoro e Salute ha presentato questa interrogazione in Consiglio Regionale sulle centinaia di infermieri stranieri che (causa impedimenti legislativi) non possono esercitare la professione in Italia. Sulla base di un'accordo Stato-Regioni c'è la possibilità di dare loro una speranza di lavoro, riqualificandoli come OSS, anche per affrontare urgentemente la forte carenza di questa figura con competenze ed esperienze già acquisite nei Paesi di provenienza.

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

dopo quasi 3 mesi nessuna risposta

Riconoscimento titolo di studio e corsi per OSS

Premesso che:

- per ottenere il riconoscimento del titolo di studio sanitario straniero è necessario seguire il procedimento di riconoscimento dei titoli professionali come previsto dai relativi decreti legislativi. Il titolo di studio straniero viene comparato a un titolo analogo se attesta un livello di qualifica professionale equivalente in Italia, tenendo conto della durata degli studi compiuti nel paese di provenienza e dei contenuti disciplinari analitici

Considerato che:

- tale percorso di riconoscimento presso il Ministero della Salute di fatto certifica l'impedimento all'esercizio della professione infermieristica per molti richiedenti, in particolare per chi proviene dai Paesi dell'Est Europa in possesso di percorsi di scuola dell'obbligo non corrispondenti a quelli italiani;

Valutato che:

- Un possibile sblocco di riconoscimento, e relativo impiego lavorativo, per queste figure viene previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001 con il raggiungimento di una qualifica professionale quale l'operatore socio-sanitario. In Italia il titolo di OSS viene conseguito in seguito alla frequentazione di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 100 ore

Visto che:

- la formazione è di competenza delle Regioni e delle Province autonome, le quali nel contesto del proprio sistema della formazione devono quantificare il credito formativo da attribuire in base ai titoli pregressi, come previsto dall'Art. 13 dell'Accordo, prevedendo misure compensative nei casi in cui la formazione pregressa risulti insufficiente;
- in sede di Conferenza Stato-Regioni il 14 dicembre 2006 è stato approvato il documento relativo ai "Criteri per la predisposizione dei percorsi complementari finalizzati al rilascio della qualifica di Operatore Socio Sanitario rivolti a soggetti con crediti professionali in ambito sanitario", per i titoli acquisiti nei diversi Paesi UE ed extra UE

Valutato che:

- nella Regione Piemonte l'attivazione dei corsi ricade sotto la competenza degli Assessorati alle Politiche sociali, alla Sanità e all'Istruzione e formazione professionale. Nel recente passato i diversi Assessorati hanno effettuato incontri in sede di Conferenza dei Servizi per l'attivazione dei corsi complementari della durata di 200 ore

INTERROGA la Giunta regionale,per sapere:

- per sapere quali impedimenti sono intervenuti nel frattempo, mentre, ad oggi, alcune centinaia di infermieri, che non hanno avuto il riconoscimento del titolo professionale del Ministero, attendono un'opportunità di lavoro nel servizio sanitario del Piemonte già fortemente carente di OSS, che si potrebbe concretizzare utilizzando le risorse interne alle Asl per l'effettuazione dei corsi complementari.

Torino, 30/3/2012 PRIMO FIRMATARIO ***Eleonora Artesio***

Il Censis scopre l'acqua calda, ma in Piemonte fanno bollire i pochi rimasti nei reparti

Italia deficitaria di infermieri

In Italia servono più infermieri, per una sanità ben articolata sul territorio e per raggiungere livelli di assistenza paragonabili a quelli di Paesi come Olanda e Francia. In questo quadro il numero chiuso per l'accesso agli studi di Scienze Infermieristiche appare ormai anacronistico.

È quanto risulta dal rapporto Censis su "L'infermiere protagonista della buona sanità del futuro", diffuso in occasione del Congresso Ipasvi. Il nostro Paese ha una presenza di infermieri significativamente inferiore a quella di altri Paesi europei che possono essere considerati benchmark e nel futuro la domanda di infermieri è destinata ad aumentare, per diversi motivi: per la scarsità di medici, per la riarticolazione della sanità su territorio e ospedale ad alta intensità tecnologica.

Considerando che attualmente gli infermieri del Ssn sono 391.646, se si volesse applicare in Italia il rapporto infermieri/popolazione dell'Olanda (1.051 per 100mila abitanti), secondo il Censis occorrerebbe aumentare di 266mila il numero degli infermieri, fino a raggiungere nel 2020 le 659mila unità, attraverso un incremento annuo di 26mila unità. Se invece si considerasse la Francia come riferimento, per raggiungere l'obiettivo di 482mila infermieri al 2020 sarebbe necessario un incremento di 91mila, pari a oltre 9mila infermieri in più all'anno.

Negli ultimi anni gli infermieri in Italia sono aumentati (+80mila dal 2000 al 2010), ma in numero non sufficiente alle necessità: nel 2009-2010 gli immatricolati sono stati circa 13mila per professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica. Nel futuro si aprono potenzialità occupazionali molto ampie e secondo il Censis sarebbe quindi necessario ampliare gli spazi di formazione universitaria.

Studio della Federazione europea delle associazioni infermieristiche.

In Italia con i tagli alla sanità aumentano gli infermieri stranieri con salari più bassi. E più sfruttabili!

La crisi economica pesa anche sugli infermieri e sul settore infermieristico. È quanto emerge da uno studio comparativo di 34 Paesi europei realizzato dalla Federazione europea delle associazioni infermieristiche (Efn). Secondo il rapporto, infatti, negli ultimi tempi si è assistito ad una riduzione dei posti di lavoro in tutta Europa, al taglio degli stipendi degli infermieri, al congelamento dei salari e a minori percentuali di assunzioni e di mantenimento dei posti di lavoro.

"In tutta Europa tutto ciò si è tradotto - spiega il segretario generale dell'Efn, Paul de Raeve - in maggiore lavoro per gli infermieri per poter mantenere standard di qualità. Senza dimenticare che la mancanza di attrezzature, le forniture ridotte e il personale inadeguato mette quotidianamente a rischio la vita dei pazienti". Quanto all'Italia, il quadro che emerge dal rapporto rivela un aumento di assunzioni di infermieri provenienti dall'estero e una diminuzione di posti di lavoro effettivamente pubblicizzati.

Si rilevano inoltre la chiusura di ospedali e strutture sanitarie, il fatto che l'educazione infermieristica abbia ricevuto meno fondi rispetto all'educazione medica e che l'assistenza domiciliare e quella agli anziani sia spesso affidata ad immigrati senza qualifiche. Questa situazione - si legge in una nota - ha spinto l'associazione nazionale italiana degli infermieri a chiedere che sia sviluppata una legislazione che regolamenti la selezione degli operatori sanitari.

Alberto Colaiacomo

Il rapporto completo
http://www.migrantitorino.it/wp-content/uploads/2012/05/f_139547918-c89821fd.jpeg

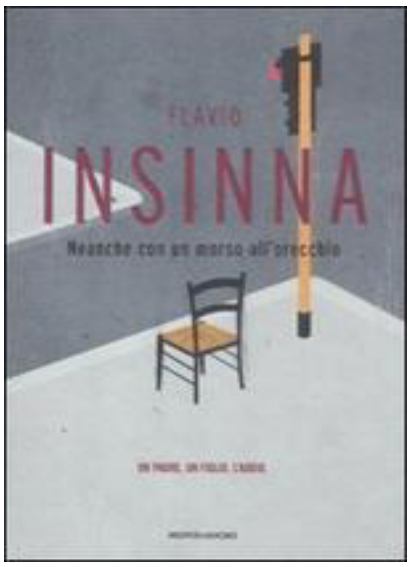
UTENTI contro INFERMIERI
Preconcetti e conflittualità

In un libro un personaggio televisivo contro un'infermiera. Quando misoginia e sessismo incrociano esperienze come la sofferenza e il lutto.

Stereotipi sessisti in corsia

Il libro è ormai molto noto, perché molto noto ne è l'autore. Si tratta di Flavio Insinna e il titolo del libro è "Neanche con un morso all'orecchio".

E' il racconto autobiografico di una sua dolorosa esperienza, quella della morte del padre, ricoverato per diversi giorni in un reparto di terapia intensiva del San Camillo a Roma. Prtroppo la lettura inciampa in un capitolo dal titolo "L'infermiera stronza".
Non vogliamo fare una difesa d'ufficio di un'infermiera, comunque considerata da tutti i colleghi una brava operatrice, ma in questo capitolo l'odioso cliché della donna bassa, brutta, scorbutica e scostante porta l'autore a "offrire" una ricetta "rieducativa" condita con robuste dosi di violenza, verbale ma anche fisica. Riteniamo che il fenomeno della violenza contro le donne sia una realtà troppo seria per minimizzare messaggi, in particolare quando hanno la risonanza strumentale in ossequio alla popolarità di chi li divulga. Gli stereotipi sessisti non sono mai innocui, costruiscono percezioni soggettive in chi legge con ricadute di giustificazione per la violenza insita in quella comunicazione del pensiero di un uomo famoso. redazione



officina AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080
inserzione concessa gratuitamente

Nuovo ctc
Vendita pneumatici autoveicoli motoveicoli
convenzioni con noleggi a breve e renting
Tagliandi in sede
via Monte Novegno, 13 - 10137 Torino
Tel./Fax 011.3119829
Partita IVA 05608760012
e-mail: info@nuovoctc.com
web: www.nuovoctc.com

METTITI IN SICUREZZA DAL CALDO ECCESSIVO
RICARICA CONDIZIONATORE AUTO
GONFIAGGIO PNEUMATICI CON AZOTO (evita riscaldamento)

PREZZI IN VIGORE
RICARICA CLIMA da 45.00 EURO
IGIENIZZAZIONE IMPIANTO da 15.000 EURO
GONFIGGIO CON AZOTO da 16.000 EURO

TUTTO AD EURO 44.00 (AUTO)
TUTTO AD EURO 54.00 (SUV --- 4X4)

Nuovo ctc
via Monte Novegno 13 - Torino
tel. 011. 3119829
info@nuovoctc.com - www.nuovoctc.com
Offerta valida solo nel mese di giugno 2012, presentando questa pagina o una sua copia
inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA STAGLIANO'
mestiere e onestà
preventivi gratuiti
interventi celeri
Telefono 327.6546432
inserzione concessa gratuitamente

all'IMUrtacci loro!

Considerazioni sulla tassa più incostituzionale e ingiusta che questo governo di tecnici sodomiti abbia potuto pensare

Con una mossa sicuramente populista, il governo Berlusconi, appena insediatosi nel 2008, ha abolito l'ICI sulla prima casa, mettendo in atto un provvedimento che è anche apparso di grande equità sociale, posto che in Italia circa il 70 % dei residenti abita in case di proprietà. I Comuni, qualcuno anche a causa di una gestione un po' megalomane, si sono ben presto trovati senza fondi ed è apparso inevitabile reintrodurre una qualche forma di tributo locale che colpisse quei beni "al sole" , sui quali è molto molto facile far cadere la falce fiscale.

Ritenendo di non perdere la faccia, del compito sgradevole di ri-tassare un bene essenziale come l'abitazione principale non si è parlato apertamente fino all'insediamento del "governo dei tecnici", che ha immediatamente ricontemplato la tassazione degli immobili (evitando accuratamente di colpire, tuttavia, le proprietà delle fondazioni bancarie, così come altre attività esclusivamente finanziarie di grande rilievo e non certo alla portata del cittadino normale).

Eccoci qui, dunque, a tarantolarci con i calcoli dell'IMU, che è una tassa incerta poiché si deve pagare un bell'anticipo entro il 18 giugno, ma il salasso sarà maggiore quando, entro il 30 settembre, i Comuni avranno deciso cosa chiedere ai proprietari, ai quali, per magia, è stata applicata anche una rivalutazione del 60% degli estimi catastali, indipendentemente dal reale stato dell'immobile e dalla zona in cui è collocato!

Già il fatto che non si sappia esattamente quanto si dovrà pagare dà un senso di scarsa chiarezza e dubbi di correttezza verso questo detestabile tributo, poi il fatto che prescinda dalla capacità contributiva del singolo fa meditare sul rispetto dell'art. 53 della Costituzione secondo cui "tutti sono tenuti a partecipare alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva" e precisando che "il sistema tributario è informato a criteri di progressività".

E' vero che da più parti si avverte una sorta di degnata noia nel ricordare i principi che hanno consentito all'Italia, piaccia o no, di uscire da una devastante dittatura, da un conflitto mondiale e da una lotta fratricida e vero è, inoltre, che la Costituzione abbia compiuto ormai 64 anni, tuttavia non pare interamente "cestinabile", tenuto conto che altre Carte costituzionali, a partire da quella degli Stati Uniti (1789), datano da maggior tempo ed hanno efficacia e rispetto nei singoli Stati in cui vigono!

Il nostro Governo di Tecnici ha stabilito le amare ricette per la cura del malato-Italia; i tecnici, si sa, non hanno per loro natura molta fantasia o, se ce l'hanno, preferiscono usarla altrimenti; nel caso dell'applicazione dell'IMU, poi, la realtà stessa sta superando la fantasia e le casistiche che si presentano sono tragicamente kafkiane!

Tutti pagano in base al fatto che risieda lì il proprietario oppure no: ci sono proprietari non residenti perché hanno acquistato la casa ai figli o ai genitori anziani; difficile che, in questo caso, sia corrisposto un affitto a loro vantaggio, eppure l'immobile è considerato 'seconda casa' come fosse in un'amena località di villeggiatura e fosse capricciosamente lasciato a prendere polvere o - peggio ancora - affittato in nero! Pare che siano stati 'graziati' gli anziani in strutture residenziali e che per questo motivo non risultano residenti nella casa, spesso piccola e ormai ampiamente da ristrutturare, in cui hanno passato gran parte della loro vita e che non hanno modo di vendere anche perché talvolta sperano di poterci tornare a finire i loro giorni.

Nessun conto viene tenuto poi delle abitazioni in cui risiedono disabili: le detrazioni per i figli cessano al 26° anno di età, ma un disabile non è un bamboccione che vuole restare accanto a mammà (ammesso e non concesso che vivere con i genitori a 26 anni e un giorno sia comportamento socialmente sanzionabile)) e tanti genitori si trovano beffati dal fatto di avere un peso che farebbero a meno di portare, se potessero avere figli autonomi ed autosufficienti! Sia detto tra parentesi, trovare casa in affitto con un disabile grave in famiglia non è così semplice, visto che spesso occorre apportare modifiche strutturali alla casa e i proprietari possono non gradire, oppure, dato il disagio che ogni trasloco comporta per un disabile, la famiglia fa il meglio per offrire stabilità al componente più disagiato.

Nei CAF si accalcano i contribuenti, spesso anziani, che si fanno 'calcolare l'IMU' ed è frequente scorgere una sbigottita sorpresa nell'apprendere l'importo da versare; molti dichiarano di non avere la disponibilità dell'importo e sperano di riuscire a pagare, almeno, la prima rata. I meno sprovveduti temono il diventare negligenti, poiché sanno che i sistemi di riscossione dei tributi sono affidati a serissime e asettiche società che agiscono nell'assoluto rispetto della legge e che non hanno quindi torti o timori nell'imporre ganasce fiscali alle vecchie utilitarie di famiglia o ipoteche sulle case per cui... non si riesce a pagare le tasse! Certamente i "Tecnici" con la T maiuscola sanno bene come curare il malato-Italia: staremo a vedere se il malato sopravviverà alla cura!

Marilena impiegata asl

Tav, corridoio fantasma: e Torino resterebbe senz'acqua

La Torino-Lione? Pura follia inutile. Quel che resta di un vecchio disegno europeo completamente tramontato: perché mancano soldi, perché non serve a nessuno, e perché – in concreto, tecnicamente – non è neppure realizzabile. Il chiasso della propaganda ha finora nascosto un tabù colossale, un problema grande come Torino: l'acqua potabile e i rubinetti dei torinesi. Alle porte della metropoli, spiega un ingegnere della Regione Piemonte, il progetto prevede un tunnel profondo 40 metri, che «si infila né più né meno che nella falda idropotabile della città».

Attenzione: non in quella irrigua, ma «proprio nell'acqua che va nelle case dei torinesi». L'ingegnere non ha dubbi: operazione «impensabile e illegale». Un milione di abitanti all'asciutto, senza più acqua bevibile: «Progetto impossibile, a meno che non si pensi a un golpe», dice lo scrittore Luca Rastello, autore del dirompente reportage "Corridoio 5, binario morto", pubblicato il 20 maggio da "Repubblica". «Mi sono accorto che, in tutti questi anni, nessuno l'aveva mai davvero percorso, quel famoso itinerario ormai divenuto cruciale nell'agenda politica italiana, data la resistenza popolare della valle di Susa che si oppone al segmento alpino». Autore di romanzi come "Piove all'insù", già reporter di "Diario" e attivissimo sul terreno dei diritti civili, Luca Rastello è una voce apprezzata da scrittori come Roberto Saviano. Un indagatore in trincea: prima il libro-denuncia "La guerra in casa", sul genocidio dell'ex Jugoslavia, poi il reportage "Io sono il mercato" (Chiarelettere) sul business del narcotraffico, e infine "La frontiera addosso – così si deportano i diritti umani", drammatica fotografia sull'orrore dei "respingimenti" (Laterza, 2010). E adesso, la Torino-Lione. Partendo dal suo cuore dolente, la valle di Susa: «Ci sono cresciuto d'estate, ci ho passato le mie vacanze da bambino e poi da ragazzo», racconta Rastello al regista Daniele Gaglianone, che sulla valle "ribelle" sta preparando un documentario. «Ho proposto a "Repubblica" il reportage – spiega Luca – e il giornale ha accettato: così ho percorso l'intera tratta, partendo da Lisbona».

Una sorpresa dopo l'altra, lungo quello che è già un binario fantasma: ad ovest il Portogallo si è ritirato e la Spagna ha deciso che le sue merci viaggeranno lentamente. Ad est, il capolinea ucraino non è mai stato altro che una boutade, mentre l'Ungheria ha bocciato l'alta velocità ferroviaria. Se la Francia dispone già della sua rete veloce (per i passeggeri), le poche merci verso l'Italia possono utilizzare lo storico traforo del Fréjus appena rimodernato, ora attrezzato anche per treni con a bordo i Tir. Il vecchio e suggestivo "Corridoio 5", destinato a collegare l'Atlantico agli Urali, è ormai solo un ricordo sbiadito, mai finanziato dall'Unione Europea che l'ha di fatto abbandonato, riconfigurando il trasporto continentale con una rete di segmenti molto più brevi. Sul tappeto resta solo il nodo della valle di Susa, ovvero la connessione alpina occidentale lungo la tratta Lione-Lubiana. Ma se nella valle in rivolta non c'è ancora l'ombra di un cantiere, i problemi ricominciano a Milano: nessun progetto verso Venezia. Notte fonda, poi, in Friuli: bocciata l'idea di una linea litoranea, così come l'ipotesi surreale di traforare il Carso, insidioso altopiano-colabrodo. Per non parlare dell'ultima spina: l'opposizione della Slovenia, dopo che l'Italia ha posto il veto sul finanziamento dello sviluppo intermodale del porto di Capodistria, che avrebbe fatto concorrenza agli scali marittimi italiani sull'Adriatico.

L'asse Lisbona-Kiev, scrive Luca Rastello, doveva unire l'Europa dall'Atlantico alle steppe con il miracolo delle grandi opere e dell'alta velocità. Progetto-miraggio, disegnato sulla carta nelle conferenze di Creta e Helsinki a metà degli anni '90, ora «perde le ali e anche pezzi del suo ventre e del suo cuore», rimanendo quel che è sempre stato: un mistero. Mentre l'Ucraina «non si sa bene dove sia andata a finire», il 21 marzo scorso arriva la rinuncia ufficiale del Portogallo. Addio Atlantico: Lisbona si lascia alle spalle l'ambizioso complesso della Stazione del Mare: «Un solo treno al giorno per Madrid, undici ore, come dire che tanto vale andarci a piedi». L'Europa ripiega su una rete "a ragnatela", chiamata "Ten-T", con tratti di media percorrenza. Con tanti saluti al vecchio "Corridoio 5", che ora si chiama "Corridoio Mediterraneo". Punto di partenza: Algeciras, capolinea spagnolo, di fronte al Marocco, a un tiro di lancia da Gibilterra.

Don Carlos Fenoy, presidente della Camera di commercio della cittadina iberica, è fra i più convinti sostenitori dell'utilità del nuovo "corridoio", solo che lo intende a modo suo: «Alta velocità per le merci? Lei è matto!». Luca Rastello prende nota: «Il consumo energetico e l'usura dei carri oltre gli 80 chilometri orari aumentano esponenzialmente i costi», spiega lo spagnolo. E poi: a che serve correre, se poi mancano snodi logistici? «Significa intasamenti all'ultimo chilometro: pensi a una grande autostrada con piccoli caselli». La Spagna, del resto, sta riducendo drasticamente gli investimenti infrastrutturali: 5.400 milioni di euro in meno rispetto al 2001. E le merci del Corridoio Mediterraneo? Lungo la costa, appunto, dove corre un'unica linea. Anziché creare una nuova arteria, gli spagnoli si limiteranno ad aggiungere un terzo binario, per modificare lo scartamento: «I treni lenti correranno sullonale», spiega Rafael Flores, delle Ferrovie iberiche. Tutto su una sola ferrovia? «Certo. Con un buon piano di movimento, gli incroci si fanno nelle stazioni». Senza cemento, e senza investimenti colossali. Scelta confermata dal nuovo ministro per lo sviluppo, Ana Pastor: appena 1.240

CONTINUA A PAG. 29

TAV: TORINI RESTREBBE SENZ'ACQUA CONTINUA DA PAG. 28

milioni di euro per collegare i porti di Tarragona, Castellon, Valencia e Alicante, semplicemente aggiungendo il terzo binario per adattare lo scartamento della ferrovia storica.

Se la Francia è un "volo" rapidissimo a bordo del Tgv, che trasporta passeggeri ad alta velocità, la grande corsa si ferma a Lione: «E' qui che inizia la storia a noi più nota e controversa», scrive Rastello: «Storia di molte lotte e pochi scavi, tutti comunque sul lato francese: tre tunnel esplorativi paralleli al tracciato che dovrebbe collegare St. Jean de Maurienne a Venaus in val Susa». In Italia, ancora niente: «A Chiomonte si combatte intorno a uno steccato perché, in mancanza di progetto esecutivo, non si può scavare nemmeno un centimetro cubo». Poco sotto St. Jean, il terminal intermodale che fa da capolinea ad un altro fantasma: l'Afa, l'"autostrada ferroviaria alpina" collegata con lo scalo di Orbassano, alle porte di Torino. Tir caricati sui treni? «Il progetto che aveva suscitato tante speranze al suo varo, sette anni fa – scrive il reportage di "Repubblica" – è sopravvissuto finora grazie a pesanti sovvenzioni pubbliche: circa 900 euro per ogni mezzo trasportato, oltre cento milioni di euro in contributi statali». Convogli? Pochissimi, perché il traffico merci Italia-Francia è in declino e, oltretutto, il trasporto resta troppo costoso.

Michel Chaumatte, direttore dell'Afa, non rinuncia all'ottimismo: l'ampliamento del tunnel storico del Fréjus ha risolto il problema della sagomatura della galleria, che limitava il transito ai soli camion-cisterna caricati sui treni. Ora, il Fréjus potrà davvero fare spazio all'autostrada ferroviaria. Ma a quel punto, a cosa servirebbe il nuovo super-tunnel Tav? Diminuendo la pendenza, dice Chaumatte, in teoria si risparmia sui costi di trazione: per trascinare treni merci fino a 1200 metri di quota servono due locomotori.
Comunque, vecchia o nuova linea, non si può andare veloci: oltre gli 80 chilometri orari, trasportare merci non è neppure prudente. Senza contare, naturalmente, l'enorme dispendio energetico per la costruzione e la manutenzione di un tunnel lungo 50 chilometri. L'alta velocità? E' fatta per i soli passeggeri. Che però, nel frattempo, sono scomparsi, facendo crollare il collegamento Torino-Lione. Idem le merci: meno 30% nel decennio scorso, con un ritorno ai volumi del 1993. Anche i calcoli finanziari stridono, continua Rastello: la nuova rete europea "Ten-T" costerebbe 500 miliardi di euro, ma la Commissione Europea ne stanzierebbe solo 31,7, di cui solo un decimo per il Corridoio Mediterraneo. E la Torino-Lione? Da Bruxelles forse 300 milioni, a fronte di una spesa prevista di 17 miliardi. Possiamo permettercelo? «In effetti – commenta un esponente di Confindustria Piemonte – i vantaggi veri sono solo sulla prospettiva occupazionale locale e a breve: la Torino-Lione in realtà è un caso Jimby: Just in my backyard!».

Se la valle di Susa resta il fronte caldo dove si resiste alla minaccia della Grande Opera Inutile, disastrosa per l'ambiente e soprattutto per le dissanguate finanze italiane, il problema finora più inesplorato resta quello all'imbocco della valle, verso il capoluogo piemontese: il tratto "nazionale" della Torino-Lione devia sotto la collina morenica di Rivoli verso l'interporto di Orbassano, per poi riconnettersi alla Tav per Milano attraverso la "gronda nord". Pazza idea: semplicemente, «non si farà mai», assicura un tecnico della commissione per la valutazione di impatto ambientale della Regione Piemonte. Quel progetto, che prevede un percorso interrato a 40 metri di profondità, taglierebbe i rifornimenti idrici dell'intera area metropolitana di Torino, privando la grande città delle necessarie risorse di acqua potabile. Una prospettiva delirante, mai neppure affrontata visto che la "frontiera" dei possibili cantieri è ancora molto lontana, sulle Alpi, fra gli slogan dei No-Tav e i lacrimogeni dei reparti antisommossa.

E l'ipotetico Corridoio Mediterraneo, continua il reportage di Rastello, si incaglia nuovamente dove meno te l'aspetti, tra Brescia e Padova. Nella piattissima pianura padana «l'alta velocità si farà attendere ancora molto: il progetto è in fase preliminare e Rfi (Rete ferroviaria italiana) nega il proprio contributo, anche se il tratto padano doveva essere completato entro il 2010». Dal 2008 è pronto un segmento di 28 chilometri tra Padova e Mestre, «ma non fai in tempo ad aprire la falcata che sei di nuovo in una palude, fra Venezia e Trieste». Qui, «per non perdere i soliti fondi spesi in studi

CONTINUA A PAG. 30

NEL NUOVO NUMERO DI MEDICINA DEMOCRATICA - DOSSIER NO TAV

TAV e salute - **Rossana BECCARELLI**

Il Movimento NO TAV, un antidoto al processo di demolizione della democrazia - **Giulietto CHIESA**

Una grande opera ad utilità zero, da non costruire! - **Marco CAVARGNA**

Nuova linea ferroviaria ad alta capacità: problemi ambientali connessi con l'attraversamento della Valle di Susa e della cintura a nord di Torino - **Massimo ZUCCHETTI**, **Claudio CANCELLI**, **Gianfranco CHIOCCHIA**, **Claudio SCAVIA**

La cura del ferro per inquinare meno! Dipende, c'è ferro e ferro... - **Luca MERCALLI**

Il rischio zero: un diritto della popolazione della Valle di Susa - **Fulvio AURORA**

Problematiche infortunistiche, di salute e disagio psicosociale nei lavoratori della TAV e delle grandi opere infrastrutturali dell'area fiorentina - **Gino CARPENTIERO**

Valutazione della convenienza economico/sociale della ipotizzata nuova linea ferroviaria Torino-Lione a standard AV - **Angelo TARTAGLIA**

Per salvare l'Italia dalla bancarotta e dallo sfascio del territorio sospendiamo subito la TAV, prima che sia troppo tardi! - **Girolamo DELL'OLIO**

Impatto acustico di una linea ferroviaria ad alta capacità in una valle alpina: il caso della bassa Val di Susa - **Gianfranco CHIOCCHIA, Pietro SALIZZONI, Marina Clerico, Massimo MARRO**

TAV e salute pubblica: i rischi emergenti dall'analisi dei progetti - **Marco TOMALINO**

Le conseguenze sulla fauna dei lavori per la TAV. Analisi generale - **Enrico MORICONI** e **Pier Luigi CAZZOLA**

Tav, corridoio fantasma

CONTINUA DA PAG.. 29

di progettazione, a dicembre 2010 fu presentato in fretta e furia un progetto preliminare purchessia: era la "Tav balneare", che doveva portare bagnanti alle spiagge della "grande Jesolo", poi bucare le friabili doline del Carso, sfiorare Monfalcone dove Unicredit intendeva finanziare la triplicazione del porto, superare Trie-ste in galleria ed entrare in Slovenia». Ma a frenare è stato l'ad di Trenitalia, Mauro Moretti: «Fece notare che la Tav serve le grandi città e non gli jesolotti». Inoltre, «i sindaci locali documentarono il disastro ambientale in vista», e per giunta «la città di Trieste rifiutò l'interramento: una Caporetto».

Peggio ancora oltre Trieste: la crisi diplomatica fra Italia e Slovenia per il finanziamento europeo delle infrastrutture adriatiche ha innalzato una sorta di "Muro di Lubiana". La frontiera ormai la si attraversa solo in pullman, per raggiungere il porto di Koper (Capodistria) e lo snodo di Divaca, «che nessuna ferrovia collegherà mai all'Italia». Proprio lì, sul Quarnaro, «si apre la ferita mortale all'idea platonica di Corridoio: l'ultimo treno dall'Italia verso Lubiana è partito nel dicembre 2011». Dispetti, priorità, ripicche e rappresaglie: «Fra i litigi italo-sloveni, le piume nazionaliste che si gonfiano sul petto del governo ungherese, la distrazione ucraina in vista degli Europei di calcio», anche il nuovo asse mediterraneo sembra destinato a restare un sogno (o un incubo) relegato al mondo astratto degli incartamenti. «Sono in molti, oggi, a pensare che il Corridoio più redditizio non sia sull'asse est-ovest ma su quello baltico-adriatico che unisce il Mediterraneo alle grandi economie dell'Europa centrale e settentrionale». Sbocco marittimo nostrano: i porti friulani, veneti e di Ravenna. «La richiesta slovena di una bretella che vi agganciasse Koper è stata rigettata su insistenza del governo italiano, sotto la pressione del governatore veneto Zaia. Rappresaglia da Lubiana: nessun collegamento fra Trieste e i mercati orientali».

Il viaggio di Luca Rastello si fa ulteriormente surreale tra le colline ungheresi, dove l'ipotetica rete europea "Ten-T" disegna sulla carta gli snodi "cruciali" di Zalalovo e Boba: «Chioschi persi nel paesaggio rurale». Cicogne e boschi, come nel sud della Spagna. «La nostra priorità – dichiara un portavoce del ministero dei trasporti di Budapest – non è la ferrovia: i finanziamenti Ue andranno sulle autostrade, in primo luogo il raccordo anulare della capitale». Interpretazione legittima, ammette Rastello: «Il Corridoio, nelle intenzioni, è un sistema intermodale che prevede grandi investimenti sull'asfalto, con buona pace di chi ama l'argomento del trasferimento su rotaia». Inoltre, più che la rotta dell'ovest, agli ungheresi interessa il nord: meglio il collegamento con l'Austria, via Gyor. E se l'Ungheria non crede all'ex "Corridoio 5", il vecchio fantasma con cui l'Italia tormenta la valle di Susa, l'oblio europeo diventa assoluto nel "profondo est" ucraino, che «si raggomitola fra le valli dei Carpazi, villaggi di legno e foreste piene di mostri e leggende», fino ai trenini obsoleti di Leopoli, a trecento chilometri da Kiev, dove «nessuno ha mai sentito parlare di "corridoi"». Missione compiuta, scrive Rastello: «Possiamo tornare indietro dopo 3.200 chilometri percorsi lungo un corridoio che non c'è».

www.notav.info 21/5/12

Chi comanda TORINO

Hanno pensato una metropoli senza la Fiat con due sole alternative: il debito e il cemento. Chi decide le sorti della città?

di **Maurizio Pagliassotti**

Torino oggi è la città più indebitata d'Italia, messa sul lastrico dai Grandi eventi - come le Olimpiadi invernali del 2006 - e dalle Grandi opere. Torino è anche una metropoli anomala la cui programmazione economica è decisa a tavolino dagli istituti di credito.
E che vede, contemporaneamente, il Comune primo azionista della Compagnia di San Paolo e Intesa San Paolo come maggior creditore del Comune stesso.
Chi comanda Torino è un grumo di potere stabile da circa venti anni. Un nucleo ristretto di uomini, e qualche donna, che stanno tentando di inventare una metropoli moderna che possa vivere senza la Fiat, con solo due risorse a disposizione: il debito e il territorio da edificare.
Ma con la crisi economica che ha investito il Paese, il meccanismo si è inceppato, mostrando le sue tante fragilità e, soprattutto, i rischi ad esso collegati. Chi ha deciso e decide le sorti di Torino?
Dove sono i veri centri del potere? Un corpuscolo molto, troppo influente, che si confonde tra i Palazzi della politica piemontese, tenendo in pugno i rappresentanti del popolo. Con una sola differenza rispetto al passato: chi ha comandato (e comanda) Torino, oggi sta comandando l'Italia.

in libreria

Il dentista sociale a Torino

Parte da Montecatini Terme e approda a Nichelino il tentativo di contrastare quella che è ormai entrata nelle aspettative comuni come un'angosciante prospettiva. In campo scendono Vincenzo Ortolani dentista con specializzazione in odontostomatologia, odontoiatra e protesi dentaria, e lo staff nichelinese della Federazione della Sinistra, che organizza in città appuntamenti per cure a prezzi calmierati.

" Per l'odontoiatria si spendono molti soldi che non sempre pagano la qualità delle prestazioni. Siamo in grado di dare prestazioni di qualità in tempi ragionevoli e a prezzi che oggi si possono definire incredibili? Di fronte a questa domanda ho deciso di rimboccarmi le maniche e dimostrare che è possibile. Ad un anno e mezzo dall'inizio ho curato centinaia di pazienti, con attesa zero e a un prezzo inferiore a quella della sanità pubblica. Lavoro sul listino prezzi di un ospedale pubblico genovese aggiornato al 2002, verso tutte le tasse dovute, pago le bollette e i dipendenti, la segretaria e l'odontotecnico fisso in studio. Il mio è il secondo studio di Pistoia come fatturato e questo dimostra che, anche se è vero che tutto questo è nato nell'ambito del partito sociale, non faccio beneficenza col mio lavoro. Ho investito in tecnologia, puntando su moderni sistemi computerizzati e laser, senza rinunciare alla qualità. "

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà

café REBELDE
10 kg 116,16 Euro
spese spedizione incluso
026707414 - 3202160435
www.yabasta.it info@caffezapatista.it
inserzione concessa gratuitamente

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

Anno XXVIII - Periodico fondato e diretto da *Franco Cilenti*
Distribuito gratuitamente.
Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

Collaboratrici/ori di redazione: *Fulvio Aurora, Roberto Bertucci, Enrico Moriconi, Michele Diciolla, Stefano Morena, Matteo Salvai, Margherita Napoletano, Luisella Morandi, Valentina Boi, Cristina Miletto, Marisa Chiaretta, Marco Prina, Renato Fioretti, Jerry Scotellaro,*

Suppl. rivista Medicina Democratica
Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77 Registro nazionale stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985 Dir. Resp: *F. Aurora*

Impaginazione grafica di *Mac Rizzo*
Vignette (cile) di *F. Cilenti*
Vignette: *tubal@sporcomondo.it*

Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.
Posta: Firma e telefono. La firma non verrà pubblicata su richiesta.

Numero chiuso 17-6-2012
Suppl.a M. D. - n° 200
numero pubblicato in pdf su web
www.lavoroesalute.org

Tariffe delle inserzioni pubblicitarie: contattare la redazione

Pubblicati 206 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1384 *autori*
- 1061 operatori sanità
- 126 sindacalisti
- 34 esponenti politici
- 163 altri

Stampate 685mila *copie*
- 482mila ospedali e ambul.
- 131mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

CAFÉ NERUDA

Ingresso riservato soci ARCI

Aperti dal martedì al sabato dalle ore 19.30

-WiFi, Internet point gratuito
-Ping pong, calcetto
-Jam session
-Musica dal vivo
-Corsi, laboratori
-Cineforum
-Aperitivi, cene per gruppi
-Feste di compleanno e laurea

Via Giachino 28/e, Torino
Tel. 011-253000
mail: cafenerudato@yahoo.it

Associazione Café Neruda ARCI

inserzione concessa gratuitamente