Racconti e Opinioni

lavoroesalute

www.lavoroesalute.org

Anno 30 n. 4 settembre 2014

Periodico sostenuto da promotori e lettori

Diretto da *franco cilenti* * Redazione *info@lavoroesalute.org*
Rivista dell'Associazione Onlus *Medicina Democratica*
Movimento di Lotta per la Salute * Dir. resp. *fulvio aurora*

inserto
Malattie? I migranti non c'entrano
a pag. 19

Governo e sindacati
non ci resta che piangere?
a pag. 38

Chiampa&Saitta Cota faranno?

Per una sanità piemontese efficiente nella sua gestione amministrativa ed efficace nella sua missione di prevenzione e cura servirebbe meno aziendalismo. Se Chiamparino e Saitta provassero a vestire, concettualmente, i panni di dipendenti farebbero un lavoro socialmente utile. **EDITORIALE** *a pag. 2*

sanità pubblica
Il bancomat di Renzi
pag. 5

stipendi e contratti
Quanto ci hanno fregato
pag. 32

decreto "sblocca italia"
Ai privati l'acqua e i beni comuni
pag. 27

La truffa del debito pubblico
il nuovo libro di
Paolo Ferrero

in Piemonte
I COMPITI DELLA SINISTRA AL TEMPO DI CHIAMPARINO
Ezio Locatelli a pag. 42

Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
Associazione onlus
Iniziative nella sanità, lotte per la sicurezza lavoro, inchieste sull'ambiente.
Approfondimenti scientifici.
www.medicinademocratica.it

sanità solidale
gli ambulatori gratuiti delle associazioni
pag. 4

campagna CGIL
salviamo la salute
pag. 6

salute e professioni
L'Infermiere di famiglia

pag. 8

infermieri
strapotere di senatrice PD
pag. 11

come riconoscerle
le malattie professionali
pag. 13

sicurezza sul lavoro
un centro di documentazione
pag. 15

lavori di pulizia
i rischi in gravidanza
pag. 16

> e altro ancora nelle 44 pagine

Il blog quotidiano www.blog-lavoroesalute.org

editoriale

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

di *franco cilenti*

Hai bisogno di curarti? devi pagare, oltre alle tasse

Dopo Cota ancora salute classista anche in Piemonte?

Per una sanità pubblica efficiente nella sua gestione amministrativa ed efficace nella sua missione di prevenzione cura servirebbe più Stato e meno aziendalismo. Parrebbe questa la considerazione di elementare buonsenso dopo gli ultimi vent'anni di politiche sanitarie basate sulla progressiva privatizzazione e, per quanto ci riguarda direttamente come piemontesi, dopo la malagestione della Giunta Cota.

A ricaduta potremmo tutti convenire nel consigliare alla coppia Chiamparino/Saitta che con i soliti criteri gestionali vetusti, vedi il decremento della spesa, non si arriverà da nessuna parte, che non sia l'ennesimo buco di conti e di politiche di salute.

Ma tutto questo vorrebbe dire mettere in discussione l'attuale regime gestorio, corrotto e inadeguato, nei confronti del quale servirebbe a nulla diminuire i centri di approvvigionamento di beni e servizi. Dalle dichiarazioni alla stampa susseguitosi dopo le elezioni, pur con tanta buona volontà, i cittadini (e noi operatori con loro) non vedono nessun timido sforzo di buonsenso. E comunque, come dice il proverbio, tra il dire e il fare c'è di mezzo.....il sistema assoggettato agli appetiti privati e il suo governo Renzi.

Vorremmo che per almeno un giorno il Presidente della Regione e l'assessore vestissero, concettualmente, i panni di dipendenti pubblici. Perchè? Semplicimente per far capire loro che la condizione materiale ti porta a pensare diversamente dal pensiero comune che infagotta i politici al governo.

Far provare loro come ci si sente quando il pensiero e la parola esce fuori dai lamenti contro la cosiddetta casta e tenti di essere soggetto pensante e propositivo, non solo nella tua professionalità di operatore della sanità pubblica ma anche come cittadini che non vuol ridurre il suo ruolo ad elettore.

Infine, far capire loro che la diversità, anche se ti costa qualcosa in stipendio accessorio o in avanzamenti di carriera, è la prerogativa per camminare (sinonimo di lavorare) eretti e non oggetti animati da clientelismi aziendali.

Vorremo anche condividere con Chiamparino e Saitta lo stato d'animo, il disagio quando leggiamo (ma lo viviamo anche nel nostro quotidiano lavorativo) che gli italiani sono costretti a scegliere le prestazioni sanitarie da fare subito a pagamento e quelle da rinviare oppure non fare.

Ormai il 41,3% dei cittadini paga di tasca propria per intero le visite specialistiche a causa dell'aumento dei ticket che ha sfiorato i 3 miliardi di euro nel 2013. Anche il Censis certifica che sono sempre di più gli italiani che pagano di tasca propria i servizi sanitari che il pubblico non garantisce più.

La mancata prevenzione, e il rifiuto delle cure, è una realtà sempre più conosciuta in Italia da quando le scelte politiche degli ultimi governi, e ancor peggio di quello attuale, hanno eroso i redditi e ha moltiplicato la disoccupazione di massa.

Non sembra esserci scampo, vige il pensiero unico che impone di affermare: " in Italia il privato è bello perché funziona".

A condizione, però, di essere in grado di pagare, appunto, la salute è una questione di classe. Ma quello che non dice in premessa è che il privato funziona solo perchè iperfinanziato dallo Stato e dalle Regioni e perchè, molto spesso, utilizza molto del tempo di lavoro delle risorse umane del pubblico

Comunque, nonostante la dottrina imposta dal sistema d'informazione (e formazione d'opinione) e certificata dalle poltiche governative nazionali e locali, nella percezione comune di tanti cittadini esiste un rapporto diretto tra i tagli alla sanità imposti dai piani di rientro, e quindi dal rigore di bilancio e dall'austerità, e l'abbattimento della qualità dei servizi.

La dismissione del pubblico a favore della privatizzazione della sanità ha provocato un esodo in Europa. Sono 1,2 milioni gli italiani che in sette anni hanno varcato le alpi per curarsi.

Ennesima conferma di quanto andiamo affermando da decenni (sentendoci accusare di vecchiume politico) sull'avanzamento della privatizzazione della sanità pubblica. "Un regalo alla sanita' privata che, accreditata o meno, utilizza elevate competenze professionali formatesi anche a spese

CONTINUA A PAG. 3

CHI DI SPERANZA VIVE...

Sergio e Antonio in campagna elettorale hanno detto che non seguiranno l'esempio di Cota. Noi ci sforzeremo ancora, per produrre salute, basta che loro due non si turino..... le orecchie

Dopo Cota

CONTINUA DA PAG. 2

del pubblico, per fare concorrenza alla sanita' pubblica".

Un altro capitolo determinante dell'attacco alla sanità pubblica è l'impoverimento delle strutture pubbliche attraverso il definanziamento con miliardi sottratti con falsi argomenti tecnici. La stessa regionalizzazione della sanità, che ha creato venti sistemi sanitari, ha aumentato le diseguaglianze del sistema, anche aprendo alla intermediazione finanziaria e assicurativa facendo così perdere pezzi all'universalità del servizio. Lo chiamano universalismo selettivo. Nella pratica hanno portato l'attacco al cuore del sistema sanitario pubblico.

Osiamo anche affermare che il male non si annida tutto nella politica, perchè uno dei motivi della malasituazione del SSN è rappresentato anche dalle politiche istituzionali e aziendali nella "formazione", un settore strategico che si tengono ben stretto con un piglio militaresco, basta vedere cosa nella maggior parte nascono i nuovi infermieri infarciti di corporativismo -reale materia preponderante nei corsi di laurea (in verità non solo per quello di infermieristica)- senza la minima idea del sistema di cui si andrà a far parte ma con l' informazione ben chiara che é possibile crearsi una nicchia dove imperare (vedi rapporti fra infermieri e "personale di supporto" dal punto di vista anche salariale e indole dirigenziale a discapito dei reparti di degenza).

Anche in questo ambito la Regione, se ne ha voglia e coraggio, potrebbe intervenire con un'indagine sugli organici delle asl e sul loro utilizzo.

Infine, siamo estremisti se diciamo che bisogna eliminare de deviazioni insite nelle cordate nei posti dirigenziali sanitari i vari DG delle varie USL e giù giù fino ai posti inferiori ma sempre di comando? Anche per non sconfinare nei project e le concessioni agli amici delle cooperative dei servizi.
Che ne dite signori Presidente e Assessore, affermiamo cose per partito preso?

box editoriale

Parliamo di organizzazione aziendale?

L' aziendalizzazione - inizio anni '90 - ha consegnato tutto nelle mani di "manager" molto vicini agli organi di potere regionali e con stipendi altissimi. La popolazione si è assuefatta all'idea che siamo macchine e che dobbiamo essere solo "riparati" ogni tanto in qualche officina (ospedale) per cui è divenuto prioritario ottenere la prestazione ed il farmaco e non la salute anche perché i primi due sono valutabili numericamente e meccanicamente (DRG) e "muovono l'economia" (più prestazioni fai, più sei "produttivo" e fai sentire tutelate le persone).

La legislazione attuale prevede il pagamento " a prestazione" ovvero attraverso il pagamento diretto da parte dei fruitori (oppure attraverso una sorta di quota di associazione erogata da parte dei cittadini "cooperanti"). I costi, comunque, anche solo per il semplice "mantenimento" dell'ospedale sono enormi.

Tutto questo fa il gioco di chi vuole far mettere radici solide alle assicurazioni cosiddette integrative che nel breve tempo diventeranno sostitutive non fosse altro per il fatto che anche solo un risparmio del 10% sul fondo sanitario nazionale da trasferire alle coperture assicurative significa ottenere un risparmio strutturale sui bilanci pubblici di 11 mld • l'anno e aprire nuovi i immensi business.

Queste le prime cose dette da C&S

1) Revisione delle modalità di rendicontazione del ticket riscosso dai privati per conto del SSN, che dava un aumento del10-15%

2) Ritorno al passato per il numero di posti letto: per i presìdi pubblici tornano ad essere quelli dell'anno scorso, mentre per i soggetti privati si blocca la scelta di nuovi posti letto con autocertificazione.

3) Blocco delle nomine di nuovi primari, si torna cioè alla situazione di fatto del 10 febbraio 2014.

4) Sospesa la norma per cui dal 1 gennaio 2014 si poteva accedere ai ricoveri nelle strutture private accreditate senza privilegiare i casi delle dimissioni post acuzia.

5) Nel rapporto con i privati, conferma dei tetti di spesa e definizione delle tipologie di prestazione per chiedere ai soggetti privati accreditati di garantire più visite specialistiche (per le quali nella sanità pubblica le liste d'attesa sono infinite) e molte meno analisi di laboratorio.

Ogni giorno sul blog
www.blog-lavoroesalute.org
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
pagine di **ALTRAinformazione**
a cura di franco cilenti

sanità no-profit

Sempre più italiani si curano negli ambulatori gratuiti di associazioni e ong

Da quando la crisi ha travolto i redditi delle famiglie, le visite specialistiche sono diventate un lusso. Nel 2013 la spesa sanitaria privata è scesa del 5,7% perché molti rimandano o rinunciano. E il Servizio sanitario nazionale copre solo in parte i trattamenti più richiesti. Le strutture nate per assistere i migranti si sono adeguate alla nuova domanda: nel poliambulatorio di Emergency a Mestre ormai il 20% dei pazienti è italiano, così come il 50% delle persone che si rivolgono al progetto di assistenza di Medici senza frontiere

Mentre il governo studia una riforma del ticket e prepara una riorganizzazione del sistema sanitario che punta esplicitamente sull'integrazione con le assicurazioni private, sempre meno italiani hanno accesso alle cure.
Lo dicono gli stessi dati dell'ultima indagine condotta dal Censis per Unipol a supporto dell'ingresso delle compagnie nel settore: lo scorso anno la spesa sanitaria privata, che tra il 2007 e il 2012 era lievitata, è calata del 5,7 per cento. Segno che molti cittadini che pagavano di tasca propria le visite specialistiche ora, per arrivare a fine mese, ci rinunciano.

Un assist che il ministro della Sanità Beatrice Lorenzin ha colto al volo per annunciare come, incassato il via libera al Patto per la salute, il prossimo passo consisterà nel riorganizzare il sistema facendo della sanità integrativa il "secondo pilastro". Peccato che nel frattempo una fetta crescente di popolazione sia già tagliata fuori. E non si tratta solo dei 6 milioni di italiani che l'Istat definisce "poveri assoluti", ma anche di quelli che semplicemente perdono il lavoro e non hanno risparmi. Per loro da un giorno all'altro i trattamenti dentistici, che il Servizio sanitario nazionale copre solo in parte, diventano proibitivi. Così come le visite dallo psicologo o la fisioterapia. Lo sanno bene le associazioni di volontariato e le organizzazioni non governative, da Emergency a Medici senza frontiere a Intersos, passando per Opera San Francesco e Naga, che hanno messo in campo iniziative per tamponare l'emergenza cercando al tempo stesso di stimolare asl ed enti locali a farsi carico del problema. Il minimo comune denominatore è che le visite, anche specialistiche, sono totalmente gratuite.

Chiara Brusini

Stralcio da inchiesta
su "Il Fatto quotidiano" 31/8/2014

Consideriamo da sempre le esperienze di solidarietà concreta verso le fasce deboli un atto politico di grande umanità.
Organizzazioni come Emergency ed altre, e anche esperienze locali come il Naga e l'Ambulatorio Popolare, a Milano e in altre città, rappresentano, fuori dal sistema, la nostra cultura di operatori della sanità pubblica.
La realtà dello stato di cose presenti che registra l'intenzione del governo di procedere ad un ulteriore taglio della sanità dell'ordine di almeno due miliardi, e che non può essere definito altrimenti che un crimine contro i più deboli, ci racconta quanto descritto nell'articolo in questa pagina, ma nel contempo riscontriamo un pericolo di fondo nel principio che "siccome il pubblico è ormai burocratizzato ed incapace occorre fare un sistema sanitario parallelo".
Sappiamo tutti che il SSN ha subito, fin dalla sua istituzione del 1978 con la Legge 833, boicottaggi politici per destrutturalo dalle fondamenta e costruire una sanità privata parallela che in questi 40 anni ha assunto un ruolo sostitutivo ma in gran parte finanziato dal pubblico e spesso fruitore delle stesse risorse umane delle strutture pubbliche. A questa stortura hanno ovviamente contribuito, istituzionalizzando il loro ruolo integrativo, l'extramoenia ma anche l'intramoenia.
Lo stesso sistema dei DRG ha creato una cultura di profitto a discapito della salute e della stessa etica professionale dei medici e, a ricaduta, anche delle altre figure professionali come gli infermieri.
Oggi anche il recente "Patto per la salute" rappresenta un cuneo per continuare questa opera e fare della salute un diritto definitivamente non riconosciuto rendendo obbligatori interventi di "coperture integrative" lanciate dalle stesse organizzazioni sindacali ma in realtà for profit, con grande interesse delle assicurazioni e delle banche. Tutto ciò non sarà altro che un ulteriore ridimensionamento del S.S.N.
Chiediamo alle "potenti" Emergency e MSF se hanno riflettuto sui disegni politici e affaristici che non hanno nessuna remora ad utilizzare il loro lodevole impegno per dare una nobile copertura all'opera di chiusura finale del SSN. E come intendono salguardarsi.

Redazione

PS. Inviata a Emergency e MSF

Patto per la salute
Annuncio funebre per la sanità?

Stato e Regioni hanno siglato l'ennesimo "Patto" fatto di tagli miliardari alla sanità pubblica e di un drammatico approfondimento del divario già esistente tra Nord e Centro-Sud del Paese in termini di garanzia delle cure e dell'assistenza.

Nonostante le puntuali e circostanziate critiche della Corte dei Conti, che registra l'estrema pericolosità di risparmi ottenuti attraverso un consistente depauperamento dei servizi, si sancisce definitivamente la subordinazione di un diritto inalienabile, quale è la salute, ai vincoli di bilancio.

Nessuna garanzia di universalità del sistema sanitario ma ancora migliaia di posti letto tagliati, ulteriori regali ai privati convenzionati/accreditati, e la revisione dei ticket sulla base del reddito che, nel Paese che "vanta" ben 160 miliardi di evasione fiscale, è l'ennesimo calcio nello stomaco delle fasce popolari e del lavoro dipendente!

La tanto decantata deospedalizzazione del sistema di cure è in realtà la definitiva privatizzazione ed esternalizzazione dei servizi territoriali, e l'applicazione dei costi e fabbisogni standard nasconde un attacco alla qualità dei servizi e una forte volontà di ridimensionamento del personale della sanità, reso peraltro assai facile dalla mobilità obbligatoria e dal demansionamento previsti dal decreto di "riforma della PA".

Spieghi la Ministra, se ne è capace, l'appropriatezza di un servizio sanitario pubblico sottoposto a continui tagli e definanziamenti, nel quale mancano 60.000 infermieri e ci sono 36.000 precari senza prospettiva di stabilizzazione, dove il personale è sottoposto a condizioni di lavoro inaccettabili, senza rinnovo del contratto dal 2010 e con il blocco presso che totale del turnover. Lo dica con parole sue, se ne possiede, a quei 10 milioni di cittadini che già ora non hanno accesso alle cure per problemi economici.

USB - ***Unione Sindacale di Base***

"L'intenzione del governo di procedere ad un ulteriore taglio della sanità dell'ordine di almeno due miliardi non può essere definito altrimenti che un crimine contro i più deboli".

Paolo Ferrero - PRC

IL BANCOMAT DI RENZI

Non è un mistero che la sanità pubblica rappresenti, insieme alle pensioni e ai salari dei lavoratori, uno dei bancomat preferiti dei governi.

Trenta miliardi di tagli al Fondo Sanitario negli ultimi 5 anni e la soppressione di oltre 50.000 posti letto nelle strutture pubbliche; 90.000 precari e un decennale blocco del turnover, hanno in breve tempo portato l'Italia ben al di sotto della media degli standard europei e ridotto drasticamente la qualità dei servizi e l'accessibilità alle cure, con un marcato aumento dei rischi per la sicurezza.

Ma per il governo Renzi nella Sanità pubblica, come d'altronde nel resto della pubblica amministrazione, c'è tanto grasso che cola e così torna a battere cassa in previsione dell'ennesima manovra lacrime e sangue per i cittadini e i ceti popolari.

Da una parte la riduzione dell'IRAP alle imprese (tassa che finanza il servizio sanitario) e dall'altra un vero e proprio taglio miliardario al Fondo sanitario, che si somma a quello già previsto dal Patto per la salute recentemente sottoscritto dal ministro della Salute e dalle Regioni, rappresentano il colpo mortale ad un pezzo fondamentale dello stato sociale di questo Paese.

Ipocrita e imbarazzante la reazione dei governatori regionali, che proprio in quel Patto per la salute avevano già previsto e sottoscritto, al primo punto, gli attuali tagli.

Oggi annunciano improbabili barricate, al solo fine di presentare l'imminente aumento dei ticket come inevitabile e non invece come il frutto di scelte politiche precise e pilotate dall'Unione Europea verso il sistema delle assicurazioni private.

Il governo Renzi investe in armamenti e finanzia costose missioni di guerra all'estero, mentre all'interno dei confini nazionali si continuano a tagliare servizi pubblici e posti di lavoro. Come USB continueremo a difendere la sanità pubblica: dai servizi territoriali agli ospedali, dai singoli territori al piano nazionale; lotteremo senza sosta contro l'aumento dei ticket, contro le liste d'attesa e contro un governo che intende smantellare definitivamente quel poco di stato sociale rimasto.

Aziendaitalia

HAI MICA BISOGNO DI SALUTE?

Hai bisogno di una visita oculistica in una struttura pubblica? Paga 30 euro di ticket e aspetta 74 giorni per la visita. Se invece hai premura, puoi rivolgerti ad un oculista privato. Allora paghi 98 euro e dopo sette giorni ottieni una prescrizione.

Veniamo a urgenze più complesse: le visite cardiologiche. Nella sanità pubblica ticket da 40 euro, mentre la lista di attesa è di 51 giorni. Nel privato paghi invece 107 euro e aspetterai solo una settimana.

Ti sei fratturato un piede? Hai bisogno di una visita ortopedica. Nel pubblico paghi 31 euro di ticket e aspetti quasi un mese. Pagando invece un privato avrai un servizio quasi immediato: con 100 euro aspetti solo 5 giorni.

Per effettuare una colonscopia in una struttura pubblica il ticket costa 49 euro e si aspetta mediamente 84 giorni . Nel privato con 213 euro si aspettano 8 giorni.

Per effettuare una risonanza magnetica del ginocchio il ticket è di 49 euro e l'appuntamento è dopo 68 giorni, nel privato pagando 149 euro si aspettano 5 giorni.

Per le visite specialistiche (oculistica, cardiologica, ortopedica o ginecologico) nel Nord-Est si paga 20 euro, mentre al Sud più del doppio: 45 euro in media.
Una mammografia costa un minimo di 36 euro al Nord-Est. Nel Nord-Ovest un massimo di 48 euro.

Nonni in fuga

sanità poco accessibile per gli anziani. "400mila over 65 in cura all'estero costretti dai tempi biblici delle liste d'attesa, 270 mila percepiscono meno di 1000 euro"

Ad oggi, è stato stimato che 270 mila anziani coinvolti nelle fughe all'estero percepiscono una pensione che va da 650 a 1000 euro al mese. Stiamo parlando del pensionato medio, che ormai non riesce più a sbarcare il lunario, rimane stritolato fra tasse e rincari di ogni tipo e costretto dai tempi biblici delle liste d'attesa a emigrare per curarsi. Ci sono più di 7 milioni di pensionati - continua- che vivono con meno di mille euro al mese, molti dei quali costretti a rinunciare alle cure mediche, alla salvaguardia della propria salute e spesso impossibilitati a fare la spesa.

'Nonni in fuga', il dossier sanità di Fipac
Fonte: Confesercenti

La Cgil attraversa l'Italia *" Salviamo la Salute "*

La campagna 'Salviamo la Salute' della Cgil, durerà fino a giugno del prossimo anno, e si snoderà lungo l'intero territorio nazionale per rilanciare le proposte e le iniziative della Cgil per la contrattazione sociale nell'ambito del welfare socio sanitario.

Salviamo la Salute' farà tappa in tutti Italia e avrà anche tre appuntamenti nazionali: 'la filiera della salute fa bene all'economia', 'valore al lavoro nei servizi alla persona: stop lavoro povero', 'salute e medicina di genere'; per chiudersi con una grande assemblea che si terrà a giugno del prossimo anno.

L'impegno della Cgil è per "mettere fine alla stagione dei tagli e garantire un finanziamento adeguato per il Servizio sanitario nazionale, puntando parallelamente all'abolizione dei ticket: milioni di cittadini rinunciano a curarsi perché non dispongono delle risorse economiche".

La Cgil propone anche "un 'Patto per il sociale' con tre grandi priorità: povertà, non autosufficienza, definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali".
Due patti che devono camminare parallelamente perché "sanità e sociale devono operare insieme".

Due capitoli obiettivi speciali della proposta della Cgil: "uno è dedicato sulla lotta alla corruzione, per la trasparenza e l'integrità, con il sostegno alla campagna 'Illuminiamo la salute', l'altro capitolo volto alla 'Salute semplice', ovvero facilitare l'acceso al servizio sanitario per tutti".

La truffa del debito pubblico

Il nuovo libro di Paolo Ferrero

Il libro spiega in modo semplice e chiaro come il debito pubblico italiano non abbia nulla a che vedere con la spesa pubblica, e men che meno con la spesa sociale.

Come il debito pubblico italiano sia gonfiato artificialmente a causa degli interessi da usura volutamente pagati dallo Stato agli speculatori. Il debito pubblico, infatti, è aumentato repentinamente a partire dal 1991, quando il ministro del Tesoro Andreatta decise, con l'allora governatore della Banca d'Italia Ciampi, di rendere autonoma la Banca d'Italia, obbligando così lo Stato a finanziare il proprio debito pubblico attraverso i mercati finanziari.

A partire da quella data gli interessi pagati dallo Stato sono schizzati alle stelle e con essi il debito, che dal 60% è passato al 120% in pochi anni. L'esplosione del debito pubblico è diventato l'argomento per giustificare politiche di tagli e rigore.

Così, dal 1992 la spesa pubblica è stata continuamente tagliata producendo un risultato straordinario: da quell'anno lo Stato registra un avanzo primario, cioè la spesa è regolarmente minore delle entrate, fatte salve le spese per interessi.

In questo modo lo Stato è diventato in questi trent'anni una gigantesca idrovora che prende i soldi dalle tasche dei cittadini e li sposta nelle tasche degli speculatori e della rendita finanziaria. Il tutto è giustificato da un enorme debito pubblico che nulla ha che vedere con la spesa, perché è tutto integralmente dovuto agli interessi da usura che lo Stato paga agli speculatori. Il libro chiarisce i termini di questa gigantesca truffa e avanza proposte su come uscirne.

La truffa del debito pubblico
Edizioni Derive & Approdi - *www.deriveapprodi.org*

Crisi, per due italiani su tre le politiche di questa Europa sono un danno per l'economia italiana

Se da una parte è del 72% la percentuale di italiani che si dichiarano personalmente colpiti dalla crisi economica, dall'altra ben due italiani su tre sono convinti che la Ue abbia danneggiato la nostra economia.

Sono i dati della 13/a edizione del 'Transatlantic Trends' del German Marshall Fund of the United Stats (Gmf), la piu' autorevole indagine annuale dell' opinione pubblica in Europa e negli Stati Uniti sulle principali questioni internazionali del momento.

Dall'indagine, condotta in 11 paesi europei, più Russia e Stati Uniti, il 66% degli italiani che ritiene che "la Ue ha danneggiato l'economia del paese" rappresenta addirittura il dato peggiore, in Europa, rispetto a quello di Portogallo (56%), Spagna (53%), Germania (47%), Francia (46%) e della Grecia (44%).

Una maggioranza dei cittadini italiani (65%) continua a pensare che appartenere alla Ue rappresenta un "beneficio", solo per quanto riguarda le liberta' personali (di viaggio, lavoro e studio).

notizie, inchieste, conflitti, lotte in tempo reale
digita
www.controlacrisi.org

L'Infermiere di famiglia... al palo da oltre un decennio!

a cura di Chiara D'Angelo

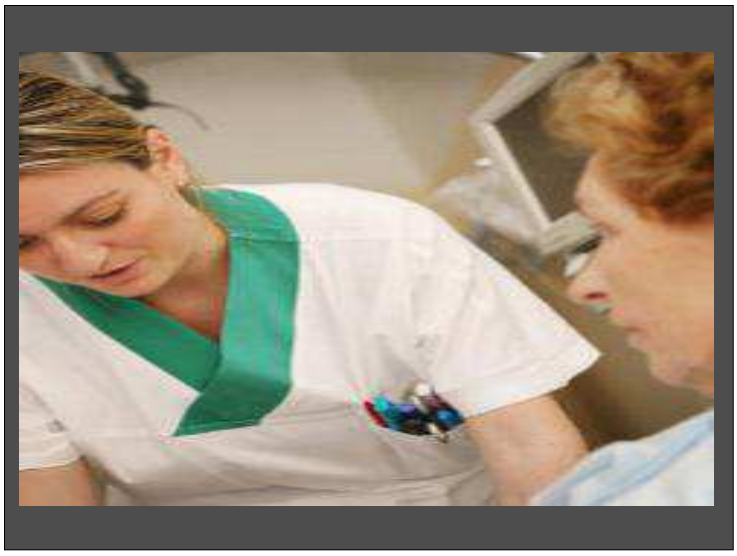
La spending review sta complicando non poco la gestione della Sanità, con l'imperativo: razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria. Si punta alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e all'individuazione di modelli organizzativi assistenziali, diversificati ed adattabili ai diversi contesti territoriali, per evitare il ricorso eccessivo ed improprio alle strutture ospedaliere ed in particolare ai servizi di emergenza-urgenza.

Già nel 2000 si delineavano i vantaggi derivanti dall'ottimizzare la qualità delle cure e dell'assistenza ai cittadini sul territorio attraverso il lavoro integrato tra medico e infermiere, ognuno con le proprie competenze specifiche. Sempre in quegli anni si è definita la figura dell'Infermiere di Famiglia eppure ancora oggi, a distanza di oltre dieci anni, all'operato dei medici di medicina generale non è stata affiancata la collaborazione del professionista infermiere; anzi, nella maggioranza dei casi l'infermiere è stato completamente escluso dall'organizzazione sociosanitaria territoriale.

Proponiamo di seguito un interessante articolo pubblicato dal Collegio Ipasvi di La Spezia nel 2010 sull'Infermiere di Famiglia.

La figura dell'infermiere di famiglia è in rapida ascesa in tutti i paesi più economicamente sviluppati. In Italia si stanno muovendo i primi passi, recependo le indicazioni fornite dall'OMS e supportate sempre di più dalle politiche economiche nazionali e regionali in materia di sanità.

La tendenza all'ottimiz-zazione delle scarse risorse disponibili e al contenimento della spesa sanitaria, soprat-tutto ospedaliera fa sì che le strutture tendano a contrarre il più possibile la degenza ospedaliera dei pazienti e a trattare particolari tipologie di pazienti (riabilitazione post chirurgica, patologie croniche, anziani ecc) a livello locale e ambulatoriale garantendo per questo scopo una rete locale che coordini gli interventi.



L'infermiere di famiglia è la figura deputata a tale coordinamento: prende in carico il caso, valuta gli interventi assistenziali da porre in essere, richiede eventuali consulenze medico-specialistiche, coordina le attività degli operatori sanitari e si occupa dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi famigliari. Per questo tale figura deve avere competenze specifiche anche in settori non tradizionalmente infermieristici (psicologia, sociologia ecc.) e la sua formazione richiede uno specifico percorso, oggetto di master di primo livello.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA È UN PROFESSIONISTA SANITARIO CHE PROGETTA, ATTUA, VALUTA INTERVENTI DI PROMOZIONE, PREVENZIONE, EDUCAZIONE E FORMAZIONE. E' COLUI CHE SI OCCUPA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ALL'INDIVIDUO E ALLA COLLETTIVITÀ; SOSTIENE INTERVENTI DI RICERCA, INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE IN COMUNITÀ E IN AMBITO FAMIGLIARE PROMUOVENDO AZIONI EDUCATIVE E PREVENTIVE OLTRE CHE CURATIVE.

RUOLO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA: è quello di aiutare gli individui e famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi difficili, trascorrere una gran parte del suo tempo lavorando nelle case dei pazienti e delle loro famiglie. Inoltre "l'infermiere di famiglia sarà in grado di informare sui fattori di rischio legati agli stili di vita e ai comportamenti ed assisterà le famiglie in tutto ciò che concerne la salute tramite una individuazione precoce dei problemi sanitari potendo far si che i problemi sanitari emersi nelle famiglie siano affrontati a uno stadio iniziale ....". L'infermiere di famiglia, a seguito di una preparazione specifica, sarà in grado di agire sul territorio, conoscerà la mappa dei servizi sociali, avrà la competenza di instaurare un rapporto

CONTINUA A PAG. 9

L'Infermiere di famiglia...

CONTINUA DA PAG. 8

diretto, non solo con il malato, ma anche con la persona sana occupandosi delle sue necessità, e aiutandolo insieme con la sua famiglia ad evitare rischi sanitari. Gli infermieri di famiglia faciliteranno le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio; agiranno da tramite tra la famiglia e il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.

NELLA REALTÀ Italiana questa figura poliedrica non è ancora stata percepita in tutta la sua totalità e potenzialità; l'atteggiamento, storico, che si ha nei confronti di questa figura che in realtà internazionali ha già un ruolo ben consolidato, è di diffidenza e di dubbio per l'alta autonomia; ricordiamo però che tale autonomia è supportata da quadri legislativi chiari. Il pensiero va sicuramente alla trasformazione demografica della popolazione e al cambiamento della tipologia delle malattie, sempre più croniche con la necessità di rivalutare nuovi modelli assistenziali.

SALUTE21, il documento di politica sanitaria della Regione europea dell'OMS, introduce un nuovo tipo di infermiere, l'Infermiere di Famiglia, che darà un contributo chiave in seno all'equipe multidisciplinare di professionisti della salute, al raggiungimento dei 21 obiettivi per il XXI secolo. Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione dell'OMS del poliedrico ruolo dell'Infermiere di Famiglia, è stato redatto un curriculum che preparerà infermieri qualificati ed esperti per questo nuovo ruolo. I1 curriculum enfatizza l'integrazione tra teoria e pratica.

L'infermiere di famiglia svolgerà un ruolo centrale all'interno della comunità durante tutto il continuum assistenziale (come dalle raccomandazioni della Conferenza Europea sul Nursing tenutesi a Vienna 1988).

I suoi compiti sono:

> ***aiutare gli individui ad adattarsi alla malattia, alla disabilità cronica, ai momenti di stress;***

> ***trascorrere buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le famiglie;***

> ***fornire consulenza sugli stili di vita e sui fattori comportamentali di rischio e assistere le famiglie in materia di salute;***

> ***garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere, attraverso la diagnosi precoce;***

> ***identificare gli effetti dei fattori socio economici sulla salute della famiglia e richiedere l'intervento della rete dei servizi territoriali;***

> ***promuovere una dimissione precoce assicurando l'assistenza domiciliare infermieristica e costituire il punto di collegamento tra famiglia e medico di medicina generale e sostituirsi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico.***

Anche se il titolo di Infermiere di famiglia fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie così come comunemente intese, in effetti il ruolo è molto più ampio, partendo dalla conoscenza della famiglia intesa come "unità di base della società" e compren-dendo indistintamente tutte le persone della comunità e il loro ambiente sia esso la casa, il luogo di lavoro, la scuola.

Salute 21 puntualizza: "La famiglia è l'unità base della società dove chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche, ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni… Infermiere e famiglia, utilizzando una attività interattiva, divengono partner. L'infermiere è responsabile di un gruppo predefinito di famiglie…É in quest'ottica che l'infermiere di famiglia assume un ruolo strategico negli interventi di assistenza preventiva, curativa, riabilitativa e di sostegno."

Obiettivi e Principi etici:

L'infermiere di famiglia giocherà inoltre un ruolo importante nel potenziamento della comunità e nel lavoro congiunto con questa per incrementarne le risorse e perchè riesca a trovare soluzioni proprie ai loro problemi.

L'infermiere di famiglia svolgerà un ruolo essenziale per raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti, attraverso il perseguimento di due obiettivi principali: promuovere e proteggere la salute della popolazione, lungo tutto l'arco della vita; ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni e alleviare le sofferenze che questi causano.

I principi etici da perseguire sono: la salute è un diritto umano fondamentale; equità nella salute e solidarietà nell'azione all'interno delle nazioni e fra di esse e i loro abitanti partecipazione e responsabilità dei singoli, dei gruppi, delle istituzioni e delle comunità per lo sviluppo sanitario continuo.

CONTINUA A PAG. 10

L'Infermiere di famiglia...

CONTINUA DA PAG. 9

Competenze: All'infermiere di famiglia è richiesto di essere competente come: erogatore di assistenza; decisionalista; comunicatore; leader di comunità; manager.

Queste competenze si acquisiranno attraverso il processo di sviluppo delle competenze di base, cioè quelle che consentiranno all'infermiere di famiglia di essere efficiente ed efficace nel:

- identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
- prendere decisioni basate sui principi etici;
- pianificare, iniziare e fornire assistenza alle famiglie che fanno parte del carico di casi definito;
- promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
- applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità;
- utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;
- partecipare alle attività di prevenzione;
- coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;
- documentare sistematicamente la propria pratica;
- creare, gestire ed utilizzare informazioni statistiche (dati) cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
- sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
- definire standard e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
- lavorare da soli o in seno ad una èquipe;
- partecipare alla definizione delle priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
- gestire il cambiamento ed esserne agenti;
- mantenere relazioni professionali ed un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi;
- mostrare l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

PER CONCLUDERE, CI PARE OLTRE CHE AUSPICABILE, DOVEROSO:

Rispondere alle giuste sollecitazioni dell'OMS, Sezione Europea e alle nuove esigenze di integrazione socio sanitaria in fatto di assistenza domiciliare, attraverso un nuovo modello operativo che favorisca la crescita progressiva di Infermieri di famiglia/quartiere e di Comunità che non forniscano solo un "servizio infermieristico di alto livello", ma che facciano parte loro stessi della comunità in cui operano e per la professione che svolgono, ne conoscano i problemi e le necessità preminenti di ordine sanitario e sociale e siano in grado di mobilitarne e svilupparne le risorse e le opportunità indirizzandole al bene comune, non come semplice retorica, ma come concreta ricerca di una migliore qualità di vita e di salute del singolo e della collettività.

(fonte: Pubblicazioni Ipasvi La Spezia) per approfondire l'argomento: www.ipasvi.laspezia.net/pubblicazioni/newsletter/infermieridifamiglia.pdf)

La Madia immagina un Infermiere pendolare entro i 100 Km con la mobilità obbligatoria

Sono davvero tempi brutti per i dipendenti della pubblica amministrazione. Le condizioni di lavoro, già attualmente precarie, potrebbero ben presto peggiorare.

Alcune novità previste dalla bozza del Ministro della Funzione pubblica Marianna Madia prevedono delle condizioni impensabili da attuare. La riforma prevede che i dipendenti pubblici potranno essere spostati senza assenso in un diverso posto di lavoro purché sia nell'arco di 100 chilometri.

Inoltre viene specificato che entro 50 chilometri le diverse sedi sono considerate stessa unità produttiva mentre tra 50 e 100 chilometri devono esserci particolari esigenze organizzative e produttive.

Si parla tanto di competenze specialistiche, ma se questa riforma si abbatterà anche sulle professioni sanitarie, che ne sarà dell'Infermiere nella pubblica amministrazione?

Proprio non va cara Madia! Difficile pensare di applicare questa riforma nella Sanità Pubblica. Sarebbe veramente un abuso di potere dello Stato nei confronti dei propri lavoratori vista e considerata la difficoltà di colpire la classe dirigente. Sta di fatto che queste "bozze" sono pensate e scritte da personaggi che non hanno mai lavorato mettendo in campo delle idee che servono solo a consolidare il potere di pochi e che spaventano. Molto.

www.nurse24.it

Senatrice pd, presidente degli infermieri

Strapotere

Tutti gli infermieri d'Italia, occupati e disoccupati, (circa 400 mila) ogni anno pagano una tassa ad Equitalia, per poter esercitare la loro professione e finanziare i loro collegi professionali. Con una Costituzione che si basa sul lavoro questo "tributo obbligatorio" non mi pare nè civile nè coerente.

Ogni anno entra nelle casse dei collegi professionali una enorme quantità di denaro (si parla di 28 milioni di euro). I collegi, definiti giuridicamente "enti pubblici non economici", non hanno gli stessi obblighi di trasparenza degli altri enti pubblici. Il denaro degli infermieri viene usato in modo discrezionale, da chi comanda, per alimentare e mantenere soprattutto forme di potere medioevali. Se si cancellasse questo rottame di altri tempi si potrebbero cancellare, nello stesso tempo, ben altre conseguenze che direttamente ne derivano.

Innanzitutto il blocco di potere, che perdura da almeno 20 anni, si è talmente identificato con l'istituzione che ha occupato, da sembrarne non il gestore delegato ma il proprietario sovrano per diritto naturale o divino. In secondo luogo un'infermiera intraprendente è da molti anni Presidente della Federazione nazionale dei collegi dal momento che i mandati sono a tempo illimitato, con retribuzioni cospicue, libere da quei tetti imposti alla politica ai grandi manager, ai grandi funzionari dello Stato.

La Presidente è anche senatrice del Pd, non volendo e non potendo contrastare le politiche che stanno mettendo in ginocchio la propria professione, è costantemente in conflitto di interesse riducendo i collegi a una servile cinghia di trasmissione. Nonostante sia la Presidente della federazione nazionale dei collegi, l'onorevole senatrice è socia di una società che offre agli infermieri servizi assicurativi (Promesa): per gli infermieri dovrebbe valere l'obbligo della copertura assicurativa.

Quindi una "signora multitasking", che promette agli infermieri la "grande professione", in realtà capace di offrire solo mortificazioni.

Gli infermieri nei servizi sono ormai da anni le vittime di uno sfruttamento sistematico giocato interamente sulla reciprocità funzionale tra disoccupazione e deprofessionalizzazione. Oggi il 60% degli infermieri neolaureati è disoccupato e negli organici dei servizi mancano almeno 60.000 unità (Ocse 2013). La deprofessionalizzazione, cioè l'infermiere "tappa buchi", in questi anni è stata la risposta al blocco del turn over. Era quindi inevitabile che nel tempo il sistema dei collegi diventasse la prima vera controparte degli infermieri che per protestare la loro rabbia, non potendosi cancellare e rifiutarsi di pagare la tassa sulla servitù, hanno solo un modo: astenersi dal votarli.

Tutto questo orrendo sistema ha una base di legittimazione infima. Spesso nel momento in cui si eleggono i presidenti di collegi e tutto il resto non si raggiungono i quorum previsti dalla legge (e spesso per coloro che si candidano si dice, che per recuperare voti si vanno a prendere gli infermieri a casa con le autoambulanze).

L'enormità di tutto ciò è la sua assurda e surreale "normalità", nel senso che tutti sanno che le cose funzionano così e nessuno si meraviglia più di niente. Ma quando queste cose degenerano in brutture autoritarie e in derive speculative ci si accorge che questa "normalità" è inaccettabile. E' successo in seguito all'iniziativa di un giovane sindacato indipendente (Nursind) che ha pensato di consultare gli infermieri ponendo loro dieci domande sulla loro condizione lavorativa.

Per prima cosa le 10 domande sono inviate alla Federazione nazionale dei collegi e a tutti i collegi provinciali. Gli infermieri cominciano a rispondere, esprimendo le loro critiche, le loro delusioni e la loro amarezza. La presidente e senatrice del Pd, con una serie di circolari sollecita i collegi a non rispondere alle domande perché non sono ammesse discussioni fuori dagli organismi statutari.… i collegi obbediscono. Poi chiede di assumere, se il caso, iniziative legali contro una infermiera che rispondendo alle domande si è permessa di domandare ai collegi maggiore trasparenza…i collegi obbediscono. Quindi a verificare se esistono ragioni contro di lei per adottare dei provvedimenti disciplinari.… il collegio di pertinenza … ob torto collo obbedisce e convoca.

Prende così forma un linciaggio morale orchestrato da una infermiera presidente dei collegi e senatrice del Pd che, con i soldi sicuri degli infermieri, vuole bruciare in piazza un'altra infermiera, colpevole solo di aver espresso una opinione critica sul suo operato. L'infermiera spaventata scrive una lettera aperta per spiegare le sue ragioni e chiede dei chiarimenti …ma l'infermiera presidente e senatrice del Pd non risponde e con un'altra "circolare" spiega ai collegi che le accuse nei suoi confronti sono infondate…e i collegi tacciono.

Questa idea malata di governare il mondo con gli "imperativi burocratici" mi impressiona, come pure questa figura di "signora delle circolari" che mi ricorda la strega cattiva che perseguita la povera Biancaneve. Mi impressiona al punto che vorrei informare di quel che accade tanto il Presidente del Consiglio che il segretario nazionale del Pd , e avanzare una proposta. Siamo di fronte ad un grosso problema, nel caso dei collegi infermieristici: gli "enti pubblici non economici" sembrano avere acquisito tutti i caratteri degli "enti privati economici" con una forte impronta autoritaria. Se così fosse, come io temo, si capirebbe la grande disillusione della stragrande maggioranza degli infermieri e la loro avversione contro questo sistema oppressivo. Essi sono come in trappola e da questa trappola bisogna liberarli perché ne hanno diritto. Non si tratta di rottamare niente ma di abolire quella vecchia tassa medioevale sulla servitù degli infermieri affermando che l'iscrizione ai collegi è semplicemente libera e volontaria.

Ivan Cavicchi

© 2014 IL NUOVO MANIFESTO SOCIETÀ COOP. EDITRICE

Per non dimenticare i propri diritti e doveri, anche in sanità!

NEWSLETTER PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI

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

Lavoratori interinali

CORRELAZIONE TRA LAVORO ATIPICO E FENOMENO INFORTUNISTICO

Scopo del presente documento è evidenziare la relazione tra lavoro atipico (con particolare riferimento al "lavoro interinale" o alla "somministrazione di lavoro") e il fenomeno infortunistico. Statisticamente il fenomeno infortunistico e quello delle patologie lavoro correlate incide, in proporzione, con maggiore rilevanza tra i lavoratori atipici, a cause delle minori tutele che essi hanno, al di là degli enunciati puramente formali della normativa in materia.

Dall' "Indagine integrata per l'approfondimento dei casi di infortunio mortale" di ISPESL / INAIL del maggio 2006, si evince ad esempio che su 1.511 infortuni mortali occorsi nel 2005, ben 314, cioè più del 20% interessa lavoratori atipici (interinali, parasubordinati, soci di cooperativa, coadiuvanti familiari, pensionati, irregolari), nonostante la percentuale di occupati atipici sul totale sia decisamente minore.

Dal "Rapporto annuale sull'andamento infortunistico" dell'INAIL si rileva poi che nel 2006 c'è stato, rispetto al 2005, un incremento del 19% del numero di infortuni per lavoratori atipici, in netta controtendenza con la (scarsa) diminuzione del fenomeno infortunistico complessivo.

Tali statistiche sono comunque parziali, per le caratteristiche stesse del lavoro atipico e delle scarse garanzie che hanno i lavoratori in tal caso. Essi, pur di non perdere il lavoro, spesso omettono la denuncia dell'infortunio come tale. Per non parlare poi dei lavoratori irregolari, specie se stranieri.

Il lavoro atipico, oltre che costituire una forma legalizzata di "caporalato", comporta una riduzione drastica dei diritti e delle tutele dei lavoratori, sia in termini di diritto del lavoro in generale, sia in termini del diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro.

(....)

CONDIZIONI OGGETTIVE DI NON SICUREZZA PER I LAVORATORI PRECARI

Al di là degli enunciati di legge sopra esposti, che nella cronica assenza di controlli da parte di enti pubblici (ASL, Ispettorato del Lavoro), rimangono appunto solo enunciati, la condizione stessa di lavoro atipico e in generale a tempo determinato, pone il lavoratore in condizioni di oggettiva mancanza di ogni forma di tutela con particolare riferimento a quella della igiene e della sicurezza.

Il lavoratore a termine è molto più ricattabile rispetto al lavoratore con contratto fisso, soprattutto in una dinamica di mercato del lavoro in crisi, come quella attuale.

Il lavoratore a tempo determinato e, in misura maggiore, il lavoratore atipico vivono perennemente sotto la "spada di Damocle" di non vedere rinnovato il proprio contratto, con l'incubo di rimanere senza lavoro e senza sostentamento economico.

Il lavoratore a termine non richiede la tutela dei propri diritti, non alza la voce, non si rifiuta di lavorare in condizioni inaccettabili, perché sa che, se lo facesse, l'immediata conseguenza sarebbe la perdita del lavoro.

Egli sta zitto, non rompe i coglioni e accetta e paga le conseguenze della sua condizione lavorativa.

Per questo (e non solo) tra lavoro atipico, in qualunque forma si manifesti, e "caporalato" non c'è nessuna sostanziale differenza !

Marco Spezia
ingegnere e tecnico della sicurezza

NB. *Il documento intero lo si può richiedere alla redazione di Lavoro e Salute info@lavoroesalute.org*

Le denunce per malattie professionali che continuano ad aumentare di anno in anno: nel 2013 toccano infatti quota 52mila con un aumento di 5.500 casi rispetto all'anno precedente. Un aumento che ha riguardato negli anni in particolare le donne, le cui denunce in quattro anni sono quasi raddoppiate.

COME AVVIENE IL RICONOSCIMENTO DI UNA MALATTIA PROFESSIONALE

Un intervento chiarisce alcuni concetti relativi alle malattie professionali. Le malattie tabellate, il sistema misto, la presunzione legale di origine professionale e il costo della non sicurezza. Focus sulle patologie muscolo-scheletriche.

Spesso nel nostro giornale parliamo di malattie professionali, di malattie tabellate e di malattie non tabellate, magari dando erroneamente per scontato che il significato dei termini e le varie implicazioni per lavoratori o datori di lavoro siano evidenti.

Per fare chiarezza sul tema, con particolare riferimento ai disturbi muscoloscheletrici, possiano fare riferimento agli atti del seminario "Malattie professionali da movimentazione manuale dei carichi e da movimenti ripetitivi", che si è tenuto il 21 marzo 2014 a Rimini ed è stato organizzato da Assoservizi Rimini e Confindustria Rimini in collaborazione con l'Unità Ricerca EPM: Ergonomia della Postura e del Movimento di Milano.

L'intervento "Le Malattie Muscolo-Scheletriche: presunzione legale di origine professionale e costo della Non Sicurezza", a cura del dottor Massimiliano Pastori (Dirigente Medico INAIL Rimini e Medico Competente) ci ricorda infatti che secondo l'articolo 3 del D.P.R.1124/65:

"l'assicurazione è obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegato n.4, le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa e in quanto tali lavorazioni rientrino fra quelle previste nell'articolo 1. La tabella predetta può essere modificata o integrata [...]".

Ma cosa si intende per malattia professionale (MP)? Si intende una patologia la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo.

Dunque per le malattie professionali non basta l'occasione di lavoro come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale o concausale diretto, tra il rischio professionale e la malattia.

Il rischio può essere provocato dalla lavorazione che l'assicurato svolge, oppure dall'ambiente in cui la svolge (cosiddetto "rischio ambientale").

Il relatore ricorda che esistono poi diverse definizioni delle malattie professionali a seconda dei vari contesti (epidemiologico, preventivo, assicurativo).

Una definizione di carattere generale proposta indica che la malattia professionale è "qualsiasi stato morboso che possa essere posto in rapporto causale con lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa; è caratterizzata da una graduale e progressiva azione di fattori presenti nell'ambiente di lavoro che possono compromettere la salute dei lavoratori".

Dunque con "malattia professionale" può essere identificata una condizione patologica la cui eziopatogenesi può essere ricondotta all'attività lavorativa svolta dal soggetto a seguito dell'esposizione ad uno o più fattori di rischio presenti nel ciclo lavorativo stesso o nell'ambiente di lavoro.

Una volta che sia più chiaro il significato di malattia professionale è bene ribadire che con il Decreto Ministeriale del 9 aprile 2008 sono state approvate le nuove tabelle delle malattie professionali con alcune novità:

- indicazione nosologica delle patologie correlate ad agenti causali;
- diversificazione del termine massimo di indennizzabilità per le varie malattie;
- introduzione delle patologie muscolo - scheletriche.

Dopo aver riportato le caratteristiche del sistema tabellare, il relatore sottolinea che per le Malattie Professionali tabellate il lavoratore è sollevato dall'onere di dimostrare l'origine professionale della malattia.

Dunque provata l'adibizione alla lavorazione tabellata (o comunque l'esposizione a un rischio ambientale provocato da quella lavorazione) e l'esistenza della malattia anch'essa tabellata e laddove sia stata effettuata la denuncia nel termine massimo di indennizzabilità, si presume per legge che quella malattia sia di origine professionale: questa la cosiddetta "presunzione legale d'origine".

Tuttavia la Corte Costituzionale, con la sentenza n.179/88, ha introdotto nella Legislazione italiana anche il cosiddetto "sistema misto" in base al quale

CONTINUA A PAG. 14

RICONOSCIMENTO DI UNA MALATTIA PROFESSIONALE

CONTINUA DA PAG. 13

il sistema tabellare resta in vigore, con il principio della "presunzione legale d'origine", ma è affiancato dalla possibilità per l'assicurato di dimostrare che la malattia non tabellata di cui è portatore, pur non ricorrendo le tre condizioni previste nelle tabelle, è comunque di origine professionale. Detto principio è richiamato dall'articolo 10 del D.Lgs.38/00.
Per cui si hanno due possibilità:

- malattia professionale tabellata: se la malattia e la lavorazione sono previste in tabella, scatta la presunzione legale di origine professionale;
- malattia professionale non tabellata: se la malattia non è presente in tabella, la professionalità può essere riconosciuta, ma l'onere della prova è a carico del lavoratore (deve dimostrare l'origine professionale della sua patologia fornendo le prove dell' esistenza della stessa, della causa di lavoro, del rapporto eziologico).

Il relatore si sofferma poi sui disturbi muscolo scheletrici, considerati tra le più importanti cause di denuncia per malattia professionale.
Nell'ultimo quinquennio i casi sono praticamente triplicati mentre, nello stesso periodo, le altre malattie professionali sono diminuite del 4%. Nel 2010 due denunce su tre erano relative a patologie dell' apparato muscolo-scheletrico, 30.500 casi sui 46.500 pervenuti all'INAIL. Causa di questa esplosione di denunce è l'inserimento di queste patologie nell'elenco delle malattie "tabellate" e cioè quelle per cui il lavoratore è esonerato dall'onere della prova.
L'intervento, che vi invitiamo a visionare integralmente, mostra poi l'incidenza di questi disturbi attraverso varie statistiche nazionali e internazionali con riferimento specifico alle patologie muscolo-scheletriche e ai disturbi da sovraccarico biomeccanico.

Il documento "**Le Malattie Muscolo-Scheletriche: presunzione legale di origine professionale e costo della Non Sicurezza**", a cura del dottor Massimiliano Pastori (Dirigente Medico INAIL Rimini e Medico Competente), intervento al seminario tecnico "Malattie professionali da movimentazione manuale dei carichi e da movimenti ripetitivi" è scaricabile all'indirizzo: *http://www.puntosicuro.it/_resources/files/140321_seminario_confindustria_MP.pdf*

Tiziano Menduto www.puntosicuro.it

Spett. le redazione di Lavoro e Salute

Dall'Osservatorio sicurezza sul lavoro *vegaengineering*

Ci auguriamo che il comunicato e le tabelle statistiche possano diventare un utile strumento di lavoro per Voi e che possano trovare diffusione al fine di contribuire a diffondere la cultura della sicurezza tramite una diffusa sensibilizzazione.

N.B: le nostre elaborazioni rilevano gli incidenti mortali verificatisi in luogo di lavoro ordinario e quindi sono esclusi quelli in itinere e quelli dovuti alla circolazione stradale.

Ufficio Stampa - Dott.ssa ***Annamaria Bacchin***

CENTO VITTIME SUL LAVORO NEL SOLO MESE DI LUGLIO

Sono ancora una volta i numeri a narrare il dramma delle morti sul lavoro nel nostro Paese e, questa volta, il bilancio è uno dei più tragici che si possano descrivere. Perché nel solo mese di luglio nel nostro Paese sono deceduti 100 lavoratori. E nei primi sette mesi del 2014 si arrivano a contare 431 vittime sul lavoro da Nord a Sud del Paese.

E ancora una volta e' la Lombardia ad indossare la maglia nera con 50 decessi sul lavoro, seguita dall'Emilia Romagna (48), dalla Puglia (42), dalla Sicilia (37) e da Lazio e Piemonte (33).

Contemporaneamente continua a diminuire, di mese in mese, il decremento della mortalità rispetto al 2013. Era pari al 4,6 per cento a fine giugno, mentre a fine luglio è sceso a 2,5. (I dati completi sono disponibili sul sito www.vegaengineering.com).
Mentre il risultato peggiore sull'incidenza della mortalità rispetto alla popolazione lavorativa secondo l'Osservatorio mestrino viene registrato ancora in Basilicata (50, contro una media nazionale di 19) ed è seguita dal Molise (40,2), dalla Puglia (36,3), dall'Abruzzo (28,5).

Statistiche morti sul lavoro - Osservatorio sicurezza lavoro Vega Engineering
Incidenze morti sul lavoro popolazione occupata Province italiane

I dati sopra citati sono disponibili attraverso la pubblicazione mensile sul sito www.vegaengineering.com.

sicurezza sul lavoro

PER UN CENTRO DI DOCUMENTAZIONE E RICERCA DANNI E RISCHI SULLA SALUTE

dalla ThyssenKrupp, all'Eternit, dai fatti quotidiani sconosciuti, alle malattie professionali

Il numero speciale di Lavoro e Salute agli atti del processo

In un incontro a Torino presenti Massimiliano Quirico (direttore della rivista "Sicurezza e Lavoro"), Franco Cilenti (direttore del supplemento torinese di Medicina Democratica "Lavoro e Salute"), Enzo Ferrara (Centro Sereno Regis di Torino), Fulvio Aurora (direttore responsabile di "Medicina Democratica"), si è discusso dei più importanti processi che hanno provocato, recentemente, i più gravi danno alla salute dei lavoratori. Nella fattispecie il processo contro Harald Hespenan ed altri (ThyssenKrupp di Torino) e Stephan Schmidheiny (ETERNIT di Casale M., Cavagnolo, Rubiera, Bagnoli).
Processi non ancora del tutto conclusi, ma che hanno dato il segno nazionale ed internazionale della necessità di intervenire per ridurre ed eliminare gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

I processi, che sono importanti e necessari per richiedere giustizia, per aumentare il livello di coscienza collettiva dei lavoratori e della popolazione, nonché per intervenire dal punto di vista istituzionale per l'applicazione delle leggi esistenti, non bastano.
E' necessario, per farli cessare, un impegno permanente e organizzato, di lunga durata.

Si è valutato che, rifacendosi ad esperienze passate positive, è auspicabile la nascita di un "Centro di Documentazione e Ricerca sui danni e rischi sulla salute" allo scopo di promuovere la prevenzione dentro e fuori i luoghi di lavoro.

In Italia vi è una sorte di assuefazione ed accettazione degli infortuni sul lavoro. Ci si accorge, a livello sociale, solo quando l'infortunio colpisce più lavoratori. Se muoiono sette lavoratori nello stesso luogo e nel loro insieme fanno notizia, se altri sette lavoratori muoiono nello stesso giorno, sempre per infortunio, il problema è diluito, forse, se ne parla sui giornali locali.

E non parliamo delle malattie da lavoro, chiamate "professionali" che mostrano una ben più elevata mortalità annuale rispetto agli infortuni, ma che la società digerisce come fatto inevitabile.
Per parlarne occorre istruire grandi processi con decine di imputati, decine o centinaia di morti.
Trattandosi di eventi che sono stati originati in passato, non vengono più considerati attuali, come se, oggi, contaminazioni da sostanze tossiche e cancerogene, da organizzazione del lavoro stressante e debilitante, non esistessero più.

Parliamo della costituzione di un Centro "militante", che va oltre la mera raccolta di documenti (peraltro importante), ma che cerca di agire all'interno del problema perché si intervenga, perché si crei una cultura collettiva nuova, perché le morti operaie (o in generale di lavoratori e di cittadini indirettamente colpiti per ragioni risalenti al lavoro), vengano considerate socialmente gravi e quindi si agisca di conseguenza.

salute nel lavoro

ATTIVITA' DI PULIZIA: I RISCHI IN GRAVIDANZA E PUERPERIO

Indicazioni per una valutazione dei rischi in ottica di genere nel settore delle pulizie. I fattori di rischio, gli effetti sulla salute e le soluzioni possibili. La pulizia dei pavimenti, delle superfici orizzontali e verticali, delle cucine e dei bagni.

Documenti che pur non recenti (in questo caso risalgono al 2009) contengono ancora utili informazioni per migliorare l'efficacia delle valutazione dei rischi in ottica di genere.

Ci soffermiamo in particolare sui rischi relativi alle attività di pulizia. Nella pubblicazione "La valutazione dei rischi per la salute in gravidanza e puerperio nel settore delle pulizie", realizzata dall'Azienda USL Viareggio in collaborazione con la Consigliera di Parità della Provincia di Lucca, si ricorda innanzitutto che la normativa di tutela della maternità prevede che durante la gravidanza la donna possa continuare a lavorare solo in condizioni ambientali e professionali sicure.
E se la normativa vieta di esporre le lavoratrici durante la gravidanza e il puerperio ad alcuni fattori di rischio, l'opuscolo permette al datore di lavoro, allo staff aziendale previsto dal D.Lgs.81/08, di analizzare la situazione lavorativa della propria azienda e prendere i provvedimenti più idonei e le cautele necessarie per le lavoratrici.

Prima di affrontare alcune tipologie di attività di pulizia, il documento sottolinea che numerosi studi pubblicati negli ultimi anni descrivono le patologie professionali o correlate al lavoro tra gli addetti alle pulizie.
Ad esempio uno studio ambientale condotto da autori danesi riporta dati sulla elevata presenza di composti organici volatili (Volatile Organic Compounds: VOC) negli ambienti in conseguenza dell'utilizzo di prodotti di pulizia. Gli autori sottolineano come i prodotti per pulizia siano di diversi tipi e come gli effetti sulla salute da essi provocati siano correlati sia alla loro composizione sia alle loro modalità d'uso.

I prodotti utilizzati per le pulizie contengono sostanze che evaporano e sostanze che non evaporano, tra le prime, gli effetti tossicologici più importanti sono determinati dai VOC definiti come sostanze con punti di ebollizione tra 0 e 400 gradi Centigradi.
E l'uso di prodotti per la pulizia determina un aumento temporaneo di VOC specialmente durante il processo di pulizia. Anche le particelle e lo sporco che si mettono in movimento durante le operazioni di pulizia contengono una grande varietà di sostanze non volatili e volatili, inclusi gli allergeni, tra quelle volatili sono presenti circa 200 differenti VOC.

Riguardo alle allergie molti studi descrivono un aumento di casi di asma tra gli addetti a questo settore e riportano dati sulle dermatiti allergiche ed irritative e sul notevole numero di allergeni per la cute presenti nei prodotti per pulizia.

Il documento cita altre ricerche che hanno evidenziato l'aumento di incidenza di patologia venosa nelle addette alle pulizie, l'aumento di ischemia miocardica ed infarti nelle donne addette alle pulizie, l'aumento del rischio di ammalarsi di patologie muscoloscheletriche.

Altri studi descrivono anche gli effetti sulla gravidanza in donne che lavorano in questo settore: in particolare autori inglesi descrivono casi di bambini affetti da ipospadia quando le madri erano esposte a sostanze che interferiscono con il sistema endocrino (endocrine disrupting chemicals) e tra queste erano elencate anche le addette alle pulizie.

Autori francesi descrivono uno studio caso-controllo in bambini affetti da malformazioni congenite e riportano una correlazione tra palatoschisi ed esposizione materna ai solventi in madri che nella maggioranza dei casi lavoravano nel settore delle pulizie.

CONTINUA A PAG. 17

ATTIVITA' DI PULIZIA

CONTINUA DA PAG. 16

Uno studio australiano riporta invece la correlazione tra l'uso di prodotti di pulizia per i forni e gli aborti spontanei nel primo trimestre.
Altri studi dimostrano una correlazione tra lavori faticosi e parti prematuri in un gruppo di lavoratrici delle quali molte sono addette alle pulizie o un aumento di rischio di aborto correlato al lavoro che richiede sforzi elevati e frequenti piegamenti.

Veniamo dunque alla prima tipologia di pulizia analizzata dal documento: la pulizia dei pavimenti (spazzamento e raccolta dello sporco, preparazione del detergente diluito in acqua nei secchi, lavaggio dei pavimenti con mocio, spostamento di mobili o suppellettili, svuotamento del secchio).

Questi i fattori di rischio riscontrati:

- chimici: inalazione di polveri, di allergeni e di prodotti per la pulizia. Contatto cutaneo con detergenti;
- posturali: attività in stazione eretta prolungata con flessione protratta in avanti del rachide e sollevamento di pesi;
- meccanici : è possibile la caduta per scivolamento.

Le soluzioni prospettate sono precise:

- durante la gravidanza: allontanamento da questo tipo di attività;
- durante il puerperio: allontanamento da questo tipo di attività.

Per ogni attività analizzata il documento si sofferma anche sulle sostanze chimiche utilizzabili (nel caso dei pavimenti: polveri, allergeni, ammoniaca, ipoclorito di sodio, composti organici volatili) e sugli effetti sulla salute.

Le stesse soluzioni presentate (l'allontanamento dall'attività in caso sia di gravidanza che di puerperio) valgono anche per:

- la pulizia dei bagni (pulizia dei sanitari, pulizia di superfici orizzontali e verticali): i fattori di rischio sono chimici (inalazione e contatto cutaneo con polveri, vapori, aerosol di sostanze caustiche, irritanti e sensibilizzanti) e posturali (prolungata stazione eretta, anteroflessione protratta del rachide, movimenti ripetuti del polso);
- la pulizia delle cucine (lavaggio manuale di pentole e stoviglie di grosse dimensioni, pulizia di forni e fornelli, pulizia di superfici orizzontali e verticali): i fattori di rischio sono chimici (contatto cutaneo ed inalazione di vapori, polveri e aerosol di sostanze caustiche, irritanti e sensibilizzanti) e posturali (stazione eretta prolungata ad arti superiori sollevati, movimenti ripetuti del polso).

Ricordiamo, per concludere, che il documento si sofferma anche sulla pulizia delle superfici orizzontali e verticali.

Il documento della Azienda USL di Viareggio "La valutazione dei rischi per la salute in gravidanza e puerperio nel settore delle pulizie" è scaricabile all'indirizzo: www.puntosicuro.info

AFFARI DI COMMERCIO

***S**pending rewiew, parola oggi molto di moda. Bisogna risparmiare a tutti i costi, anche a discapito della qualità, l'importante è risparmiare a qualsiasi costo.*

***I**n questi giorni all'ASL To2 ci sono almeno un centinaio di lavoratrici in ansia per il loro futuro. Ha avuto luogo la gara per l'appalto delle pulizie e la ditta per la quale lavoravano si è piazzata 15° o 17° (più o meno).*
Nel frattempo la prima, la seconda, la terza ditta in ordine d'arrivo, hanno rinunciato. Questo è un motivo di poca chiarezza, non si capisce perchè qualcuno partecipi a una gara, stabilisca teoricamente il prezzo più conveniente/congruo per poi rinunciare. A tutti questi rinunciatari farei pagare una congrua penale: valutarli ha richiesto tempo, materiale, quindi soldi (nella logica della spending rewiew). Intanto le lavoratrici, spesso le uniche con un reddito nella famiglia, sono letteralmente stravolte.

***C**orrono voci di esuberi, di riduzione delle ore, quindi dello stipendio. Questo aumenta l'ansia del domani.*
Qualcuno potrebbe dire che sono privilegiate, perchè per legge la ditta che si aggiudica l'appalto, deve assumerle. Sappiamo che i mezzi per sfoltire l'organico o ridurre le ore ci sono, come ci sono dei silenzi assordanti in azienda, in fondo chissenefrega di questa gente, mica sono dipendenti dell'ASL.

***Q**ui emerge la grande latitanza del sindacato, prima quello di categoria e poi del nostro, quello della funzione pubblica. Pare che non abbiano mai sentito parlare di confederalità, di solidarietà, di sussidiarietà. Non che sia obbligatorio certo, credo però che se organizzasse un tavolo di CONTRATTAZIONE azienda aggiudicataria, ASL e i due sindacati di categoria, nessuno potrebbe giocare a riompiattino. Non si scappa. Lo scambio d'informazioni e di conoscenze tra i sindacati, non potrebbe che andare a vantaggio dei lavoratori e anche dell'azienda. Questo difficilmente accadrà, il tutto si concluderà, ne sono certo con la classica frase che oggi come oggi appena un lavoratore apre bocca, gli sbattono davanti:-ringrazia che hai un lavoro-.*

Arnaldo Sanità Uil asl To2

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha lanciato l'allarme: l'Aids, una delle malattie a trasmissione sessuale più temibili, sta 'esplodendo' tra gli omosessuali. Per questo ha raccomandato vivamente agli uomini omosessuali di prendere in considerazione l'assunzione di farmaci antiretrovirali come ulteriore metodo di prevenzione dell'infezione da Hiv, intraprendendo la cosiddetta 'profilassi pre-esposizione', accanto all'uso del preservativo.

Aids: a proposito della raccomandazione OMS sull'uso degli antiretrovirali per i gay. Agnoletto: raccomandazione sbagliata

L'OMS fa un regalo miliardario a Big Pharma

Considero sbagliata, controproducente e un regalo a Big Pharma la raccomandazione rivolta dall'OMS agli omosessuali sani di utilizzare gli antiretrovirali come forma di prevenzione. Infatti.

Gli antiretrovirali non sono in grado di garantire un sicurezza totale nell'evitare la trasmissione del virus HIV, ma possono solo abbassare il rischio di contagio e oltretutto hanno effetti collaterali talvolta anche significativi.

Inoltre l'uso di tali farmaci da parte di persone sane inevitabilmente spingerebbe costoro ad abbassare la soglia di attenzione e ad abbandonare l'uso del profilattico che resta, se utilizzato in modo corretto, l'unica vera barriera al contagio.

Affermare che per evitare il contagio è "sufficiente" utilizzare i farmaci deresponsabilizza inoltre le pubbliche ammini-strazioni e i governi che dovrebbero invece non abbassare mai la guardia e investire nelle campagne di prevenzione.

D'altra parte è evidente che nessuna amministrazione pubblica può nemmeno pensare di fornire gratuitamente gli antiretrovirali a persone sane (è già estremamente costoso per lo Stato garantire le indispensabili cure alle persone sieropositive), dovrebbero essere i singoli pagare di tasca propria i farmaci i cui costi estremamente alti costituiscono una barriera invalicabile per la maggioranza della popolazione.

La raccomandazione dell'OMS appare più come un cedimento verso le pressioni delle grandi aziende farmaceutiche che dal 2010 chiedono un tale pronunciamento con l'obiettivo di aumentare enormemente i loro guadagni attraverso l'aumento dei loro "clienti".

Non c'è dubbio che in questo momento gli amministratori di Big Pharma stanno brindando ai loro futuri guadagni milionari e ringraziando l'OMS.

Infine consigliare l'assunzione a persone sane di farmaci "pesanti" come gli antiretrovirali è un'assurdità, un controsenso, è come dichiarare il fallimento di secoli di storia della medicina preventiva e dell'igiene pubblica; pensiamo cosa significherebbe applicare questa logica nei confronti di qualunque altra malattia.

Vittorio Agnoletto

Medico, già fondatore e presidente della LILA (Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids), coautore del libro "Aids, lo scandalo del vaccino italiano" (Feltrinelli, 2012)

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST

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

tram: 3, 9; bus 59, 60

lunedi/martedi
giovedi/venerdi
Orari: 8,30-10,00
Disponibili 15 posti
Esami al Pad. RUDIGOZ

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

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

DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' DI QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO

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

in libreria

INSERTO MIGRANTI

20- Razzismo e Tbc sono malattie della crisi e i migranti non centrano

21- Partire è un poco morire. Malattie infettive nelle popolazioni immigrate nell'Unione Europea

22- Gli stranieri con il permesso infermieristico possono chiedere la carta di soggiorno

23- Il rapporto delle Acli sulle badanti in Italia. Sruttamento di famiglia in un interno

25- Assistenza medica e sanitaria agli irregolari

26- Bufale. Ebola, ebola, ebola

26- Epidemiologi: nessuna epidemia di TBC

ricerca a cura della redazione di Lavoro e Salute

con articoli di
Stefano Galieni, Pier Luigi Lopalco
Claudia Galati, Claudia Moretti, Rem
e da: *migrantesonline.it e immigrazione.biz*

Razzismo e Tbc sono malattie della crisi *e i migranti non centrano*

C'è una malattia infettiva che si va diffondendo in ampi strati del Bel Paese. Ha conseguenze devastanti per la sopravvivenza stessa della specie umana, non si conosce quello che viene comunemente chiamato il caso zero, il primo portatore, ma si va espandendo da oltre 30 anni. Una tesi che va per la maggiore cerca di dimostrare come tale virus sia stato facilitato dagli spostamenti migratori, ma recenti e più autorevoli ricerche dimostra l'infondatezza di tali affermazioni. Il virus è autoctono, è veicolato attraverso il semplice proferir parola o sottoporsi ad un trattamento eccessivo di talk show. Alcune regioni italiane sembrano subirne maggiormente la diffusione. Gli effetti sono devastanti: allucinazioni, si immagina di vivere in Paesi dal nome immaginario, crisi di panico, isteria, aggressività verso gli altri e financo verso se stessi. Ultimamente poi è un proliferare di untori che, lungi dal possedere conoscenze di medicina, invocano allarmi ed apocalissi imminenti, rendendo ancora più ardui i percorsi di recupero. Poco fà il sistema sanitario nazionale (SSN) per curare tale morbo e poca prevenzione viene effettuata nelle scuole, nei luoghi di lavoro e di socialità. Il nome di questa orrenda peste del XXI secolo fa venire i brividi "ignoranza".

Da aggiungere a quanto qui affermato un elemento politico di riflessione. Sono gli stessi operatori delle Asl a definire la Tbc come la "malattia della crisi". Condizioni di vita disagiata, abuso di alcool e malnutrizione abbassano le difese immunitarie. L'esame Mantoux ha un costo per il SSN di pochi centesimi, le cure per chi incappa in questa patologia sono lunghe e debilitanti. Per sei mesi almeno si debbono assumere quotidianamente dosi massicce di antibiotici, la dieta deve essere estremamente accurata e il paziente che a quel punto non è assolutamente infettivo, deve poter vivere in condizioni di estremo equilibrio. Succede ormai da anni che le categorie marginalizzate della società di un Paese che, come ormai si usa dire, clochardizza, sempre più persone, non possano permettersi tali cure. Interrompere la terapia non si traduce nel ridivenire pericolosi veicoli di infezione. Si traduce nella debilitazione, nell'insorgere di forme extrapolmonari della malattia che invalidano senza prospettiva di ritorno. Si tratta soprattutto di persone sole, di anziani con pensioni insufficienti, di uomini e donne che, indipendentemente dalla provenienza geografica, vivono in una condizione di povertà.

La tanto temuta Tbc, caro comico miliardario, ormai sempre meno comico e sempre più miliardario, è una malattia che ti spaventa perché è dei poveri. E nel populismo misero di certa cultura politica, invece di accanirsi contro la povertà, ci si accanisce contro chi, di questo esercito che cresce a dismisura, fa parte.

Stefano Galieni

Partire è un poco morire. Malattie infettive nelle popolazioni immigrate nell'Unione Europea

La chiara disproporzione di casi di AIDS, tubercolosi ed epatite B nella popolazione migrante suggerisce come la condizione di immigrato rappresenti ancora oggi nell'UE un determinante di salute importante che fa degli immigrati una popolazione piú fragile con minore accesso ai programmi di prevenzione.

Il rapporto [PDF: 2,7 Mb] dell'ECDC (European Center for Disease Control and Prevention) "Valutazione del carico delle malattie infettive nella popolazione di immigrati nell'Unione Europea" appena pubblicato mostra uno spaccato interessante sulla salute della popolazione migrante nell'Unione Europea.

Il rapporto prende in considerazione un gruppo di malattie infettive considerate rilevanti (HIV, tubercolosi, epatite B e C, gonorrea, sifilide, morbillo e rosolia, malaria e malattia di Chagas) ed é basato su una analisi di dati ed informazioni provenienti da svariate fonti: il sistema europeo di sorveglianza delle malattie infettive (Tessy), una revisione della letteratura ed una survey condotta attraverso una rete di esperti selezionati in tutti i Paesi UE.

Il quadro che ne deriva conferma numerose evidenze che erano giá ben chiare agli esperti del settore, ma apre anche nuove opportunitá e sfide. In ogni caso, il rapporto rappresenta un buon punto di riferimento anche per i non addetti ai lavori che volessero conoscere meglio la situazione specifica della diffusione delle malattie infettive nella popolazione migrante, lungi da qualsiasi deriva populistica ed eliminando i tanti falsi allarmismi che spesso riempiono le cronache nazionali.

Queste le principali conclusioni del Rapporto. HIV: tra il 2007 ed il 2011 ben il 39% dei nuovi casi di infezione da HIV provengono dalla popolazione immigrata (per la definizione di "popolazione immigrata" rimandiamo ai dettagli del Rapporto, per ovvi motivi di spazio).
Questo dimostra come esista una chiara sproporzione fra l'incidenza di nuovi casi di HIV fra la popolazione "indigena" e quella immigrata. L'aumento di incidenza é stato osservato specialmente fra i cittadini provenienti dall'America Latina e dall'Est Europa. In calo invece la proporzione di nuove infezioni dall'Africa sub-Sahariana. La via di trasmissione piú frequente é risultata essere attraverso rapporti eterosessuali non protetti, anche se nei migranti dal Sud America resta elevata la quota legata ai rapporti omosessuali. Sembrerebbe evidente che molti migranti siano ad elevato rischio di acquisire l'infezione una volta arrivati nell'UE: non si tratterebbe dunque di "importazione" di casi, bensí di problemi legati ad una maggiore suscettibilitá di questi soggetti all'infezione una volta arrivati in UE (comportamenti a rischio, mancanza di modelli di prevenzione, ecc.)

Tubercolosi: anche per la tubercolosi, si é osservato un trend in aumento di casi legati alla popolazione migrante: dal 10% nel 2000 al 25% nel 2010. Specialmente nell'Europa occidentale, la maggior parte dei casi di TB viene riportata nella popolazione migrante (fino al 70% in Paesi come Gran Bretagna, Olanda, Paesi Scandinavi). Allarmante il dato che mentre l'incidenza sembra ridursi nella popolazione "indigena", si registri un aumento dei casi nella popolazione immigrata. Il Rapporto sottolinea anche come la preoccupazione l'aumento di casi di TB registrati nella popolazione immigrata possa far aumentare la diffusione di TB in Europa sia del tutto infondata. Al contrario, tale evidenza suggerisce la necessitá di mettere in atto specifiche strategie di prevenzione in quei gruppi di popolazione che sono stati evidenziati a maggior rischio.

Gonorrea e sifilide sembrano non differire in maniera significativa fra popolazione immigrata e residente. Mentre i dati a nostra disposizione non ci consentono di trarre conclusioni riguardo morbillo, rosolia ed epatite C. Al contrario, l'epatite B colpisce in maniera discriminatoria le popolazioni immigrate, anche grazie al fatto che in tutti i Paesi UE le strategie vaccinali contro l'epatite B hanno ridotto al minimo la circolazione locale del virus. In Paesi come la Svezia, ormai la quasi totalitá di infezioni da virus dell'epatite B si riportano in soggetti immigrati che non sono stati vaccinati nei loro Paesi di origine.

Un ulteriore problema di salute da affrontare nella popolazione migrante é l'acquisizione di malaria

CONTINUA A PAG. 22

Partire è un poco morire.

CONTINUA DA PAG. 21

legata ai frequenti viaggi di ritorno per visitare i Paesi di origine, oppure alla presenza di malaria nei lavoratori stagionali. L'Africa sub-Sahariana é al primo posto per i casi importati di malaria da P. falciparum. Attenzione alla diagnosi e terapia tempestiva ed efficace sono indispensabili per prevenire i casi gravi.

Infine, il Rapporto riporta un incremento preoccupante di casi di malattia di Chagas (negli immigrati dall'America Latina) in Italia, Francia, Spagna, Olanda e Regno Unito. Anche in questo caso i medici devono tenere in conto la diagnosi di questa malattia, certamente rara alle nostre latitudini.

Tuttavia, la conclusione principale del Rapporto é rappresentata dall'evidenza che i dati a nostra disposizione sono ancora piuttosto frammentari e che é necessario un forte sforzo da parte della Sanitá Pubblica per migliorare la qualitá dell'informazione per poter attuare misure preventive meglio mirate. I dati sulla diffusione di alcune patologie (quali HIV e TB) fra la popolazione immigrata e quella "indigena" sono piuttosto scarsi, anche se la chiara disproporzione di casi nella popolazione migrante suggerisce come la condizione di immigrato rappresenti ancora oggi nell'UE un determinante di salute importante che fa degli immigrati una popolazione piú fragile con minore accesso ai programmi di prevenzione.

Pier Luigi Lopalco

Direttore della Sezione per la Valutazione Scientifica, ECDC – Stoccolma. Professore Associato di Igiene – Università di Bari

www.saluteinternazionale.info

Lavoro e diritti

Anche gli stranieri titolari del permesso infermieristico possono chiedere la carta di soggiorno

Lo chiarisce una circolare del Ministero dell'Interno – La circolare del 26 novembre 2013 sinora mai resa pubblica, il Ministero dell'Interno, ha chiarito definitivamente che i titolari di permesso di soggiorno infermieristico ex art. 27 c. 1 lett. r-bis) del d.lgs. n. 286/98, in possesso dei requisiti previsti dall'art. 9 del T.U.I., possono accedere allo status di lungosoggiornanti, rientrando nel campo di applicazione della direttiva europea n. 2003/109.

Già la Corte di Giustizia europea dd. 18 ottobre 2012 (causa C-502/10) ha stabilito che il concetto di "permesso di soggiorno formalmente limitato" ostativo all'accesso allo status di lungo soggiornanti non può comprendere un permesso di soggiorno a tempo determinato, rilasciato ad un gruppo specifico di persone, la cui validità può essere prorogata illimitatamente, quando tale limitazione, collegata ad esempio all'esercizio di una specifica mansione lavorativa, non impedisce agli interessati di insediarsi ed integrarsi stabilmente nel Paese di immigrazione.

Poichè il permesso di soggiorno infermieristico consente espressamente la stipula di rapporti di lavoro anche a tempo indeterminato ed è assimilato agli altri permessi di soggiorno per motivi di lavoro subordinato o autonomo per quanto concerne l'accesso al diritto all'unità familiare (ricongiungimento dei familiari) (art. 28 d.lgs n. 286/98), l'accesso ai diritti sociali e all'alloggio, ivi compresi gli alloggi di edilizia residenziale pubblica ovvero gli interventi di credito agevolato per l'acquisto della prima casa, in condizioni di parità di trattamento con i cittadini italiani (art. 40 c. 6 e art. 41 d.lgs. n. 286/98), è evidente che non può essere considerato un titolo di soggiorno 'formalmente limitato' ed ostativo all'accesso allo status di lungosoggiornante secondo i criteri interpretativi della direttiva europea 109/2003 stabiliti dalla Corte di Giustizia europea.

Fonte: http://www.immigrazione.biz

Lavoro domestico e assistenza familiare

Secondo i dati Inps, nel 2012 i lavoratori domestici ("colf" e "badanti") in Italia sono poco meno di 1 milione. Di questi, 8 su 10 sono stranieri.
Il fenomeno, specie per quanto riguarda l'assistenza a persone anziane non autosufficienti, ha registrato un boom proprio negli anni della crisi, costituendo un settore nuovo e assai rilevante su scala nazionale.

In particolare, dal 2007 al 2012 il numero di badanti stranieri è più che raddoppiato. Il numero di badanti italiani, seppur con numeri più contenuti, è addirittura quadruplicato, segno che, proprio a causa della crisi, gli Italiani hanno cominciato a svolgere una professione che fino a pochi anni fa era esclusivo appannaggio degli stranieri.

Da questi pochi dati si intuisce l'importanza di questo fenomeno, ancora poco rappresentato e tutelato, finora gestito perlopiù dal basso. Considerando il costante aumento dell'età media della popolazione e le sempre più scarse risorse a disposizione del welfare pubblico, appare evidente come il fenomeno delle "badanti" diventerà sempre più cruciale nel sistema sociale e familiare italiano, in settori fondamentali come la cura di bambini e anziani o l'assistenza degli ammalati o di persone con disabilità.

Il rapporto delle Acli sulle badanti in Italia

Sfruttamento di famiglia in un interno

Le famiglie, troppo indaffarate e spesso per vari motivi impossibilitate a seguire i propri anziani si affidano sempre più alle colf per assistere i genitori anziani. Succede così che in Italia le badanti, oltre a lavorare più del massimo previsto dalla legge (64,6%) talvolta devono svolgere anche mansioni para-infermieristiche per persone non autosufficienti dal punto di vista fisico e mentale (per il 42,4%). E come se non bastasse, lo stipendio medio mensile è di circa 800 euro contro gli 850 euro percepiti nel 2007, e per ogni ora lavorata il compenso è di 4 euro (erano 6 euro nel 2007), 2,70 euro al sud.

Questi i dati emersi dal rapporto: "Viaggio nel Lavoro di Cura - Le trasformazioni del Lavoro domestico nella vita quotidiana tra qualità del lavoro e riconoscimento delle competenze", promosso da Acli Colf e Patronato Acli e svolto dall'Istituto di Ricerche Educative e Formative, presentato il 16 giugno a Roma in occasione della Giornata Internazionale delle Lavoratrici e dei Lavoratori Domestici.
Dal campione - 837 badanti residenti in 117 diversi comuni italiani - si evince che il 94% sono donne, e il carico di lavoro che l'11,8% di queste lavoratrici (due su tre) deve sopportare impegna addirittura sette giorni su sette, nove ore al giorno e più di 54 ore a settimana. Per soli 4 euro l'ora.

Oltre all'assistenza, in un caso su due (il 67,9% al sud) le badanti devono gestire da sole persone non autosufficienti e con gravi problemi psico-fisici senza il supporto di altri specialisti quali assistenti domiciliari, infermieri e assistenti sociali. Nel 90,1% dei casi svolgono anche mansioni accessorie; il 49,8% ha la responsabilità di alcune attività para-infermieristiche e il 36,4% di tutte.
"La badante è una sorta di factotum alla quale si chiede di espletare compiti eterogenei e non necessariamente connessi con l'assistenza alla persona. Basti pensare che il 43,2% delle intervistate afferma di svolgere anche lavori per la famiglia di appartenenza della persona che assiste e, in un caso su quattro, senza che per questi compiti aggiuntivi venga corrisposta alcuna integrazione economica", sottolinea lo studio. "L'assistente diventa un soggetto al quale viene chiesto di intervenire su tutto lo spettro dei bisogni di cura della persona. In pratica, in questi casi, la badante riceve una sorta di delega in bianco, sulla quale è scritto: qualunque cosa succeda, occupatene tu".

Nel caso di assistenza a un soggetto completamente non autosufficiente, per il 50,8% dei casi la badante non riceve alcun aiuto esterno. Tra le lavoratrici che supportano persone con scarsa autonomia psico-fisica solo il 25,6% condivide il carico lavorativo con qualche altra collega. Per quanto attiene ai contratti, nel 76,5% dei casi il rapporto

CONTINUA A PAG. 24

Sfruttamento di famiglia

CONTINUA DA PAG. 23

di lavoro è regolato da un contratto scritto, ma il 51,1% dichiara irregolarità contributive, il 33,9% lavora in nero e il 15% afferma di non aver ricevuto nessun versamento contributivo.

Due assistenti familiari su cinque confermano le difficoltà a mettersi in regola. Guadagnano di più le badanti che vivono con il loro assistito (850 euro al mese per 3,75 euro l'ora, contro le 700 euro - 4,32 l'ora - delle altre), ma solo perchè lavorano più ore. "Orari di lavoro lunghi, difficoltà a contrattualizzare il rapporto, mancata contribuzione previdenziale sono le spie di una condizione lavorativa che, nei casi più estremi, può arrivare a connotarsi in termini di sfruttamento.

In termini di responsabilità personale e di rischio lavorativo, quest'ultimo è un dato da considerare con attenzione poiché senza le tutele contrattuali si perde la possibilità di veder garantita la propria posizione in eventuali situazioni problematiche", lamenta il dossier.

Su un orario di 54 ore settimanali, le badanti ricevono poco più di 900 euro al mese al centro-nord, 540 euro nel Mezzogiorno. In generale, i salari sono più alti in città che nei piccoli comuni. "Il calo dello stipendio sembrerebbe contenuto, ma se si considerano i dati relativi agli orari di lavoro si nota una dinamica di compensazione tra stipendio e orario di lavoro.

In pratica, per mantenere un livello retributivo minimamente soddisfacente le badanti lavorano di più, abbassando il proprio costo orario. La formula è più lavoro, per lo stesso stipendio."

Il rapporto fa anche il quadro della situazione geo-culturale delle colf: il 58% ha tra i 45 e i 64 anni e il 64,8% proviene dall'Est Europa, e tra queste una su quattro è romena.

Una su tre è andata all'università (il 21,2% si è laureata) e in generale il 54,4% ha studiato per almeno nove anni. Il 22,4% ha avuto un'esperienza formativa in campo medico-infermieristico, e tre su quattro non hanno legami matrimoniali.

Il 44,3% delle lavoratrici dichiara che negli ultimi anni il lavoro è aumentato senza che a questo corrispondesse un incremento dello stipendio. "La crisi economica ha impattato sugli standard minimi di lavoro, in alcuni casi provocando un peggioramento. Una trasformazione che non riguarda solo orari e salari", enuncia lo studio.

A tutto questo di aggiungono gli effetti collaterali del troppo lavoro: il 68,6% soffre di mal di schiena, il 40,6% di altri dolori fisici, il 39,4% di insonnia, il 33,9% di ansia o depressione.

Un lavoro logorante, che influisce sulla salute della lavoratrice specialmente se condotto con ritmi di lavoro così serrati. Inoltre, nell'ultimo anno una badante su tre non è mai andata da un medico a controllare il proprio stato di salute, il 44,2% tra le under 35. Nonostante questi dati, l'autopercezione della professione è positiva: le badanti non considerano "squalificante" il loro mestiere, tanto che l'81,6% non ha problemi a dire agli altri ciò che fa nella vita, e il 59,5% ritiene che "badante" sia il termine migliore per descrivere il lavoro che fa. "Un'espressione per anni considerata squalificante trova l'approvazione della stragrande maggioranza delle lavoratrici", afferma lo studio.

Tuttavia, tra le intervistate la metà ritiene che le persone comuni non abbiano consapevolezza della valenza sociale del lavoro di cura, ma l'altra metà ha un punto di vista più positivo: "Il lavoro di cura non ha, nelle percezione di chi lo svolge, caratteristiche socialmente stigmatizzanti ma sconta un deficit di riconoscimento sociale: questa sfasatura può essere una fonte di disillusione per le lavoratrici e influire negativamente sulle motivazioni personali, elemento quest'ultimo che, nello svolgimento di un lavoro stressante e logorante, conta molto. "

Le badanti che nel 2012 hanno prestato servizio in Italia secondo l'Inps sono oltre 456 mila. Una cifra considerevole, e una categoria che risente anch'essa della crisi. "Occorrono politiche che prevedano meccanismi di sostegno al reddito, come l'intera detraibilità del costo del lavoro di cura. Così si contribuisce anche all'emersione dal nero", ha dichiarato il presidente nazionale delle Acli, Gianni Bottalico.

Claudia Galati

www.controlacrisi.org

Il codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Assistenza medica e sanitaria agli stranieri irregolari

Gli stranieri che si trovano in Italia irregolari per qualsiasi ragione, hanno comunque diritto ad esser curati per cure urgenti o comunque essenziali, ai sensi dell'art. 35 comma 3 del T.U. Immigrazione (D.lgs 286/98),, che così recita:

Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presìdi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Sono, in particolare garantiti: a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della L. 29 luglio 1975, n. 405, e della L. 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto 6 marzo 1995 del Ministro della sanità, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176; c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d) gli interventi di profilassi internazionale; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai.

Cosa si intende per cure urgenti? Quelle non differibili senza che vi siano gravi conseguenze alla vita e alla salute della persona. E per cure essenziali? Si intendono quelle cure e prestazioni, diagnostiche e terapeutiche, che se non effettuate potrebbero portare ad aggravamenti o cronicizzazione, o comunque danni e rischi per la vita e per la salute della persona nel medio e lungo periodo.

Le cure possono essere anche quelle fornite a carattere continuativo, ossia a cicli ripetuti più volte. Recandosi allo sportello dell'Asl di riferimento, lo straniero non dovrà esibire alcun documento di soggiorno, titolo che peraltro non è richiesto dal personale medico sanitario che operi prestazioni ai soggetti non iscritti al SSN, secondo il disposto dell'art. 6 comma 2 T.U. Imm. Il tesserino (Codice STP) ha una

durata di sei mesi, è rinnovabile ed è valido anche per ottenere prescrizioni di farmaci su ricettario regionale. Al momento del rilascio viene richiesta anche una dichiarazione di indigenza, se del caso, redatta su un apposito modello del Ministero della Sanità.

In linea generale il rilascio comporta la registrazione delle generalità del soggetto richiedente, ma è previsto anche che, in assenza di documento di identità, la tessera sia rilasciata anche in base a generalità indicate ma non documentate. E' previsto, inoltre che, in caso di richiesta di restar anonimi, la si possa ottenere anche senza nome e cognome. Ad ogni modo, il personale medico o anche amministrativo, non dovrà effettuare alcuna segnalazione all'autorità, salvo che non debba provvedere a referto (per ipotesi di delitto a procedibilità di ufficio), nei casi previsti anche per i cittadini italiani e solo se lo stesso non esponga il soggetto assistito a procedimento penale.

Ciò dovrebbe tranquillizzare chi, per timore di esser segnalato non si rechi al pronto soccorso o ai consultori, per timore di esser scoperto clandestino. Lo stesso vale anche nei casi di dichiarazione di nascita e di riconoscimento del figlio naturale. Ciò, tuttavia, non significa che i sanitari che erogano le prestazioni non debbano identificare coloro che chiedono assistenza: con Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 marzo del 2000 si è specificato la necessità di farlo, per ragioni attinenti alla tutela degli stessi pazienti in caso di responsabilità dei sanitari, per eventuali dichiarazioni alle autorità diplomatiche del paese di appartenenza e per ragioni di incolumità pubblica dovute a malattie infettive diffusive.

Claudia Moretti

Fonte: immigrazione.aduc.it

Bufale

Ebola Ebola Ebola!!

C'é qualcosa che mi lascia sbalordito: come é possibile che il mondo intero sia "terrorizzato" ed in stato di allerta sanitaria massimale, a causa di questa malattia? mi pongo questa domanda, e non riesco a capacitarmi e darmi una spiegazione. Non capisco tutto questo "frastuono",o allora ho delle difficoltà mentali che mi impediscono di capire. Dunque prendiamo qualche cifra di malattie che uccidono ogni giorno centinaia di migliaia di esseri umani.
Il Tetano che é quasi scomparso dai paesi ricchi uccide ancora 584 persone al giorno, 213.000 morti a l'anno nel mondo, con tre quarti a causa di tetano neonatale. (da 1 Gennaio 128639 Decessi)

In media 46 persone muoiono ogni ora della bilharziosi, dai 300 a 500 000 decessi per anno. La schistosomiasi è una malattia parassitaria, la più diffusa al mondo dopo la malaria. (241580 decessi dal 1 gennaio)

Ogni anno ci sono 55.000 morti a causa della rabbia, 151 morti al giorno in media, uno ogni 10 minuti. La rabbia minaccia 3,3 miliardi di persone in Asia e in Africa, e il cane è il vettore nel 99% dei casi. (dal 1gennaio 33271 decessi)

La tubercolosi è tornata e uccide 1,7 milioni di persone ogni anno. Secondo l'OMS, circa una persona su tre nel mondo h a una forma latente di tuberco-losi che é una nuova forma virulenta resistente al trattamento e si sta rapidamente diffondendo. (1026 733 decessi dal 1gennaio)

Ogni giorno 6.800 persone sono infettate e 5.700 muoiono di AIDS. Le Infezioni da HIV hanno probabilmente raggiunto il picco alla fine del 1990 con più di 3 milioni di nuove infezioni ogni anno. Le stime rivedute indicano un graduale declino dal momento che, con circa 2,5 milioni di nuove infezioni nel 2007 il numero di decessi annuali a causa di AIDS è diminuito da circa 2,4 milioni nel 2005 a circa 1,8 milioni nel 2011. tre quarti dei decessi per AIDS sono in Africa. (1.087.148 decessi dal 1 gennaio).

Mi fermo qui,la lista sarebbe troppo lunga.
Allora non si potrebbe fare a meno di farci intimorire e preoccupare per una malattia senza dubbio molto contagiosa, ma che non dovrebbe occupare l'attenzione in questo modo da far dimenticare la realtà, e creare panico, ingiustificato, e disproporzionato in confronto alle diverse malattie mortali delle quali non si parla, (o comunque poco),e che sono talmente diffuse e letali,al punto di essere ignorate e sottovalutate.

di REM

Epidemiologi: nessuna epidemia di Tbc

"Non c'è assolutamente una epidemia di Tbc" ma "l'allarmismo non aiuta. È quanto afferma, in una intervista al dr Giovanni Baglio, medico epidemiologo dell'Inmp (Istituto nazionale salute, migrazione e povertà) e coordinatore scientifico della Simm (Società italiana di medicina delle migrazioni), a proposito della polemica in Italia a seguito di un post lanciato sul blog di Beppe Grillo e il relativo hashtag in rete "tbcnograzie" sul rischio Tbc tra i poliziotti che vengono in contatto con i migranti. "Questo degli immigrati che portano le malattie è un vecchio cliché che periodicamente viene riproposto".

"La Tbc è una tipica malattia che colpisce le classi più povere - spiega Baglio -. È chiaro che il rischio tra gli stranieri, che vivono in situazioni di più elevata marginalità e degrado, è 5/6 volte maggiore rispetto a quello degli italiani. Ricordiamo che le persone possono avere anche solo l'infezione senza la malattia. L'infezione si può curare tranquillamente, e anche la Tbc è curabilissima con un anno-quindici mesi di terapia. Non siamo di fronte a scenari di peste boccaccesca".

"Abbiamo tutti gli strumenti a disposizione - conclude - usiamoli. L'allarmismo non aiuta. È giusto creare l'attenzione sui problemi ma non banalizziamo e cerchiamo di dedicare al tema la giusta attenzione, mettendo in atto una serie di risposte concrete".

Fonte: www.migrantesonline.it

Decreto Governo PD/Berlusconi

"Sblocca Italia", verso la privatizzazione dell'acqua e dei beni comuni

Venerdì è stato pubblicato il testo del cosiddetto decreto "Sblocca Italia".

C'interessa maggiormente evidenziare è la gravità di quelle norme che, celandosi dietro la foglia di fico della mitigazione del dissesto idrogeologico (Capo III, art. 7), mirano di fatto alla privatizzazione del servizio idrico. Infatti, con questo decreto si modifica profondamente la disciplina riguardante la gestione del bene acqua arrivando ad imporre un unico gestore in ciascun ambito territoriale e individuando, sostanzialmente, nelle grandi aziende e multiutilities, di cui diverse già quotate in borsa, i poli aggregativi.

In questo provvedimento, probabilmente, verranno inserite quelle norme, in parte già presenti nelle prime versioni del decreto circolate all'indomani del Consiglio dei Minsitri di fine agosto, volte a imporre agli Enti Locali la collocazione in borsa delle azioni delle aziende che gestiscono servizi pubblici, oltre a quelle che costringono alla loro fusione e accorpamento secondo le prescrizioni previste dal piano sulla "spending review". Si arriverebbe, addirittura, a costruire un vero e proprio ricatto nei confronti degli Enti Locali i quali, oramai strangolati dai tagli, sarebbero spinti alla cessione delle loro quote al mercato azionario per poter usufruire delle somme derivanti dalla vendita, che il Governo pensa bene di sottrarre alle tenaglie del patto di stabilità.

Con il decreto "Sblocca Italia" si svelano, dunque, le reali intenzioni del Governo, ovvero la diretta consegna dell'acqua e degli altri servizi pubblici locali agli interessi dei grandi capitali finanziari. Infatti, la strategia governativa, pur ammantandosi della propaganda di riduzione degli sprechi e dei costi della politica mediante lo slogan "riduzione delle aziende da 8.000 a 1.000", non garantirà certamente l'interesse collettivo ma solo quello economico e di massimizzazione dei profitti delle grandi aziende multiutilities che già gestiscono acqua, rifiuti e trasporto pubblico locale.

Come Forum dei Movimenti per l'Acqua intendiamo denunciare con forza la gravità di questo provvedimento che si pone esplicitamente in contrasto con la volontà popolare espressa con il referendum del 2011 e dichiariamo sin da subito che ci mobiliteremo per contrastare il tentativo di privatizzazione dell'acqua e dei beni comuni, anche rilanciando un nuovo modello di pubblico che guardi alla partecipazione diretta della cittadinanza alla gestione come elemento qualificante e realmente innovativo.

Forum dei movimenti per l'acqua pubblica
16 settembre 2014

ALESSANDRIA

E' catastrofe se cade un aereo su fabbricazioni Nucleari o sulla Solvay

Quali piani di emergenza?

Tocca sempre a noi fare la Cassandra, però se fosse stata ascoltata Troia non sarebbe stata distrutta. L'aereo che è precipitato a Spinetta Marengo dimostra che rivendicare piani di emergenza perfetti non è allarmismo. Incidenti aerei, attentati, incendi, esplosioni, meteoriti, terremoti, alluvioni sono eventi possibili. Fabbricazioni Nucleari a Bosco Marengo e a pochi chilometri Solvay-Arkema a Spinetta Marengo: sono a rischio di catastrofe, chimica in un caso e nucleare nell'altro. Un piano di emergenza, per avvicinarsi alla sicurezza totale, deve possedere alcune caratteristiche fondamentali. Sistemi di allarme che avvertano all'istante migliaia di persone addestrate, affinchè tempestivamente si proteggano con idonee attrezzature. Sistemi di evacuazione affinchè migliaia di persone addestrate, poi, sappiano dove urgentemente dirigersi e trovare i mezzi di soccorso che tempestivamente li allontanino dal luogo del disastro e ricoverino i più colpiti presso i centri di cura già collaudati. Assistenza medica e ospedaliera presso strutture pubbliche e private già predisposte a fronteggiare gli effetti su migliaia di persone delle sostanze rilasciate nell'ambiente.

Ultima caratteristica, last but not least, i piani di emergenza perfetti devono essere costruiti democraticamente, con la massima partecipazione popolare, dalla fase della loro elaborazione fino a quella della loro gestione. Secondo il principio che abbiamo rivendicato per l'Osservatorio ambientale della Fraschetta. Stiamo parlando di aziende ad alto rischio chimico e nucleare: non basta un piano di emergenza qualunque.

Medicina democratica - ***Movimento di lotta per la salute Sezione provinciale di Alessandria***
16/9/2014

Sezioni aggiornate e un nuovo percorso per il portale sulle malattie rare di Cittadinanzattiva

Malattie rare: informazioni e tutela per i giovani adulti (18-45 anni).

I diritti sul lavoro, i congedi e i permessi retribuiti, l'accesso alla procreazione medicalmente assistita, le cellule staminali da cordone ombelicale, la crioconservazione. Ma anche il ruolo terapeutico e relazionale della medicina narrativa, nonché informazioni sui servizi di supporto psicologico alla malattia.
Si arricchisce di queste sezioni e la creazione di un nuovo percorso focalizzato sulle patologie rare nei giovani adulti (18-45 anni), il portale sulle malattie rare www.malattierare.cittadinanzattiva.it, promosso da Cittadinanzattiva dal 2010 e che finora ha realizzato 99.778 visitatori unici e 174.070 pagine visitate
L'aggiornamento proposto nasce dalla considerazione che alcune patologie rare, con frequente insorgenza nell'età giovanile, impattano pesantemente sulla qualità della vita, ed in particolare sul lavoro e sulla serena gestione della vita familiare. Inoltre, dedicare una sezione specifica a questa fascia di età offre l'opportunità di cogliere sempre di più le reali necessità dei cittadini e anche delle famiglie, così spesso coinvolte nella gestione della malattia e della vita quotidiana del paziente. L'obiettivo è dare risposte concrete ed individuare strumenti utili, argomenti, strategie di tutela sempre più personalizzati.

"Sul tema delle patologie rare e dei diritti delle persone e dei loro familiari, alcune questioni non sono più rinviabili. Il Patto per la salute prevede alcuni impegni in questo senso, ma è necessario garantirne l'effettiva attuazione per passare dalle parole ai fatti", afferma Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva. "Occorre lavorare all'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e in particolare alla revisione dell'elenco delle malattie rare esenti da ticket, fermo ancora al 2001; nonché all'aggiornamento del Nomenclatore tariffario dei presidi e delle protesi fermo ormai al 1999. E' giunto il momento che il nostro Paese si doti di un Piano Nazionale sulle Malattie Rare, al quale si sta lavorando da diversi anni ma che ancora non è stato formalmente approvato, nonostante la scadenza fosse il 2013".
Una ricerca condotta da Cittadinanzattiva ha evidenziato che i cittadini cercano informazioni e "sostegno" sulle patologie rare prevalentemente attraverso la rete, ma spesso sono disorientati dalle tante informazioni.
Per questo, il portale si propone come bussola informativa per il cittadino che si muove tra le tante fonti, siti, notizie e novità sul tema delle malattie rare, promuovendo maggiormente l'empowerment dei familiari e delle persone affette da patologia rara.
Il portale www.malattierare.cittadinanzattiva.it è promosso da Cittadinanzattiva attraverso il Tribunale per i diritti del malato ed il Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici, ed è realizzato con il sostegno non condizionato di Takeda Italia.

In comunità riabilitativa per minori si risparmia sulla psicoterapia, si risparmia sul futuro…

Nel territorio italiano esistono molte strutture private per la tutela e la cura degli individui con problemi di natura psichica. Le possiamo suddividere secondo categorie di intervento di utenti: strutture che ospitano adulti e strutture indirizzate ai minori. In entrambe esistono gradi di intervento per gravità di patologia; le strutture per minori si ripartiscono in Comunità Educative, Comunità Riabilitative Psicosociali per Minori (crp) e Comunità Terapeutiche per Minori (ctm).

Nelle crp si inseriscono i minori con problematiche psichiche anche gravi, ma che permettono ancora un certo grado di intervento finalizzato al recupero della persona. Nelle ctm invece la gravità è tale da far ritenere la compromissione solamente contenibile, tutelando il più possibile la salute dell'ospite, ed, a meno di casi sporadici, dove si cerca con l'intervento psicoterapeutico di recuperare funzionalità comportamentali, emotive, cognitive e relazionali. Il processo deve tenere conto dei risultati pressoché difficili da raggiungere.

Dal punto di vista prettamente clinico, in letteratura, e nella pratica clinica, emerge che i professionisti della cura (ed i ricercatori) riscontrano un'ampia gamma di disturbi psichici in pazienti traumatizzati.
Le traumatizzazioni non sempre si riferiscono ad un evento singolo, come terremoto, incidente o morte improvvisa di un caro, ma spesso a trascuratezza relazionale dei genitori verso i propri figli; mancanza che

CONTINUA A PAG. 29

In comunità riabilitativa

CONTINUA DA PAG. 28

si verifica nell'infanzia con conseguenze visibili nel comportamento già in fase adolescenziale. Dall'evidenza clinica emergono in aggiunta casi di violenza fisica, emotiva o abuso sessuale.

Nei soggetti che hanno sperimentato un legame disorganizzato, ossia incoerente in modalità multipla con le figure di riferimento significative, i principali organizzatori di personalità non sono integrati tra loro (gli aspetti cognitivi ed il comportamento non sono coordinati); nel soggetto si sviluppano almeno due sottosistemi con un certo grado di indipendenza, fino ad arrivare ad essere nuclei identitari diversi nello stesso corpo (disturbo dissociativo).

Emergono così nell'individuo parti di sé più adattate alla vita quotidiana, che sanno cioè rispondere in modo funzionale e socialmente accettabile ai mandati evolutivi di sopravvivenza, e parti emotivamente cariche ed irrigidite sui traumi non elaborati che manifestano comportamenti disadattativi e non socialmente accettabili.

L'individuo, sperimentando nel presente il trauma non elaborato, vive emozioni disregolate; come per esempio rabbia, vergogna, paura e sfiducia nelle altre persone.

Il soggetto tende inconsapevolmente a leggere le relazioni con gli altri come pericolose in modo aprioristico, facendo leva sulla memoria emotiva incorporata (ossia quella memoria che conserva e gestisce le tracce mnestiche delle emozioni e delle sensazioni vissute nel corso della vita in relazione alle figure d'accudimento e dunque a sé stessi), agendo così nella posizione difensiva cronica; questo per proteggersi dal presunto pericolo costante proveniente dalle persone attorno, fino a dissociare in comportamenti violenti, imprevedibili, incontrollati, inaspettati e carichi di rabbia.

Ma cosa significa dissociare in comportamenti violenti? Il racconto di uno spaccato di vita può chiarire il concetto, un esempio di vita vissuta nella comunità per minori, dove un ospite adolescente apparentemente tranquillo inizia a picchiare una persona, per poi, ritornare in sé dopo qualche minuto e chiedersi ad alta voce: "ma perché ho i pantaloni sporchi?". Evidentemente l'episodio di violenza, l'agito rabbioso è stato effettuato in stato alterato di coscienza transitorio (determinato come visto sopra da mancata coordinazione degli organizzatori di personalità) quella parte dissociata che emerge in determinati contesti, che non permette l'integrazione del recente episodio nel flusso narrativo consapevole.

Il lavoro psicoterapeutico è importante per cercare di capire quali sono questi contesti, i segnali ambientali che inducono l'individuo a vivere con la struttura dissociata ed aiutarlo nel riconoscimento di tale parte di sé, fino all'integrazione delle parti, fondamentale per l'inserimento del soggetto in una condizione di vita sicura per sé e gli altri all'interno della società.

L'inserimento nella società porta benefici comuni a tutti; basti pensare al risparmio economico per cure future, per interventi contenitivi e, soprattutto, all'aver recuperato un cittadino attivamente abile a portare il proprio contributo. Non ultimo è l'aspetto umano, che si definisce nel dare la possibilità ad una persona trascurata ed abusata di poter finalmente vivere una esperienza gradevole, in cui le emozioni costanti non sono solo paura, rabbia e vergogna, ma gioia di vivere ed apertura al futuro, a sé ed agli altri.

Nel mese di aprile 2014 il DGR del 15 aprile 2014 n. 55-7469 riduce le ore dello psicoterapeuta solo nelle crp, passando da 38 ore settimanali a 20. Questa scelta di risparmio diminuisce l'intervento nelle situazioni in cui c'è ancora la possibilità di agire con un ampio margine di successo riabilitativo-terapeutico. Nelle ctm il monte ore settimanale rimane inalterato; ma perché rimane inalterato nelle strutture dove l'intervento ha minori possibilità di riuscita mentre si diminuisce nei casi in cui ciò è possibile? Nel presente si ha una riduzione dei costi, nel futuro si potrebbe aprire un fronte nel quale, oltre ad avere più soggetti con problemi psichici, ci saranno più costi sociali per il contenimento sociale e farmaceutico, senza considerare il mancato apporto di soggetti attivi nel mondo del lavoro.

Dott. Massimo Zedda
Psicologo e Psicoterapeuta presso il Centro Clinico Crocetta di Torino
Docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva del Centro Clinico Crocetta di Torino
Consulente sessuale
Collabora al progetto di ricerca presso il Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino,sulle molestie assillanti e comportamenti violenti
massimo@zedda.it
www.massimozedda.eu
www.lifepitch.eu
www.centroclinicocrocetta.it

Dott.ssa Lorella Lazzaro
Psicologa e Psicoterapeuta Cognitiva in attività privata e presso residenze per anziani e comunità riabilitative
Consulente sessuale
lorella.lazzaro@gmail.com

lettera

Cara redazione, come alcuni di noi temevano, il giovin fiorentino non ha perso tempo a seguire le orme del suo più noto pigmalione "puttaniere" e ci ripresenta il famigerato "quoziente familiare".

TORNA IL QUOZIENTE FAMILIARE

E' (ormai) da lungo tempo che l'Italia non offre più (solo) santi, poeti e navigatori.
O, per meglio dire, ha ampliato le "specializzazioni" disponibili.
Ha esportato milioni di "braccia" in ogni parte del globo, realizzato e diffuso il fascismo, offerto asilo, sostegno e "linfa vitale" a tutte le mafie del mondo, creato un vero e proprio "sistema" di corruttela della vita pubblica e - ritenendo di non doversi privare di nulla - "sfornato" un considerevole numero di "imbonitori" politici dalle alterne fortune.
Cito, solo per dovere di cronaca, il "venditore di tappeti" per eccellenza - quello, per intenderci, degli sciagurati "otto milioni di baionette" - che tanti lutti, lacrime e offese arrecò al nostro Paese.
Così come ritengo opportuno "stendere un velo pietoso" sulle (poliedriche) "performance" del protagonista del secondo (altrettanto sventurato) "ventennio" della nostra storia.
Di quegli anni - tanto per non dimenticare - nel corso dei quali siamo stati in tanti a indignarci e vergognarci di una classe politica capace (finanche) di sostenere, a grande maggioranza, che Ruby "rubacuori" fosse veramente nipote di Mubarak!
Alludo, piuttosto, a quello che considero l'ultimo - solo in ordine di tempo - "venditore di fumo" apparso sulla scena politica italiana.

Di conseguenza, con ancora in corso l'eco dei pressanti appelli a salvaguardare la "sacralità" e l'univocità delle famiglie italiane - lanciati, in particolare, da soggetti che hanno inteso, però, costituirne più di una (Berlusconi, Calderoli, Casini, ecc) - oggi ci tocca assistere alla riproposizione (da parte di Renzi) dell'esigenza di "Interventi a sostegno delle famiglie con maggiori carichi familiari".
Orbene, che in Italia, il vigente sistema fiscale necessiti di una riforma è a tutti noto; che in questo, si realizzino interventi sulle aliquote Irpef - non le due più alte, ma quelle più basse (troppo elevate) che incidono negativamente sui redditi bassi - appare una sconvolgente (lapalissiana) esigenza.
Il problema, piuttosto, è rappresentato dalle proposte operative. Personalmente, ho la sensazione che la soluzione avanzata da Renzi - la riproposizione del c.d. "quoziente familiare" - rappresenti un dèjà vu di berlusconiana memoria.
Non tanto perché elemento presente in tutte le precedenti campagne elettorali del centrodestra, senza (peraltro) mai realmente approdare a un progetto definito, quanto per la sua struttura; ben distante, in termini d'imparzialità, dalla versione francese.
Infatti, se con l'introduzione del suddetto quoziente s'intendesse (anche) rimediare agli effetti discorsivi, in termini di equità, prodotti dai fantomatici 80 • - corrisposti a un single (con un reddito complessivo "sotto la soglia"), ma non a un genitore con figli (con un reddito appena/appena superiore al limite di legge) - ben venga un'articolata e diffusa discussione di merito.
Se invece, come personalmente temo, attraverso la formulazione prevista dall'Esecutivo dovessero (ancora) imporsi i criteri (già) previsti all'epoca dal governo Berlusconi - così come trapela attraverso le solite fonti "ben informate" - ci troveremmo di fronte a un provvedimento sostanzialmente teso a diminuire il carico dell'Irpef per coloro che hanno figli minori ma redditi medio/alti e coniuge non occupato!
Poiché già in altra occasione - in qualificata e prestigiosa compagnia - rilevai una serie d'iniquità contenute nell'ipotesi di quoziente familiare proposta dal governo Berlusconi; in questa sede mi limiterò a evidenziarne gli aspetti più negativi.
In definitiva, con buona pace del Casini "di turno" - tutto compresso nel ruolo di fedele e strenuo difensore degli interessi della famiglia e dei figli - l'introduzione del quoziente familiare di berlusconiana memoria, senza alcuna delle clausole "di salvaguardia" adottate in Francia, finirebbe, nel nostro Paese, con il produrre un triplo effetto discorsivo:
1) attenuare il principio di progressività delle imposte;
2) non produrre alcun (sostanziale) beneficio ai nuclei familiari (con figli) a basso reddito e con entrambi i genitori lavoratori;
3) offrire vantaggi a coppie senza figli ma con redditi alti; in particolare se è uno solo dei due coniugi a produrre reddito.
Senza trascurare un altro (non irrilevante) aspetto.
Infatti, considerato:
a) il costo della "mancia" degli 80 euro - pari a circa 7 Mld - per i quali, tra l'altro, si è (letteralmente) "raschiato il fondo";
b) l'esborso complessivo - per la "messa a regime" - dell'eventuale quoziente familiare; valutato (da alcuni stimati economisti) in circa 15 Mld di euro;
saremmo (inevitabilmente) condannati a una nuova stagione di pantomime rispetto al "Vorrei, ma non posso"!
Per concludere: se realmente il fine fosse di aiutare le famiglie - nella formula più ampia possibile del termine, però - con maggiori carichi familiari, perché non cercare soluzioni (più semplici e immediate) attraverso l'aumento degli assegni familiari, l'introduzione di bonus, l'aumento degli oneri detraibili a favore dei figli studenti, ecc, ecc?

Renato Fioretti

Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

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

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

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

Visita il sito: *www.podererigopesci.it*

inserzione concessa gratuitamente

I dipendenti pubblici hanno già perso tra i 4 e i 5mila euro a testa

Conti in tasca al governo PD/Berlusconi e nota per i loro elettori. Anche solo un quinto dei soldi per i bombardieri F35 basterebbero a sbloccare i contratti del pubblico impiego.

Servono 5-6 miliardi a rinnovare il contratto di lavoro dei dipendenti pubblici, compresi quelli della sanità ma la volontà governativa è quella di continuare a bloccare i contratti e gli stipendi.

Negli ultimi anni, in nome dell'emergenza sono state sottoscritte intese e accordi che hanno messo in ginocchio i lavoratori, distrutto il nostro potere di contrattazione e il potere di acquisto dei salari e delle pensioni.
Sempre in nome dell'austerità e del risparmio hanno fatto pagare il debito alle classi lavoratrici, l'economia è ormai in piena recessione, non ci sono più i soldi necessari per gli ammortizzatori sociali, ogni giorno si perdono posti di lavoro.

I lavoratori pubblici (3 milioni e 400.000 unità), subiscono i contratti bloccati al 31 dicembre 2009, col congelamento del salario accessorio alle risorse complessive dell'anno 2010, col blocco dell'Indennità di Vacanza Contrattuale, con i tassi d'inflazione nel triennio 2010 - 2012 pari al 7,2%. Hanno perso fino ad ora, mediamente tra i 4.000 e i 5.000 euro pro-capite, con relativa ricaduta sul calcolo pensionistico e TFS/TFR anche perché non è previsto nessun recupero per il pregresso.

Continuare su questa strada, oltre a provocare le conseguenze sopra descritte sta portando i dipendenti pubblici ad uno stato di prostrazione e sfiducia che si dovrà tradurre in conflitto con il Governo.

Di fronte a questo stato di cose non si capisce proprio l'immobilismo della Cgil in particolare, lasciando ai soli sindacati conflittuali, USB e Cobas, l'onere di tenere alta la mobilitazione, nonostante l'azione congiunta Governo/Confindustria/Cgil-Cisl-Uil contro la democrazia nei luoghi di lavoro, mediante accordi restrittivi delle libertà sindacali e dei diritti dei lavoratori a scegliere liberamente da chi farsi rappresentare. Il masochismo di Cgil-Cisl-Uil raggiunge livelli inimmaginabili di fronte, contro la loro stessa ragione sociale di rappresentanza, anche all'azione del governo che ha tagliato grossa parte dell'agibilità sindacale con il dimezzamento dei permessi e dei distacchi sindacali.

Il dimezzamento di permessi e distacchi sindacali è ininfluente sui conti pubblici

Sfruttando sapientemente la distanza siderale fra CGIL-CISL-UIL ed lavoratori e i loro bisogni, determinata soprattutto nel corso degli ultimi decenni della concertazione e della complicità, il Governo della disoccupazione ai massimi storici e della recessione getta in pasto all'opinione pubblica il dimezzamento dei permessi e dei distacchi sindacali quale panacea per i conti del Paese. Una ghiotta notizia 'anticasta' che si lancia alla gente affamata di lavoro, di salario, di reddito, di casa, di contratto, per rilanciare un'immagine di 'governo del fare', anche quando quel fare non sposta di una virgola la situazione materiale dei lavoratori e del Paese. Ma ovviamente il problema non è questo. La prospettiva è quella di un Paese in cui il sindacato non sia definitivamente più lo strumento collettivo di cui i lavoratori si dotano per essere più forti nel difendersi e pretendere diritti, ma un mezzo di totale condivisione ed accompagnamento degli interessi del capitale. L'idea di sindacato che emerge è quella un sindacalismo cogestionario, che vive non del consenso, e quindi delle adesioni dei lavoratori, ma della partecipazione ai destini di impresa. Per intenderci, il modello americano e in parte tedesco di sindacato, presente nei consigli di amministrazione delle aziende per condividere le scelte di riorganizzazione e farle ingoiare agli operai; presente nella gestione dei fondi pensione, dopo aver definitivamente smantellato la previdenza pubblica, insomma, fuori dal conflitto ed anzi contro il conflitto.

Pubblico impiego no al blocco del contratto!

Il blocco della contrattazione nel pubblico impiego ha comportato dal 2010 ad oggi una perdita cumulata pro-capite di 4200 euro solo per il mancato adeguamento al costo della vita, ed una perdita a regime di 260 euro mensili. Altro che 80 euro!

Ora il governo Renzi ufficializza che il blocco continuerà. Tutto questo dopo aver varato una cosiddetta "riforma" che obbliga alla mobilità entro 50 chilometri, introduce il demansionamento, dimezza le agibilità sindacali mentre si preparano nuovi tagli.

L'attacco al pubblico impiego usa lo stereotipo di lavoratrici e lavoratori "fannulloni", del lavoro pubblico come parassitario.

E' un falso. Se pure esistono aree di inefficienza, la grande maggioranza dei lavoratori pubblici svolge il proprio compito in condizioni sempre più difficili. Infermieri e medici, insegnanti e personale ATA, ricercatori, vigili del fuoco, ferrovieri e addetti ai trasporti, addetti alle pulizie, operatori dei servizi per l'infanzia, per gli anziani e le persone con disabilità… Sono questi i lavoratori pubblici: donne e uomini – soprattutto donne – che in questi anni nonostante i tagli, hanno mandato avanti servizi essenziali per garantire i diritti delle persone.

E' un falso anche che i lavoratori pubblici siano troppi o che per essi si spenda troppo. E' vero l'opposto. Nel 2010, prima che iniziassero i tagli, l'Italia aveva 59 dipendenti pubblici ogni 1000 abitanti, contro gli 85

della Francia e i 92 della Gran Bretagna. Ed in Italia ogni cittadino spende per il lavoro pubblico 2717 euro l'anno, meno della media dell'Europa (2736 euro) e molto meno della Francia (4087 euro) o della Gran Bretagna (3260 euro). Il blocco del turn-over poi ha fatto perdere dal 2008 al 2013, quasi 300.000 posti di lavoro, ed ha precluso la pubblica amministrazione ai giovani.

L'attacco al pubblico impiego non ha nulla a che vedere con una riforma in grado di dare maggiore efficacia al lavoro pubblico, ha invece molto a che vedere con la volontà del governo di attaccare i diritti di tutto il mondo del lavoro e di tagliare e privatizzare i servizi.

E' ora di dire basta!

I lavoratori del comparto della sicurezza si sono mobilitati e stanno obbligando il governo a reperire le risorse per il loro contratto. Ma tutte le lavoratrici e i lavoratori pubblici hanno lo stesso diritto.

Ci vuole lo sciopero e la ripresa delle lotte!

Per il contratto, lo sblocco del turn-over, la stabilizzazione di tutti i precari.

Perché dal lavoro pubblico dipendono i servizi, il diritto alla salute, alla scuola, all'assistenza di tutti i cittadini.

Perché non si esce dalla crisi continuando a tagliare i salari.

Roberta Fantozzi
responsabile nazionale Lavoro Rifondazione Comunista

Anche medici e dirigenti sanitari si uniscono alla protesta contro il blocco della contrattazione

Siamo perplessi

Contro il prolungamento al 2015 del blocco dei contratti del pubblico impiego protestano anche i medici e i dirigenti sanitari dipendenti del SSN compresi, perché questo significherebbe uno stop fino al 2018. Dichiarano in una nota di volersi unire alla protesta che sta montando, "per non essere bersaglio immobile e per il rispetto che devono alla loro dignità professionale ed al servizio civile che continuano a svolgere nei confronti dei cittadini".

Sono perplesso sulla bontà di queste dichiarazioni. La gran parte dei medici e dei dirigenti sanitari, sono anche loro, con il silenzio quotidiano nei luoghi di lavoro e le complicità con le amministrazioni aziendali, i portatori d'acqua alle politiche dei governi, locali e nazionali, contro la sanità pubblica. Hanno sempre pensato soprattutto ai loro interessi di classe medica senza un briciolo di lungimiranza e di solidarietà nei confronti degli altri lavoratori del SSN.
Ricordo che il contratto del comparto è fermo da quasi 6 anni e mai ho sentito una loro presa di posizione. C'è da costruire un cammino comune di tutte le professionalità in difesa del sistema pubblico nato dalla legge del 1979, ci stanno, senza egoismi di classe? f.c.

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

Viale Anicio Gallo 196/C2
00174 Roma
Tel. 06 455 556 35 - 329 116 22 03
Fax 06 972 598 38
info@acquedottiantichi.com
www.acquedottiantichi.com

Acquedotti Antichi Bed and Breakfast,
il binomio economicità e qualità,
l'accoglienza senza sorrisi di convenienza.
Per chi non ha artificiose pretese da anemici hotel a 5 stelle,
è l'ideale. Situato in una zona tranquilla e gradevole
a 15 minuti dal centro e attaccato allo splendido e immenso
parco dell'Appia, il B&B eccelle nella gestione:
simpatia, cultura e disponibilità funzionale
ad una permanenza piacevole.

Recensione di f.c.

inserzione concessa gratuitamente

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

Il circolo di Nichelino
di Rifondazione Comunista

DENTISTA SOCIALE

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

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà

cafè REBELDE

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

inserzione concessa gratuitamente

officina AURORA
l'autosicurezza
via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA STAGLIANO'
Telefono 327.6546432
preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

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
e-mail: info@nuovoctc.com
web: www.nuovoctc.com

inserzione concessa gratuitamente

Stralci redazionali da: ***Libri & Conflitti***

SUICIDI. STUDIO DELLA CONDIZIONE UMANA NELLA CRISI

***A** partire dal famoso volume di Durkheim "Il suicidio" e a partire da un campione di quaranta storie di suicidi economici avvenuti in Italia tra il 2012 e il 2013, in questo libro si indicano le cause principali che spingono molti lavoratori a optare per la morte volontaria nella società contemporanea. Il suicidio, inteso qui solo come "fatto sociale", appare strettamente legato alle dinamiche prodotte dalla crisi economica, dalle matrici del neoliberismo, dalla crisi del Welfare e dei diritti sociali, da un'antropologia negativa prevalentemente fondata sulla paura del futuro, sul debito, sulla colpa, su un senso di smarrimento e solitudine generalizzati, sull'impossibilità stessa di accettare il fallimento.*
La crisi economica letta attraverso i suicidi, dunque, diventa essa stessa crisi dei legami sociali, crisi di un'etica condivisa, processo di scomposizione sociale e di individualizzazione. Una voragine da cui ripartire per pensare un nuovo modello di società, un nuovo modo di produzione, un nuovo Welfare.

Valgono più i numeri o le persone? La "guerra" dei dati e i corpi che contano

Prima di passare alla costruzione genealogica della condizione umana nella crisi e delle sue ripercussioni sui singoli attori sociali in relazione all'atto del togliersi la vita, proveremo ad individuare gli "ordini discorsivi" che hanno animato il dibattito sul tasso suicidario in Italia.
Per tutto il 2012 i media hanno trasmesso notizie e statistiche che oscillavano tra la costruzione di un allarme sociale prodotto dal meccanismo di "notiziabilità" 11 dei suicidi (articoli di cronaca nera che rimbalzavano sui social network, statistiche, talk show etc.) e il "contro-allarme sociale" ovvero la smentita sull'effettivo aumento dei casi di "suicidio economico" da parte di autorevoli istituti statistici. Il 2012 è anche l'anno in cui in Italia la retorica dell'austerity domina la scena pubblica a ridosso di una crisi economica che, sino ad allora, pareva essere stata rimossa, quantomeno dalla politica. Il clima di "negatività" si esaspera e i casi di suicidio cominciano a fare notizia. Oggi i media non ne parlano quasi più, ma il fenomeno non si è fermato, non foss'altro perché l'andamento dei suicidi per ragioni economiche è più o meno stabile, con picchi sempre verso l'alto e mai verso il basso, in qualsiasi momento di crisi e da sempre. A questi vanno aggiunti i suicidi in carcere o negli OPG (Ospedali psichiatrici giudiziari), considerati dalla doxa quasi sempre "altri" rispetto all'origine economica che determina quelli dei lavoratori dipendenti o autonomi i quali, come è noto, tendono a fare più notizia (su povertà e suicidio in carcere si veda il saggio di Saitta).

In sintesi, il suicidio economico come fenomeno sociale esiste ed esisterà sempre, a prescindere dal meccanismo di "notiziabilità". Ciò che a noi interessa, semmai, è capire la trasformazione delle cause sociali che inducono o possono indurre ad optare per la morte volontaria. In questo paragrafo, intanto, proveremo a ricostruire la modalità attraverso cui gli istituti statistici si sono mossi sulla scena pubblica per tutto il 2012, perché al di là della costruzione dell'allarme e del contro-allarme, è pressocchè impossibile, oggi, capire davvero l'entità del fenomeno sul piano numerico, almeno per quell'anno, nonostante il suicidio stesso fosse diventato un "ordine discorsivo" per tutti i media.

Proviamo a ricostruire e a svelare lo scenario. Tra il 2010 e il 2012 l'Eures pubblica un rapporto di ricerca dal titolo "Il suicidio in Italia al tempo della crisi" che, immediatamente, fa notizia. I dati che emergono dal rapporto sono piuttosto allarmanti. Gli autori della ricerca mettono in evidenza quanto il rischio suicidario sia più alto nella componente della forza lavoro più esposta all'impatto della crisi, così emerge che nel 2010 (prima della costruzione sociale dell'allarme) 362 persone si erano suicidate a causa della disoccupazione, superando i 357 casi del 2009 (che già rappresentavano una forte impennata rispetto ai 270 accertati in media del triennio precedente, rispettivamente 275, 270 e 260 nel 2006, 2007 e 2008).

Considerando l'indice di rischio specifico individuato dall'istituto statistico (suicidi per ogni 100 mila abitanti nella medesima condizione) sono i disoccupati, dunque, a presentare l'indice più alto (17,2%), seguiti con scarti significativi dagli imprenditori e liberi professionisti (10%) colpiti dalle fluttuazioni del mercato e dai ritardi nei pagamenti

CONTINUA A PAG. 37

SUICIDI. STUDIO DELLA CONDIZIONE UMANA

CONTINUA DA PAG. 36

per i beni e i servizi venduti, in primo luogo da parte della Pubblica Amministrazione, e dalla conseguente difficoltà di accesso al credito. Seguono i lavoratori in proprio (5,5%) e chiudono la graduatoria del rischio i "più tutelati" cioè i lavoratori dipendenti (4,5%). Soltanto di poco più alto, infine, l'indice di rischio suicidario degli inattivi (pensionati, casalinghe, studenti, eccetera).
Il rischio suicidio, inoltre, secondo l'Eures, è sempre in agguato nella fascia dei cosiddetti "esodati", in genere di età compresa tra i 45 e i 64 anni, si parla di un incremento di casi del 12,6% nel 2010 rispetto al 2009 e del 16,8% rispetto al 2008.

Per i sociologi, a differenza degli statistici, rispondere è piuttosto semplice: i singoli fenomeni sociali, in questo caso i suicidi avvenuti a causa del clima e delle condizioni materiali prodotte dalla crisi, defi niti da noi come "suicidi economici", costituiscono in sé un campo di osservazione che, in quanto tale, va scorporato dai dati generali sul medesimo fenomeno. Il chè implica un rovesciamento del senso che possono avere i dati quantitativi nella comprensione dei fenomeni sociali e di questo in particolare: laddove sia vero che il tasso suicidario generale non sia aumentato e dunque non v'è emergenza, né allarme, è altrettanto vero che per una tipologia specifica, in questo caso il "suicidio economico", vi possa essere un aumento dei casi che, comunque, può non determinare l'aumento dell'andamento generale delle morti volontarie. In ogni caso, quel che qui ci preme sottolineare è che, al di là dei numeri, moltissime persone sono state indotte a suicidarsi a causa della crisi e che questo "costo umano", al di là della quantificazione numerica, costituisce in sé un problema che i sociologi non possono ignorare perché rappresenta, simbolicamente e nella realtà, un fenomeno sociale che "negativizza" la stessa società.

La meritocrazia è considerata dalle retoriche dominanti il rimedio di ogni male. L'autore del libro ci mostra tutti i paradossi.

in libreria

Le cause, invece, derivano tutte dal clima generato dalla crisi economica:
1) fallimento del progetto di vita e di lavoro;
2) mancata riscossione dei crediti dalle pubbliche amministrazioni così come da altri privati;
3) indebitamento con il fisco e aumenti esponenziali dell'ammontare a causa dei tassi di interesse di Equitalia o di altre agenzie di riscossione;
4) senso di precarietà diffuso e paura del futuro;
5) impossibilità di accedere a nuovi crediti.
Nonostante alcune tipologie suicidarie siano contestualizzate in territori specifici, potremmo dire che queste storie testimoniano una trasversalità geografica con dei picchi in Veneto e in Puglia, mentre se in prevalenza trattasi di persone tra i quaranta e i sessant'anni è possibile anche trovare molte storie di trentenni, qualche ventenne e alcuni pensionati.

Questa trasversalità è molto importante perché ci aiuta a capire meglio quanto le cause, che oggi possono indurre un attore sociale al suicidio, siano immediatamente riconducibili al processo di désaffi liation generalizzato ovvero al superamento stesso della condizione di anomia (assenza di norme morali da colmare con l'istituzionalizzazione della solidarietà nel lessico di Durkheim) verso un processo di individualizzazione e di solitudine tali da non poter neppure più immaginare la possibilità di rivendicare diritti e Welfare, così come relazioni sociali basate sulla solidarietà organica.
Un tempo fermo, senza futuro, nero e inghiottito dalla voragine della crisi. Una coincidenza micidiale tra vita, corpo, lavoro, economia, vuoto giuridico e sociale. O almeno questa deve essere stata l'esperienza di chi ha optato per la morte volontaria in questi ultimi anni. Ma cosa accade agli attori sociali all'interno di questa nuova condizione umana nella crisi prima ancora che optino per il suicidio?

Con saggi di Sara Fariello, Stefania Ferraro, Caterina Peroni, Pietro Saitta.

I suicidi. Studio della condizione umana nella crisi.
a cura di **Anna Simone**
MIMESIS EDIZIONI euro •12,00

Non ci resta che piangere!

Diagnosi su governo e sindacati amici

Le occasioni per ridere sono sempre più rare nel nostro Paese. Bisogna però riconoscere che, nel corso del "ventennio" berlusconiano, così come nella recente primavera (politica) "fiorentina", abbiamo goduto di numerose opportunità per - almeno - sorridere. Si è trattato, purtroppo, di esprimere - talora - una (ormai rassegnata) umana commiserazione e - tal'altra - una mesta accon-discendenza verso pensieri, parole, opere e omissioni che proponevano un "déjà vu" di recentissima memoria.

Personalmente, ho un ricordo abbastanza preciso delle occasioni in cui - per motivi non direttamente riconducibili alla vita privata - ho goduto del piacere di ridere.

Tralascio la volta in cui il Parlamento italiano votò (e approvò) - a larghissima maggioranza - che la telefonata di Berlusconi alla Questura di Milano, nella notte del 27 maggio 2010, era stata dettata dalla preoccupazione di evitare una crisi diplomatica con l'Egitto (per il "fermo" - da parte della Buoncostume - di Ruby, nipote di Mubarak)!

Sorvolo sulle paradossali elucubrazioni - riconducibili alla serie "parole dal sen fuggite" - cui si abbandonò, nel gennaio dello stesso anno, Giuseppe De Rita (Censis) nel commentare gli sconfortanti effetti della crisi economica sui consumi.

In quell'occasione, il Presidente del Centro studi investimenti sociali riuscì a superare se stesso arrivando a sostenere che - se il livello dei consumi in Italia era tornato pari a quello del 1999 - ciò era dovuto alla mancanza di adeguate "offerte di acquisto" (da parte dei produttori di beni) capaci di stimolare il bisogno "compulsivo" di aumentare i consumi (da parte dei cittadini).

Contemporaneamente - contraddicendo anche l'abbecedario degli economisti - affermò che neanche l'aumento dei salari sarebbe stato sufficiente a stimolare una pur minima "inversione di tendenza". Come dire - di fronte al calo delle spese destinate all'alimentazione (-3,2 per cento), all'abbigliamento e alla mobilità (tutte ridotte del 3,1 per cento) - che, in sostanza, alla stregua di un qualsiasi avventore del "Bar dello sport" (Matteo Salvini, docet), piuttosto che del Presidente di un pur modesto Centro studi "di periferia", sarebbe stato sufficiente offrire alle massaie italiane qualche nuovo "allettante" prodotto da acquistare per stimolare la ripresa economica del Paese!

Un'incredibile versione, riveduta e corretta, dell'estemporanea soluzione proposta (secondo la leggenda) dalla Regina Maria Antonietta di Francia al suo primo ministro: " Al popolo in tumulto, in mancanza di pane, si offrano brioche"!

Confesso, però, di aver riso "fino alle lacrime" nell'aprile del 2011. Ciò avvenne a seguito di due clamorosi "infortuni" incorsi - a distanza di poche settimane l'uno dall'altro - all'ineffabile Vice-presidente del Consiglio nazionale delle ricerche, Roberto De Mattei. Nel primo caso - a proposito del terribile terremoto-tsunami che aveva devastato il Giappone e prodotto morte e distruzione - la seconda autorità del Cnr aveva significativamente compromesso l'attendibilità nazionale e, soprattutto, internazionale del Consiglio, dichiarando che il terribile evento, spiegabile esclusivamente secondo le leggi della scienza, aveva voluto rappresentare "un castigo di Dio", "un modo per purificare"; in effetti, nient'altro che "una manifestazione terribile ma paterna della bontà di Dio"!

Il secondo "autogol" De Mattei lo mise (platealmente) a segno dichiarando che "l'impero romano sarebbe caduto per colpa degli omosessuali". Infatti - rifacendosi all'opera di un autore del V secolo, un certo Salviano di Marsiglia - ripropose l'insensato convincimento secondo il quale la Provvidenza si sarebbe servita dei barbari per liberare l'impero romano dagli omosessuali, o meglio, dagli "invertiti" che, insieme con le loro "vittime", sono condannati alla stessa punizione e destinati a non avere accesso al Regno di Dio!

Da quei fatti a oggi, resto convinto che il miglior antidoto al diffuso senso d'imbarazzo - prodotto dalle innumerevoli "performance" dei nostri politici, scienziati, esperti e presunti tali - sia rappresentato da un ecumenico "oblio".

CONTINUA A PAG. 39

Non ci resta che piangere!

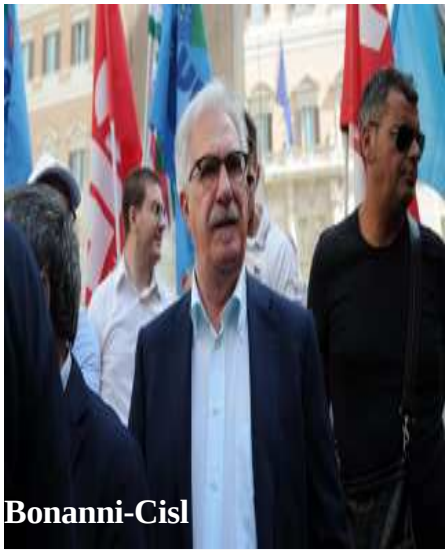
CONTINUA DA PAG. 38

Sono però tornato a (sor)ridere - anche se ormai "non ci resta che piangere" - appena qualche giorno fa.
Devo per questo ringraziare l'Ingegere Roger Abravanel.
Quello al quale, sono sicuro, è volto il pensiero di qualche milione di studenti (e di migliaia di docenti) delle scuole medie, per l'elaborazione, su incarico dell'indimenticato e (non) rimpianto Ministro della Pubblica (d)Istruzione Mariastella Gelmini, del - per usare appena qualche eufemismo, poco "convincente", scarsamente "gradito", ostentatamente "avversato" e mai sufficientemente "apprezzato" - "Piano nazionale per la qualità e il merito".
Lo stesso - laureato in Ingegneria chimica - che, nel 2008, con la pubblicazione di "Meritocrazia", ci aveva già offerto le sue proposte per "valorizzare il talento e rendere il nostro paese più ricco e più giusto"!

L'occasione per tornare (almeno) al sorriso, è stata la pubblicazione di un suo articolo su uno dei maggiori quotidiani nazionali.
L'Ingegnere - addentrandosi in un campo nel quale i suoi pur brillanti studi, presso il Politecnico di Milano, non potevano (evidentemente) garantirgli alcun adeguato sostegno - ha inteso comunicare "Urbi et Orbi" che, in effetti, "Nel mercato del lavoro italiano si è creata una sorta di discriminazione razziale: tra i precari <cronici> e i lavoratori <garantiti> come in nessun altro Paese al mondo".

Lo stesso mercato, a suo dire, offre molte più occasioni di quanto sia diffusamente percepito: "Ogni cento persone che perdono il posto, ce ne sono 98 che lo ritrovano".
Ovviamente, cogliere e confrontarsi su tutte le sollecitazioni prodotte dalla lettura dell'articolo - pubblicato lo scorso 29 luglio - richiederebbe ben altro spazio e tempi. Mi limiterò, pertanto, a qualche considerazione di carattere generale.
Prima fra tutte: ma è davvero il caso di gioire quando dei 10 milioni di (ipotetiche) nuove assunzioni - rispetto all'entità delle quali, tra l'altro, così come per gli altri dati forniti da Abravanel, sarebbe opportuno restare meno nel vago e citare con precisione le "fonti" - appena il 20 per cento dura al massimo più di un anno?

Ci si può accontentare - a venti/trenta/quaranta e/o cinquant'anni - di sapere che, stando alle "fonti" di Abravanel, nell'arco dell'anno si avrà la possibilità di trovare ben due lavori e, se baciati dalla fortuna, uno dei due durerà "addirittura" dodici mesi?


Bonanni-Cisl

Ma veramente l'ingegnere nato a Tripoli crede che sia sufficiente rivolgersi ad agenzie interinali - quali Adecco e Mapower, tanto per fare un po' di pubblicità (attraverso l'intervista) - per "rimediare un lavoro", anche a tempo indeterminato?

Ha una pur vaga idea della durata media - nell'ordine di poche giornate lavorative -delle c.d. "missioni" dei lavoratori interinali?
Ha conoscenza dei livelli di professionalità - generalmente medio/bassa - richiesti dalle aziende che, di norma, ricorrono alle suddette agenzie? Con conseguente "bassa", "scarsa" o, addirittura, "irrilevante" incidenza delle singole esperienze lavorative sulla crescita professionale dei lavoratori?
Prende atto di commettere un errore clamoroso quando, in un breve "passaggio" dell'articolo, afferma che le imprese ricorrono ai lavoratori "in somministrazione" per risparmiare i contributi, oltre al vantaggio di mantenere la flessibilità di licenziarli?

Al riguardo, non gli è - evidentemente - noto che, a norma di legge, l'Utilizzatore è obbligato in solido con il Somministratore a corrispondere ai lavoratori i trattamenti retributivi e contributivi previdenziali!
E ancora, perché - giustamente, tra l'altro - parlare di "apartheid" nel mercato del lavoro italiano, ma continuare a farlo "an passant", limitandosi a una formale "presa d'atto"? Quasi come se tale situazione rappresentasse - oggi - l'effetto di una maledizione ultraterrena, e/o, piuttosto, il frutto avvelenato di un destino "cinico e baro"!

Possibile che risulti tanto difficile individuare le responsabilità individuali e collettive della vera e propria "destrutturazione" operata a danno dei diritti dei lavoratori'?
Quale ruolo e "peso" hanno svolto negli ultimi 14/15 anni - in tema di legislazione del lavoro - Maroni, Sacconi, Biagi, Fornero e &, senza, naturalmente, dimenticare di citare la supina acquiescenza di Raffaele Bonanni e Luigi Angeletti e il sostanziale stato di "surplace" in cui si è dibattuta la Cgil?
Ci sarà (pure) qualcuno cui poter contestare che non è assolutamente vero che il lavoro flessibile produce occupazione!
Che questa miracolosa premessa - come giustamente rilevato da un vero studioso e, soprattutto, esperto della materia, quale Gallino - ha finito con il legittimare il progressivo smantellamento delle tutele del lavoro.

E' noto, all'autore dell'articolo in oggetto, che l'Organizzazione internazionale del lavoro presentò a Ginevra - nel lontano 1999 - un rapporto che s'intitolava Pour un

CONTINUA A PAG. 40

Non ci resta che piangere!

CONTINUA DA PAG. 39

travail dècent?
Che in quel rapporto venivano tracciate alcune forme base di sicurezza economica e sociale che dovrebbero essere garantite a tutti i lavoratori?

Ne ricorderò alcune:

1) Sicurezza dell'occupazione, che significa anche stabilità della stessa nel tempo, oltre che protezione contro i licenziamenti abusivi;

2) Sicurezza professionale, che corrisponde alla possibilità di valorizzare le proprie competenze attraverso il lavoro;

3) Sicurezza nei luoghi di lavoro; che significa anche limiti agli orari, allo straordinario e, soprattutto, allo stress sul lavoro;

4) Sicurezza del reddito; cioè copertura "dei costi dell'uomo" a fronte di un dato livello di sviluppo sociale,

5) Sicurezza di rappresentanza.

E fuori dubbio - come Luciano Gallino denuncia attraverso le pagine de: "Vite rinviate,
Lo scandalo del lavoro precario" - che la moltiplicazione dei lavori flessibili erode una parte notevole di queste elementari forme di sicurezza.

E ancora, ma giusto per concludere. La smetta, anche Abravanel, di continuare a proporre quella vera e propria "leggenda metropolitana" secondo la quale in Italia i lavoratori godrebbero del più alto livello di protezione presente - addirittura - al mondo.

A questo proposito, non c'è alternativa: chi ignora la materia va perdonato perché (molto semplicemente) non conosce i termini

reali della questione; chi continua a sostenerlo (altrettanto semplicemente) mente sapendo di mentire!
Soprattutto dopo l'intervento "a gamba tesa" operato qualche anno fa nei confronti dell'art. 18 dello Statuto.

In estrema sintesi, qui ripeto quanto già ampiamente illustrato in altre occasioni: sostenere che in Italia i lavoratori dipendenti siano i più garantiti al mondo, il che, in sostanza (stando alle considerazioni di Abravanel) dovrebbe essere - in particolare - riferito alla c. d. "flessibilità in uscita", è una colossale stupidaggine!

Infatti, a prescindere dal non insignificante particolare che in nessuno degli altri paesi dell'UE esiste nulla di (pur) lontanamente paragonabile al "gran bazar" delle tipologie contrattuali presenti in Italia, i dati risultanti dai "Rapporti sull'occupazione in Europa" - quelli "ufficiali", non quelli "diffusamente percepiti" - rilevano, con puntuale periodicità, che "Il grado di rigidità normativa che regola i rapporti di lavoro è, in Italia, più basso di quello presente in molti dei paesi europei più avanzati".
Per comodità di ragionamento, considerato il significativo riferimento all'art. 18, mi riferisco a un'interessante analisi sul "grado di protezione dei lavoratori" in diversi paesi Ocse, pubblicata dal quotidiano "La Stampa" nel marzo 2012.

Dai dati riportati (vedi fig. 1) si evinceva che - rispetto alla protezione dei lavoratori permanenti dal licenziamento individuale - su una scala da 1 a 100 (dove 100 rappresentava la massima protezione) l'Italia presentava un indice pari a 28, la Germania 48, la Francia 43 e la Spagna 40.

CONTINUA A PAG. 41

Figura 1:
Il grafico de La Stampa (protezione dal licenziamento individuale)

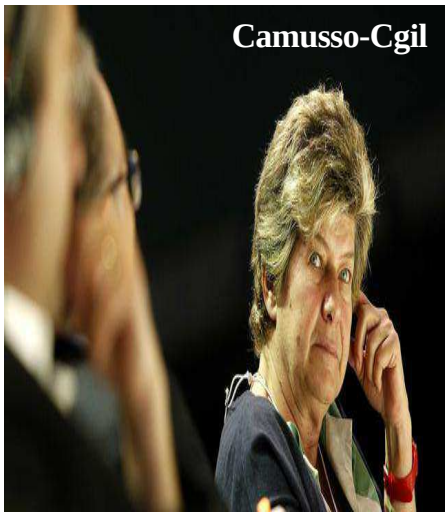
Non ci resta che piangere!

CONTINUA DA PAG. 40

Come evidenziato dal grafico, anche prevedendo già il superamento dell'art. 18 - relativamente ai licenziamenti per "giusta causa" - il dato dell'Italia sarebbe rimasto, secondo gli analisti, sostanzialmente stabile; da 28 a 24.

Questo, tra l'altro, la dice lunga circa la "indispensabile necessità" - secondo alcuni - di derogare al suddetto articolo dello Statuto: per superare "lacci" e "lacciuoli"!
Contemporaneamente, pur utilizzando l'Indicatore completo (vedi fig. 2) costruito dall'Ocse per misurare (contemporaneamente) la flessibilità "in entrata" e "in uscita", l'Italia si collocava al di sopra della media Ocse, ma restava nella stessa fascia di Francia e Germania.

Per completezza d'informazione, è opportuno evidenziare che l'Indicatore completo dell'Ocse si basa su 21 disposizioni relative non solo alle protezioni contro i licenziamenti individuali, ma anche a quelli collettivi e alle regolamentazioni di varia natura su alcune tipologie contrattuali.


Camusso-Cgil

Allo stesso fine, per coloro i quali si stessero interrogando sulla validità dell'Indicatore, va ricordato come l'Ocse mostra che lo stesso è altamente correlato con vari indicatori alternativi, inclusa la misura dei costi pecuniari per il licenziamento proposta dal premio Nobel per l'Economia del 2000, James Heckman.
Altro che sensazioni "diffusamente percepite" cui si dedica, con impegno degno di migliore causa, Roger Abravanel.

Renato Fioretti

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

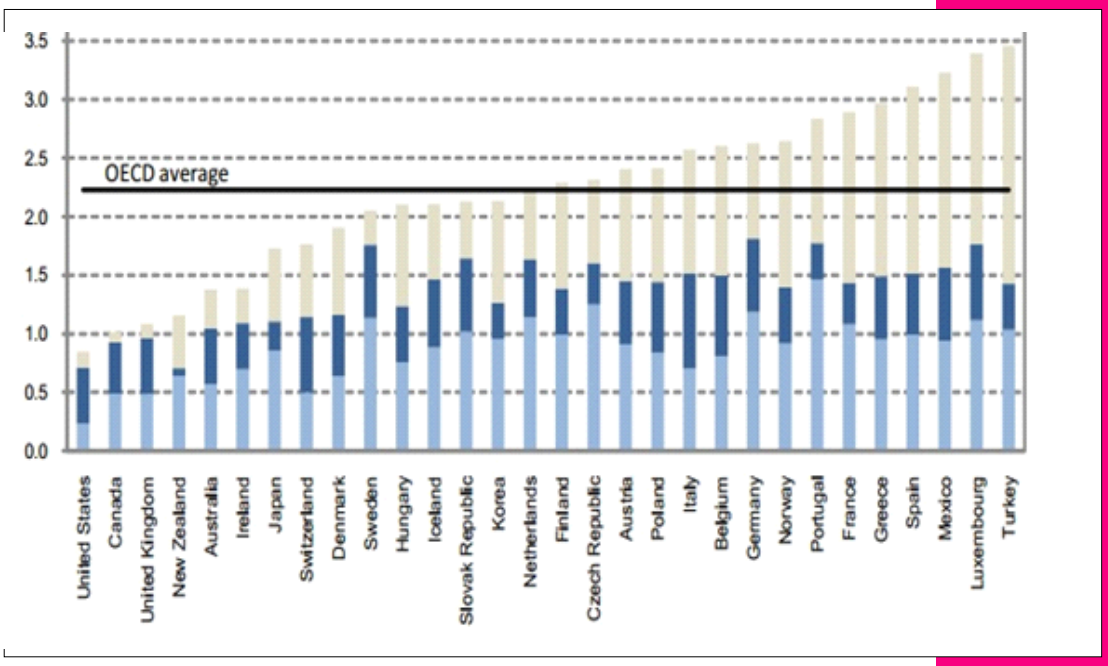


Figura 2:
Tasso complessivo di protezione del lavoro nelle economie OCSE
Scala 0 (meno vincolante) a 6 (più restrittivo)

La Cgil sembra arrivata al capolinea

Vedo che ora si proclamano le piazze per il lavoro, una sorta di talk show allargato con l'intenzione di far vedere che si esiste senza pero troppo confliggere con il governo. Non c'è niente di peggio di essere concertativi senza la concertazione. E ancora peggio è essere legati al PD, come lo è tutto il gruppo dirigente CGIL, e prendersi gli schiaffoni di Renzi. Non si è in grado di reagire. E' inutile nasconderlo.

La crisi del movimento sindacale italiano è la crisi della Cgil prima di tutto. Cisl e Uil, per loro conto, non sono molto diverse dagli anni 50. Sono un sindacato che si è sempre adattato. Sindacati di mercato. La Cgil ha sempre provato a forzare l'andamento del mercato costruendo controtendenze, e oggi semplicemente non ci prova più.

La prima cosa che dovrebbe fare la Cgil è rinnovarsi attraverso la ripresa dell'iniziativa e sbaraccare la cultura degli anni ottanta. La seconda è rompere con il PD.
Ma come si fa se i gruppi dirigenti sono stati selezionati con la cultura degli anni ottanta e son tutti collaterali a quel partito?

Giorgio Cremaschi

LE ALCHIMIE MANCATE E I COMPITI DELLA SINISTRA AL TEMPO DI CHIAMPARINO

di **Ezio Locatelli**
Segretario Rifondazione Comunista
Federazione provinciale Torino

Eletto tre mesi fa presidente della Regione Piemonte Sergio Chiamparino, dopo essere stato presidente della fondazione Intesa San Paolo, non ha perso occasione per dare riprova dei suoi propositi politici.
Nel campionario delle esternazio-ni estive c'è solo l'imbarazzo della scelta: privatizzazione del sistema sanitario, realizzazione di grandi opere e di Tav, liberalizzazione del mercato del lavoro, smantellamento delle società partecipate.
E poi ancora tanti elogi e attestati di stima nei confronti dei padroni della Fiat, ora Fca, i precursori della distruzione del salario e dei diritti del lavoro.

Un florilegio di dichiarazioni all'insegna di politiche di mercato, della destabilizzazione dei diritti sociali, ambientali e del lavoro funzionali a quel blocco di poteri reali - industriali, banchieri, manager, costruttori, ecc - il cui ruolo è stato decisivo dal punto di vista dell'esito elettorale.
Di sicuro, con queste premesse, l'aziendalizzazione e la privatizzazione della vita sociale piemontese è destinata a continuare e ad estendersi ben al di là da quanto fatto dalla sgangherata giunta Cota.

Qualche tempo fa il capogruppo regionale di Sel, partito che ha scelto di far parte dello schieramento liberista di Chiamparino, ha scritto: "in Piemonte Sel vuole fare la differenza".
Quale differenza non s'è capito per niente visto che finora gli esponenti di Sel, in quota alla maggioranza consiliare, non hanno levato una sola parola, una sola critica, una sola espressione di dissenso nei confronti delle sortite del presidente della Giunta.

E ci mancherebbe, tutto ha un prezzo.
Per l'istituzionalizzazione del proprio ruolo in maggioranza Sel, giocoforza, ha dovuto accettare di far parte di un sistema definito di rapporti politici.
In che termini definito? Chiamparino l'ha chiarito da subito: "non pretendo il pensiero unico … ma se comincia il tiro alla fune su qualunque tema, che sia Tav o sanità, non ci metto neppure due minuti a comportarmi come ho fatto in Comune, con Rifondazione".

Come tutti sanno Rifondazione Comunista nel 2009 venne estromessa dalla giunta comunale - allora Chiamparino era sindaco di Torino - per essersi opposta alla vendita e alla privatizzazione dei servizi pubblici. Non c'è da stupirsi: l'ideologia del decisionismo e della governabilità contempla solo l'assoggettamento politico.
Io penso che Sel, forza politica che con Rifondazione Comunista e tante altre forze ha dato un contributo importante all'affermazione della lista Tsipras in campo europeo, abbia preso un abbaglio in Piemonte.
La scelta fatta alle regionali di far parte di uno schieramento che non è più portatore, non dico di una idea di sinistra, ma semplicemente progressista, non può essere derubricata a scelta tattica.
In qualsiasi caso si tratta di una scelta sbagliata.
Sel ha pensato di fare come gli alchimisti medievali che dicevano di volere o potere trasformare il piombo in oro.
Una trasformazione impossibile.

Ecco perché l'alleanza con lo schieramento liberista di Chiamparino, al di là dell'ottenimento di qualche prebenda istituzionale, è una scelta perdente, destinata alla prova dei fatti a non produrre risultato alcuno, a non influenzare e modificare scelte sul piano politico, a non produrre un avanzamento sul piano dei diritti sociali, del lavoro, della cittadinanza.
L'unico risultato certo, nell'immediato, è stato quello di aver scompaginato e indebolito il fronte della sinistra in sede regionale. Alla divisione e

CONTINUA A PAG. 43

LE ALCHIMIE MANCATE

CONTINUA DA PAG. 42

all'offuscamento del ruolo della sinistra non intendiamo di certo rassegnarci.
Il confronto che si è aperto a partire dall'affermazione della lista l'Altra Europa con Tsipras va portato avanti. Per tornare a contare e a incidere davvero, la sinistra deve scegliere un percorso di aggregazione e di unità in alternativa alla politica chiusa dentro il cerchio dei poteri dominanti.
La sinistra agisca in alternativa alle politiche liberiste e di austerità, politiche che tendono a ridurre drasticamente l'intervento pubblico e le politiche sociali non solo sul piano europeo ma sempre più, a cascata,nei territori.

La sinistra ridia centralità alla persona, alla lotta per i diritti, per il lavoro e l'eguaglianza sociale. Si torni a fare questo, innanzitutto sul piano della battaglia sociale oltre che della presenza istituzionale, in risposta a un diffuso disagio sociale.
Non dimentichiamo che, in ragione di un disagio privo di rappresentanza, il 50% e più dell'elettorato si colloca fuori e contro il sistema politico.

Ricostruiamo questa rappresentanza a partire dai territori e dal conflitto sociale, dalle istanze che vivono nei movimenti e nelle pratiche sociali, nel mondo del lavoro e della scuola, nei quartieri.
Volendo fare un passo in avanti rispetto a una idea della politica come mero riflesso di scelte istituzionali (non sempre collimanti come s'è visto alle regionali), la domanda che rivolgo è per l'appunto questa: a fronte di una crisi sociale e politica profonda c'è la disponibilità a far prevalere le ragioni di una lotta e di una iniziativa sociale, (per i diritti sociali, del lavoro, la difesa della sanità e della scuola pubblica, contro le privatizzazioni, le grandi opere, ecc.) indispensabili per qualsiasi cambiamento, a considerare il territorio e il conflitto sociale come spazio di un nuovo patto politico?
C'è la disponibilità della sinistra a questa ripartenza? Fuori da noi ci chiedono questo.

Torino, 10 settembre 2014

Renzi e Berlusconi, i tutori di Chiamparino e Cota

Crisi a senso unico. Dati del 2012

Strage del lavoro in Piemonte

Dieci punti di Prodotto Interno Lordo in meno e 95mila posti di lavoro bruciati fino al 2012, secondo i dati di una ricerca della Camera di Commercio di Torino e del Centro Luigi Einaudi.
Sono numeri che certificano una discesa dell'economia regionale che era peggiore rispetto alla media nazionale già dal 1996, ma sono numeri che dicono ancora poco della drammaticità dello stato di cose presenti nella nostra Regione perchè in questi ultimi due anni la crisi, a senso unico perchè le ricchezze di pochi sono aumentate a dismisura a scapito dei destini di centinaia di migliaia di persone.

Sono numeri che il Presidente della Regione dovrebbe aver presente in quanto fino a pochi mesi fa aveva un'osservatorio speciale come presidente della Fondazione S. Paolo, cioè uno dei maggiori centri di direzione del potere economico del Piemonte.
Altresì lo stesso Chiamparino ha assistito da protagonista al declino certificato in questa ricerca, è lui che come sindaco di Torino ha sostenuto, insieme a Cota, il massacro dei posti di lavoro operato da Marchione.

E' un'epidemia sociale che debilita e uccide. La cura è prescrivibile ed efficace ma i medici della politica regionale sono coscienti del loro compito, da affrontare in scienza, coscienza ed etica? Intanto l'epidemia fa vittime.

Lettera

Lavoro e Selfie

Ciao, ho letto sul tuo blog "Racconti e Opinioni" una considerazione sulla mania degli autoscatti fotografici (selfie) sul web, in particolare su facebook: "La nuova moda per analizzarsi, invitare tutti a mascherarsi. O confessione della propria solitudine depressiva?" *e vorrei dire la mia di lavoratrice, e anche lettrice di La voro e Salute su carta, quando arriva negli ospedali della futura città della salute. Nel fare la mia considerazione vorrei citare il vostro storico invito a scrivere sulla propria condizione, pubblicato in copertina "O ti racconti o sei raccontato" che, credo, oggi non tenga conto dello stato d'animo - forse depressione latente - della grande parte di chi lavora, e quanto affermo è confermato dai pochissimi contributi che negli ultimi anni vi arrivano dalle unità operative di degenza, dal territorio e uffici.*

Basta seguire facebook per rendersi conto che al protagonismo attraverso la parola (espressa storicamente nei luoghi comuni come l'assemblea piuttosto che nell'equipe di lavoro o in cortile, o anche tramite una lettera di denuncia e proposta di migliorie sul lavoro a giornali interni come il vostro) oggi si preferisce esprimerlo nelle forme che colpiscono l'immaginario collettivo, sperando nella condivisione del "mi piace" e nei commenti compiacenti. Mi pare di sentirla la vostra obiezione "Non è la stessa cosa, questo protagonismo non costruisce un pensiero collettivo". *Concordo e aggiungo che rafforza l'individualismo e spesso il narcisismo, a copertura contingente della propria depressione, di tanti nel rendersi protagonisti in un luogo che non comporta la fatica dell'esporsi nel praticare la critica sulla propria condizione di lavoro spesso aggravata dalle stesse pratiche relazionali con la dirigenza piuttosto che con i propri colleghi. Inoltre, il selfie, ma anche il resto della comunicazione personale, nel pubblicizzare la propria persona, la giornata, i gusti e i sentimenti, cronicizza l'isolamento illudendosi di costruire legami comuni.*

Alcuni studi parlano già di disturbi della sindrome da selfie causa un uso eccessivo e che potrebbe far latitare altre patologie come depressione, iperattività, spinta al voyeurismo nei propri confronti e dipendenza da internet. Tutto materiale umano per gli psicologi? Probabile nel prossimo futuro, alla stregua della dipendenza dal gioco. Il problema è che di fronte alla forza militare del web c'è ben poco da fare per prevenire. Che ne pensate voi che fate comunicazione classica?

Elena A. *(lettera firmata)*

30° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

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

Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

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

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

N° chiuso in redazione: 16-9-2014
Suppl. alla rivista M. D. - n° 207

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

Scritto da
1519 *autori*
- 1129 operatori sanità
- 147 sindacalisti
- 51 esponenti politici
- 192 altri

Stampate
701mila *copie*
- 497mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

sul web: www.lavoroesalute.org

Racconti e Opinioni lavoroesalute online www.lavoroesalute.org

E ogni giorno
www.blog-lavoroesalute.org
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
***pagine di* ALTRAinformazione**