Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org
Anno 29 * n.5 novembre 2013 Periodico finanziato da promotori e lettori * Diretto da *franco cilenti*

Suppl. rivista dell'Associazione Onlus " Medicina Democratica " Dir. resp. *fulvio aurora* * Edizione del Piemonte

AUMENTATA LA CORRUZIONE NELLA SANITÀ

ladri e riveriti

da pag. 2 a pag. 11

Recensione a pag. 38

COTA FA CASSA CON I TAGLI AL PERSONALE DELLA SANITÀ

SOPPRESSIONE FEDERAZIONI: Grave sconfitta della Giunta

LA SALUTE DELLE DONNE E' L'ULTIMO DEI PENSIERI DI COTA

Eleonora Artesio
a pag. 13 e 14

16- *Tagli ai servizi: storie di resistenza*

18- Atti aziendali: manager pubblici o incursori contro la sanità pubblica?

17- Meno diritti: al lavoro anche se malati

25- *Ospedali psichiatrici giudiziari in Piemonte*

26- Lotte: la psicologia non deve morire

28- *Donne: aumenta ricorso agli antidepressivi*

29- Cronache dalla Val Susa, un secolo dopo

30- *Italiani e politica: stato mentale da Tso?*

32- Pensioni: state attenti al Fondo Perseo

34- *Mobbing, una malattia professionale*

36- Fondi Hiv: irregolarità nell'utilizzo regionale

---- *e altri articoli, notizie, commenti*

SPROFONDO COTA

VIAGGIO TRA I DANNI DELLE POLITICHE REGIONALI SULLA VITA DEI PIEMONTESI

a cura del Gruppo consiliare alla Regione Piemonte di Rifondazione Comunista

IL CD DISTRIBUITO gratuitamente CON lavoroesalute

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

Crisi e sindacati: ma che razza di sciopero è?
pag. 40

inchiesta
lavoro &migranti
pag. 19/24

O ti racconti O sei raccontato Scrivi a *info@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*

La malapianta della corruzione e della malagestione politica in sanità

La corruzione in Sanità è stata certificata anche dal punto di vista istituzionale dall'agenzia non governativa Transparency International Italia, in collaborazione con RISSC (Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità) e Ispe-Sanità.
Quanto riscontrato dall'inchiesta è raccapricciante per chi ha buttato solo un'occhio superficiale al fenomeno limitandosi a leggere solo i fatti di cronaca e mai si è fermato a riflettere, limitandosi a schifarsi di un sistema che si mimetizza facilmente additando i singoli, siano essi potenti della sanità e dintorni e siano essi sprovveduti operatori trovati con il dito in piccoli barattori di marmellata, sui quali la stampa (spesso con le mani in pasta con i propri azionisti in affari nel settore sanitario pubblico e privato) mostra il cappio per buttarli in bocca alla morbosità e alla scandalistica superficialità popolare; si veda il caso degli operatori che accettano, volenti o nolenti, elemosina da imprese di pompe funebri.
Nel 2012 nel comparto sanitario-farmaceutico sono state indagate quasi 5mila persone, con 173 arresti. Poca cosa a fronte di un sistema che vive sulla corruzione diffusa.
Ai vertici di questa lista di "cattivi" non ci sono i soliti politici, ma anche i rappresentanti della cosiddetta "società civile".
La prima categoria degli indagati è quella dei medici (36 per cento del totale), mentre al secondo compaiono i dirigenti delle aziende sanitarie pubbliche (17%).
La domanda è: cosa fare per monitorare un fenomeno che vive e vegeta sull'omertà e l'impunità dei potenti? Solo un'infima parte di questi viene pescato e processato. Da dove iniziare?
Per quanto riguarda le nomine, lo studio rivela come la cattiva politica utilizzi la Sanità come terreno privilegiato per costruire serbatoi elettorali voti e lobby di potere. La nomina a direttore generale e di altri dirigenti apicali rappresentano la merce di scambio.
Le garanzie fornite da tantissimi manager delle grandi ASl a coloro i quali "politicamente" hanno favorito la loro elezione sono propeduetiche durante il mandato ai processi di corruzione.
Quanto costano le tangenti nella Sanità? Pare che la cifra si aggira sui dieci miliardi di euro all'anno! E parlano di crisi dell'economia italiana e fanno tagli draconiani al lavoro per la salute. Politica criminale!
Altro fenomeno corruttivo, o potenzialmente tale, è quello dell'abusivismo: casi di persone che svolgono attività senza i necessari requisiti.
Le stime degli ordini professionali parlano di circa 30.000 abusivi, di cui 15.000 falsi dentisti, mentre i controlli dei Nas parlano, per il 2009, di 1.170 persone denunciate per esercizio abusivo della professione medica, di cui la metà falsi odontoiatri. Purtoppo anche i subordinati del settore infermieristico sono dentro questo malcostume, come confermano i dati dei Nas del biennio 2010/11 che segnalano 1.023 casi di abusivismo tra gli infermieri.
Secondo i dati del convegno "Sprechi e corruzioni in Sanità: quali rimedi?", nel 2012 4 solo 4 regioni hanno registrato un massimo di 2 casi di corruzione.
I casi di corruzione analizzati da Transparency Italia rientrano in 5 fasce: nomine, farmaceutica.
E poi c'è l'ingorda sanità privata che utilizza più voracemente che nela sanità pubblica il sistema Drg per modificare il valore delle prestazione. Le infiltrazioni mafiose, il riciclaggio di danaro sporco e tutte le attività correlate fanno il resto. Il tragico è che abbiamo questo governo che per sua natura oggettiva e soggettiva non può, neanche in questo campo, mettersi in discussione per avviare un processo di lotta alla corruzione e di razionalizzazione degli sprechi da malagestione nella sanità

CONTINUA A PAG. 3

A CHI CORROTTO?

Chi è senza peccato mi lanci addosso di tutto e di più!

Calma, meglio precisare! l'invito è rivolto solo a quelli che vivacchiano aggrappati a me e ai miei simili

La malapianta della corruzione

CONTINUA DA PAG. 2

che preveda una nuova e democratica riforma sanitaria, sulla scia della sempre attuale legge 833 del 1078, che liquidi del tutto i nefasti meccanismi dell'aziendalizzazione. Di conseguenza, appunto in rispetto della sua natura commistiva, il governo PD/PdL prevede un ulteriore batosta alla salute di cittadini e al lavoro degli operatori con incremento esponenziale e inevitabile dei processi di privatizzazione, che, guarda caso!, sono quelli più infiltrati dall'intervento mafioso e criminale.

E' vero che questo governo con la legge 190/2012 ha dato molti strumenti a tutta la pubblica amministrazione per cercare di aumentare la trasparenza e contrastare corruzione e illegalità. Ma è altrettanto vero che le leggi in Italia, quando riguardano i terreni legali e illegali dei potenti, sono fatte per gabbare il santo, come sempre individuato nei lavoratori e nei cittadini in generale.

La legge anticorruzione nella Pubblica Amministrazione parla della possibilità di immettere in ogni ente pubblico "Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione". A chi vive nel mondo della sanità in posizione subordinata una domanda sorge spontanea: chi controlla che questi Piani non siano l'ennesima pila di documentazione allineata negli scaffali delle Direzioni Generali?

Inoltre questa legge prevede la figura del responsabile per la prevenzione della corruzione; domanda: chi nomina questi soggetti incorruttibili? Vogliamo scommettere che saranno soggetti organici alle amministrazioni e la nomina sarà l'ennesima merce di scambio su vecchie e nuove poltrone?

Constatiamo però un elemento innovativo con la prevista tutela del dipendente che segnala comportamenti illeciti, definitala "vedetta civica". In teoria il pubblico dipendente che denuncia illeciti di cui sia venuto a conoscenza, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, ovviamente e giustamente, escludendo i casi di calunnia o diffamazione, per vendetta personale o sentito dire.

Ma la nostra positiva constatazione si scontra con la realtà quotidiana che non permetterà mai al subordinato contrattuale di "parlare" e segnalare un aspetto corruttivo, il perchè è elementare: oggi non ha nessuna protezione politica e sindacale!

Quindi, dell'aspetto teoricamente innovativo possiamo trarne solo ulteriore stato d'animo di sconforto e solitudine.

Certo, ci sono pochi coraggiosi che si espongono a causa della loro integrità morale, politica e sindacale, però sono i Don Chisciotte sconfitti dallo stato di cose presenti che dovremmo abbattere stando insieme in tantissimi, perchè la sanità pubblica ha vitale bisogno di monitoraggio, istituzionale e civico, per evitare che gli investimenti finiscano nelle tasche di corrotti e corruttori moltiplicando i danni in termini di prestazioni inadeguate, attese interminabili, posti letto mancanti, strutture fatiscenti…

Il progetto "Illuminiamo la salute" lo propone alla collettività.

Informati o rintronati

Con questo numero di "Lavoro e Salute" siamo alla fine del ventinovesimo anno di pubblicazioni.
Abbiamo inziato quando non c'era internet e la produzione di informazione dalla parte dei lavoratori veniva veicolata solo dalla distribuzione cartacea.
Oggi ci sono tanti blog che svolgono il ruolo di antidoto alla manipolazione dell'informazione. Una manipolazione dell'informazione fatta di censura, silenzio su tanti concetti scomodi ai poteri e sulle manifestazioni di protesta, con solo lo scopo di comunicare messaggi politici e culturali di parte.
Una manipolazione fatta di spettacolarizzazione dei drammi e delle tragedie umane per instillare morbosità immobilizzante e impotente nei lettori e nei telespettatori.
Invece la controinformazione dei blog e dei siti web fuori dal cortile dei poteri, e gli stessi periodici cartacei autoprodotti come "Lavoro e Salute", porta avanti la notizia "proibita", la notizia "scomoda", "quello che gli altri non dicono".
Tutto ciò con coscienza critica, con analisi razionale per "resistere" allo strapotere dell'informazione dei "poteri forti" e delle lobby che ci governano, in funzione di uno Stato che si è schierato dalla loro parte.
E sia di poteri e delle lobby locali con le loro ramificazioni nei luoghi di lavoro operanti i loro "bravi" di manzoniana memoria, con un turn-over che non corre il rischio di venire bloccato.
Mica sono lavoratori dediti alla cura e all'assistenza!

malcostume e malagestione

ALLARME: Corruzione senza freni

E' *stato presentato a Roma un dossier dal titolo 'Illuminiamo la salute. Per non cadere nella ragnatela dell'illegalita'', curato da Libera, Avviso pubblico, Coripe e Gruppo Abele.*
Questo lavoro intende sostenere i tanti operatori che ogni giorno si impegnano, con il loro limpido operare professionale e spesso esponendosi contro il micro malaffare quotdiano, a contrastare i vari fenomeni di discrezionalita affaristica ed esplicita illegalita' connaturate alla malagestione del sistema manageriale in auge. La corruzione, e non di rado la spicciola infiltrazione mafiosa e quella propriamente organizzata che leggiamo nella cronaca degli scaldali, rappresentano il cancro della sanità pubblica.
Dal rapporto emerge un dato più che allarmante, in Europa il 5,6 del budget per la sanità è assorbito da corruzione e mafia e l'Italia fa la sua parte da protagonista. Nel solo triennio 2010-2012 le stime della guardia di finanza (e parliamo solo di stime) indicano in 1,6 miliardi la perdita erariale, solo per i reati effettivamente accertati, quindi, con ogni probabilità, la cifra è molto più alta. Si tratta di soldi che ogni anno sono sottratti alla cura e all'assistenza di chi ne ha bisogno.
Recentemente sono stati introdotti o potenziati alcuni strumenti per la lotta a questo reato che potrebbero produrre buoni risultati. La legge 190/2012 prevede la predisposizione del Pna (piano nazionale anticorruzione) negli enti pubblici che prevede piani triennali di prevenzione alla corruzione e introduce la figura del responsabile per la prevenzione alla corruzione. Ma la legge deve ancora essere attuata nella sua interezza. E' urgente adottare una maggiore trasparenza nelle procedure degli appalti e delle forniture perché è qui che si nascondono la maggior parte degli sprechi ed è proprio in questo settore che viene alimentata la corruzione, spesso opera della criminalità organizzata.

LA CORRUZIONE IN SANITÀ

Il Rapporto sulla corruzione in Italia individua il settore della sanità tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione per ovvie ragioni di carattere finanziario.
Si tratta infatti di uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica: nel 2011 all'incirca 140 miliardi di euro, dei quali 28 miliardi "out of pocket", esborsi cioè sostenuti direttamente dalle famiglie per acquistare beni e servizi sanitari. A questa spesa corrispondono circa 750mila occupati, di cui 240mila medici.

Una spesa gestita da decisioni amministrative che si rinnovano frequentemente, esposte dunque a tentativi di condizionamento illecito che possono assumere varie forme: acquisti inutili di beni e servizi, contratti senza gara o gare svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti illegittimi, falsità e irregolarità nelle prescrizioni dei farmaci, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura dei beni, manipolazioni, per interesse lobbistici, nei risultati delle ricerche. Esiste insomma una sanità che potremmo definire "grigia".
Quanto diremo nel proseguo non scalfisce la "qualità", complessivamente buona, della sanità italiana, la competenza e l'impegno di tante sue componenti, l'importanza assoluta di questo servizio nel welfare italiano.

Una recente analisi ricostruisce il "modello" della corruzione nella

CONTINUA A PAG. 5

CORRUZIONE IN SANITÀ

CONTINUA DA PAG. 4

sanità. Il sistema di tutela della salute, viene ricordato, è una potente rete di relazioni che coinvolgono professionisti, imprese, associazioni, istituzioni, cittadini.
La rete è fondata su regole e convenzioni. Il suo funzionamento si inceppa quando qualcuno abusa del potere e rompe l'implicito patto di fiducia che lega i tre soggetti principali del "sistema" sanità: l'operatore della salute, il decisore (politico e tecnico), la comunità dei cittadini.

Ecco allora crearsi una sorta di ragnatela che intreccia tra loro interessi privati a danno delle collettività. Ragnatela retta da fili portanti: le asimmetrie informative tra pazienti, professionisti, gestori di servizi. E i conflitti di interesse che sorgono quando l'interesse primario (la salute di un paziente) viene influenzato da un interesse secondario (il guadagno economico o i vantaggi personali).

Qualche esempio: il furto "interno" di medicinali, la richiesta di rimborsi indebiti, il cosiddetto comparaggio farmaceutico.
Poi le false attestazioni, l'alterazione delle cartelle cliniche e delle "liste d'attesa", l'abusivismo professionale, l'evasione e l'elusione dei ticket sanitari, la manipolazione dei dati offerti da ricerche scientifiche finanziate al solo scopo di ottenere determinati risultati.
La letteratura fornisce dati sommari sul peso dell'illegalità nel settore della tutela della salute.
Negli Stati Uniti, una quota variabile tra il 5 e il 10 per cento della spesa sostenuta dai programmi pubblici Medicare e Medicaid è assorbita da frodi e abusi.

La Rete europea contro le frodi e le corruzioni nel settore sanitario (www.ehfcn.org) ha stimato che in Europa il 5,6 per cento del budget per la sanità è assorbito dalla corruzione.
In Italia la quota "estratta" dalla corruzione di fondi per la sanità viene calcolata in 10 miliardi di euro. Un italiano su due è convinto che il settore della "sanità" sia quello in cui più si annidi la corruzione.

Le stime effettuate dalla sola Guardia di finanza per il triennio 2010/2012 indicano in 1,6 miliardi di perdita erariale l'effetto della corruzione nella sanità.
E si tratta dei soli reati effettivamente accertati dalle forze dell'ordine.
Stime più complete dovrebbero riguardare fenomeni con impatto prevalentemente economico come le sovrafatturazioni, il comparaggio, le tangenti sugli appalti che si ripercuotono soprattutto o principalmente sui conti della sanità. E i fenomeni con impatto prevalentemente clinico e scientifico come l'erogazione di prestazioni non necessarie che si ripercuotono anche sulla salute dei cittadini-pazienti.

La corruzione nella sanità determina un aumento anche di costi indiretti: la perdita di fiducia, il danno di immagine per la PA, il freno all'innovazione, l'accentuazione di divari nella qualità della vita a svantaggio delle parti più deboli della popolazione.
Ancora, la potenzialità di corruzione è spesso fattore attrattivo per infiltrazioni nel settore sanitario della criminalità organizzata.

I MEZZI PER CONTRASTARLA

Quali gli strumenti di lotta, oltre gli scontati richiami all'etica, alla trasparenza, al senso civico? Si punta sulla nuova legge anti-corruzione che prevede la predisposizione di piani territoriali di prevenzione, l'istituzione di un responsabile per la prevenzione stessa, la tutela del dipendente che segnala comportamenti illeciti, il cosiddetto whistleblower (la "vedetta civica").
E in effetti, nel caso della Lombardia, la presenza di una anche piccola "vedetta" di marca deamicisiana avrebbe forse anticipato fenomeni di corruzioni nella "sanità grigia".

Si può pensare anche alla promozione di norme che premiano comportamenti etici, alla verifica periodica delle competenze e del rapporto costi-benefici, al controllo sui processi e risarcimento di danni, al monitoraggio continuo delle disfunzioni e delle loro cause. Nella speranza di una conversione "etica" della sanità "grigia" o quanto meno di una sua parte, magari "forzata" attraverso l'introduzione di sanzioni più severe, elevando così di conseguenza il rischio nei comportamenti corruttivi.

www.illuminiamolasalute.it

sul blog *http://blog.libero.it/lavoroesalute*
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
pagine di ALTRAinformazione *a cura di franco cilenti*

Sintesi del dossier Rapporto introduttivo Illuminiamo la salute

Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità

Il tema della legalità, e quello speculare della corruzione, sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società: le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole.
La Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore sanitario (www.ehfcn.org) ha stimato che in Europa il 5,6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione. La illegalità produce effetti non solo economici ma anche sulla salute delle popolazioni (riduce l'accesso ai servizi, peggiora gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile) e minano la fiducia nel sistema di tutela della salute.
Per questo il contrasto alla illegalità nel settore sociale e sanitario costituisce un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche e i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica.

La ragnatela dell'illegalità. Un morbo che indebolisce l'intero sistema.
Talvolta il meccanismo si inceppa: quando qualcuno abusa del potere e rompe così il patto di fiducia che lega l'operatore della salute, il decisore (politico e tecnico), la comunità di cittadini, la legge e le istituzioni.
Nella rete dei servizi sanitari si forma così una piccola ragnatela, quasi invisibile ma capace sia di legare insieme chi la opera, sia di incollare tra loro interessi privati a danno della collettività.
Da questa ragnatela si diffondono onde invisibili, malattie che intaccano tutto il sistema, soprattutto quando il corpo sociale è più fragile e ha meno difese.
E così, i costi delle prestazioni sanitarie lievitano, le imprese più sane falliscono, i cittadini perdono fiducia nel sistema e si produce un danno enorme per il Paese.
Uscire da questo meccanismo, ossia sottrarsi a questo accordo, diventa difficilissimo per chi lo opera: una volta caduti nella ragnatela, si diventa ricattabili per tutta la vita.
Il rischio aumenta esponenzialmente se, nel mondo dei fornitori e dei professionisti, si infiltra la criminalità organizzata.

I fili della ragnatela: le asimmetrie informative e i conflitti di interesse

Ad alimentare e dar forza all'illegalità, nel mondo della sanità, contribuiscono le asimmetrie informative e il conflitto di interessi. Esiste un "fisiologico" divario di informazioni e conoscenze che sta alla base del patto di fiducia tra pazienti, professionisti e gestori dei servizi: una situazione che però favorisce chi vuole sfruttare fiducia con questo divario per mettere in atto comportamenti "sleali". Il conflitto di interesse è una condizione in cui l'interesse primario (la salute di un paziente, i principi etici e deontologici) è influenzato da un interesse secondario (il guadagno economico o un vantaggio personale).
Il conflitto di interessi costituisce un rischio perché rappresenta una condizione intrinseca al sistema dei servizi, una condizione diffusa e raramente riconosciuta come critica.
Quando non sfocia in comportamenti illeciti il conflitto di interesse può comunque danneggiare sollecitando consumi sanitari inutili o inappropriati, consentendo comportamenti opportunistici, determinando piccoli o grandi abusi.

Numerosi esempi di conflitto di interessi sono presenti nel mondo della sanità. Nel mercato delle prestazioni sanitarie i professionisti sanitari (per via delle asimmetrie informative) possono influenzare sia il lato dell'offerta (di cui sono protagonisti) sia quello della domanda (nel quale agiscono in qualità di agenti del paziente): possono così indurre comportamenti sanitari inappropriati e consumi impropri.

L' informazione scientifica non sempre è indipendente. I conflitti di interesse possono minare il mondo della ricerca scientifica perché i capitali finanziari che entrano in gioco sono ingenti (gran parte delle attività di ricerca vengono finanziate dai produttori di tecnologie o farmaci), le

CONTINUA A PAG. 7

Per non cadere nella ragnatela

CONTINUA DA PAG. 6

riviste mediche hanno facoltà di selezionare le informazioni da pubblicare, i medici ottengono la maggior parte delle nozioni relative ai farmaci dagli informatori scientifici che sono alle dipendenze delle case produttrici, il mercato della formazione è ricco di iniziative gratuite sponsorizzate da produttori.

La libera professione intramuraria (cd "intramoenia") è un'attività a pagamento svolta al di fuori dell'orario di lavoro dai medici, nelle strutture dell'ospedale in cui lavorano. Questa circostanza pone i professionisti nella posizione di favorire la propria attività privata semplicemente variando la quantità delle prestazioni erogate dalla struttura pubblica ed esponendo così i pazienti a possibili abusi.

Le forme della ragnatela

La sanità è una rete naturalmente esposta a fenomeni opportunistici, poiché è uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica.

Nel rapporto 2012 della "Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione" si osserva che le grandi quantità di denaro sono tendenzialmente esposte a condizionamenti impropri: spese inutili, contratti conclusi senza gara, gare svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti irregolari, abusi nella prescrizione di farmaci, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni, ecc.

I decisori

Le regioni e le Asl rappresentano i "paganti" del sistema e, in quanto tali, possono essere oggetto di

condizionamenti e contaminazioni.

La "Commissione Parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere" analizza i disavanzi sanitari regionali notando come l'opacità dei bilanci e dei sistemi di controllo di alcune regioni ha facilitato la creazione di interessi illeciti, collusioni fra criminalità e Pubblica Amministrazione.

Uno dei punti critici è la selezione del personale, fortemente esposta alle spinte clientelari. In particolare, il processo di selezione dei direttori generali delle aziende sanitarie, di competenza dell'autorità politica, spesso premia la fedeltà politica, a scapito della competenza.

Le gare concorsuali, possono favorire uno dei concorrenti (con criteri di ammissione restrittivi o manipolando il capitolato). A volte si ricorre a forme di trattativa privata diretta o a reiterate proroghe di contratti.

Nella fase di esecuzione poi vi può essere mancanza di controlli,

fatturazioni plurime; tempestività nel pagamento di alcuni fornitori e ritardo sistematico nel pagamento di altri; ricorso frequente a transazioni che avvantaggiano notevolmente il fornitore privato.

Anche i pagamenti delle aziende sanitarie, sempre più in ritardo, costringono i fornitori, a scontare i loro crediti presso società che impongono costi rilevanti, dietro alle quali possono anche celarsi operazioni di riciclaggio di denaro di illecita provenienza.

L'accreditamento delle strutture private è particolarmente esposto alla corruzione, talora impropriamente utilizzata per la ricerca del consenso da parte della cattiva politica.

A livello centrale (statale e regionale) si possono anche verificare attività di lobbying illecite, fenomeni di state capture, o corruzione nell'ambito legislativo, la quale presenta profili di estrema gravità e spesso ardua da individuare.

I fornitori di servizi sanitari

Rientrano in questa categoria tutti i soggetti che sono direttamente coinvolti nella fornitura dei servizi sanitari.

Il pagamento delle prestazioni remunerate a tariffa (con il sistema DRG) se alterato consente l'indebito rimborso al fornitore delle prestazioni.

La casistica è ormai molto varia: sovrafatturazioni, fatturazione di prestazioni effettuate privatamente, fatturazione di prestazioni non necessarie, fatturazione di prestazioni sostanzialmente diverse da quelle effettivamente erogate, ecc.

Uno dei casi di maggior gravità è stato quello dalla clinica Santa Rita di Milano, dove, secondo le indagini della magistratura, erano effettuate operazioni chirurgiche non necessarie al solo fine di ottenerne il rimborso.

CONTINUA A PAG. 8

Per non cadere nella ragnatela

CONTINUA DA PAG. 7

Significativo è anche il caso dei parti cesarei. L'Organizzazione mondiale per la sanità ha definito che il numero accettabile di parti cesarei dovrebbe attestarsi attorno al 15% del totale dei parti. In Italia la media raggiunge il 38% con picchi del 60% in Campania e del 52% in Sicilia. Alla base di tali eccessi vi è la maggiore redditività della tariffa del parto cesareo, oltre che questioni organizzative e di medicina difensiva.

Il settore farmaceutico è particolarmente esposto ad abusi: dal furto di medicinali alla richiesta di rimborsi indebiti, dall'utilizzo improprio dei farmaci al comparaggio farmaceutico.

Con riguardo ai comportamenti del personale, si segnala il fenomeno dell'abusivismo nelle professioni sanitarie: casi di persone che svolgono attività senza i necessari requisiti.

Le stime degli ordini professionali parlano di circa 30.000 abusivi, di cui 15.000 falsi dentisti, mentre i controlli dei Nas parlano, per il 2009, di 1.170 persone denunciate per esercizio abusivo della professione medica, di cui la metà falsi odontoiatri. Anche il settore infermieristico non è esente dal fenomeno, come confermano i dati dei Nas del biennio 2010/11 che segnalano 1.023 casi di abusivismo tra gli infermieri. Altro fenomeno osservato è l'assenteismo cui si collega l'esercizio di lavori in nero o il furto di materiali.

Le false attestazioni del medico costituiscono un'altra ampia gamma di azioni illegali. In questo campo si va dalle false attestazioni di invalidità, ai falsi certificati per la patente di guida sino alle attestazioni di false malattie per aiutare i mafiosi ad avere trattamenti di favore durante la detenzione.

Infine, anche i pazienti possono essere responsabili di comportamenti illeciti attraverso l'evasione e l'elusione dei ticket sanitari oppure attraverso la richiesta di trattamenti di favore.

I costi dell'illegalità

In Italia le stime effettuate dalla sola Guardia di Finanza per il triennio 2010/2012 indicano 1,6 miliardi di euro di perdita erariale, e si tratta solo dei reati effettivamente accertati dalle forze dell'ordine. Stime meno parziali potrebbero essere ottenute distinguendo:

– fenomeni con impatto prevalentemente economico, come le sovrafatturazioni, il comparaggio o gli appalti, che si ripercuotono soprattutto o principalmente sui conti della sanità

– fenomeni con impatto prevalentemente clinico e scientifico, come l'erogazione di prestazioni non necessarie, che si ripercuotono anche sulla salute dei cittadini pazienti.

La gestione clientelare del personale

Fattore determinante che permette alla malavita di mantenere il controllo nelle aziende sanitarie inserendo persone di sua fiducia in posizioni chiave. La gestione clientelare si è sviluppata grazie a selezioni arbitrarie, senza la presenza dei requisiti necessari.

Gli abusi nelle attività di appalto e di fornitura.

Sono state gestite in modo da permettere l'affidamento dei lavori a imprese vicine all'ambiente mafioso. Si è registrata una sistematica violazione della normativa antimafia con l'assenza delle certificazioni richieste, a volte addirittura sostituite con una autocertificazione. Per evitare le gare d'appalto gli enti hanno spesso fatto ricorso al frazionamento artificioso delle opere in modo da non superare le soglie previste dalla legge.

Altri espedienti utilizzati per evitare le normali procedure sono stati la proroga dei contratti e l'abuso della trattativa privata.

Gli abusi nella gestione delle strutture private accreditate.

Nelle Asl commissariate si sono registrati in tutti i casi abusi rilevanti: oltre alla mancanza della certificazione antimafia, è indicativo dell'illegalità diffusa lo sforamento dei tetti di spesa, anche oltre il doppio dell'ammontare massimo previsto e persino la definizione dei tariffari per il rimborso delle prestazione erogate dai privati accreditati. Un esempio è quello della clinica privata Villa Santa Teresa, nel palermitano: in base all'analisi della Corte dei Conti le somme indebitamente percepite dalla struttura grazie ai tariffari "gonfiati" ammontano a circa 53 milioni di euro.

Il collegamento tra mafia e politica

L'interesse per la criminalità organizzata nel settore sanitario richiede inevitabilmente un supporto da parte della politica locale. L'inchiesta "onorata sanità" ha dimostrato il profondo interesse della mafia per il settore sanitario e la necessità della malavita di ottenerne il controllo anche per il tramite della politica.

malcostume e malagestione

Evoluzione dei DRG in Italia?

In Italia alcuni ritengono che stiamo transitando da un sistema di remunerazione ospedaliera basato sui DRG ad un sistema ospedaliero di remunerazione basato sui costi "standard"(se ne parla ben poco). Chi mi ha segnalato questo articolo ritiene che Il nuovo sistema espresso nell'articolo Harvard Business Review* sia un sisma rivoluzionario nell'ambito organizzativo, relazionale e di efficienza del sistema sanitario pubblico internazionale.
L'elemento centrale è il valore delle prestazioni e la centralità del paziente consumatore (mio commento: pessima definizione).
Questo modello presuppone, sempre secondo il mio interlocutore, che, i sistemi ospedalieri verranno esclusivamente rimborsati totalmente o parzialmente , non dal numero delle prestazioni effettuate (visite ed interventi), ma solamente dalla qualità dei risultati ottenuti in base ad una metrica di valutazione denominata "Value-Based Care Team."
L'altro elemento qualificante è la centralità del consumatore paziente,che potrà influenzare in modo determinante, con una valutazione, non tecnica, la qualità dei processi intrapresi durante la sua degenza o la su cura Un "customer satisfacion" che viene redatto da tutti i pazienti ospedalieri e utenti dei" medici ldi base" su sette quesiti i cui risultati vengono valutati da un organismo para-pubblico indipendente (non remunerato da soggetto controllato) che potrà dare un giudizio vincolante sulla qualità dei servizi prestati.
Forse è inimmaginabile che in Italia, conclude il collega che mi ha segnalato l'articolo, venga applicato detto sistema di remunerazione, poiché tra malasanità, sprechi, malversazioni e disorganizzazione sarebbero poche le strutture ospedaliere che supererebbero gli esami.
Personalmente sono molto perplesso perche' in questa "rivoluzione" vedo la partecipazione dei malati e dei cittadini ridotta ad un mero ruolo tecnico di "consiglieri" che qui, in Italia, non avrebbero nessun peso decisionale nelle scelte di indirizzo delle politiche sanitarie nazionali e regionali.
Mi ha colpito invece la lettera dei visitors giapponesi che tra le righe segnalano che da loro esistono consigli sanitari di base che includono cittadini, medici dell'igiene e prevenzione). Mi piacerebbe saperne di piu'...

* The Strategy That Will Fix Health Care by Michael E. Porter and Thomas H. Lee http://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care/ar/11

Dr. **Antonio Valassina**
Medicna Democratica

malapolitica e malagestione

CRISI DELLA SALUTE

La Grecia è un ovvio "laboratorio" involontario per studiare gli effetti recenti della crisi economica, in parte per la rapidità con cui essa vi si è manifestata. Per esempio, la disoccupazione negli uomini è salita dal 6,6% nel 2008 al 26,6% nel 2010, e tra i giovani dal 19% al 40%. Ricordo solamente alcune delle conseguenze sullo stato di salute, ampiamente descritte e ormai ben note: un aumento del 14% (dopo il 2008) della frequenza di persone che descrivono la loro salute come "cattiva" o "molto cattiva"; un aumento dei suicidi del 17%, e degli omicidi quasi del 100%; ancora più preoccupante è l'aumento della frequenza di infetti dall'HIV (52% in più nel 2011 rispetto al 2010, soprattutto tra i consumatori di droghe). Nei primi 7mesi del 2011 vi è stato un incremento di 10 volte delle infezioni nei consumatori di droghe, e la frequenza di uso di eroina è aumentata del 20% nel 2009.

Paolo Vineis www.epiprev.it

malapolitica e malagestione

La sanità prossima ventura (o sventura?)

IL CLIMA DI 35 ANNI FA...

Ho incominciato a lavorare sui temi della sanità agli inizi degli anni Settanta, quando il dibattito era molto ampio e le speranze tanto diffuse e condivise da concretarsi poi nell'approvazione della Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avvenuta il 23 dicembre 1978. Era già dai lavori dell'Assemblea costituente che si auspicava l'istituzione di un SSN sulla falsariga del sistema sanitario inglese e la 833, seppur ricca di utopia e con qualche ingenuità, è stata sicuramente una delle leggi più innovative.

Il clima in cui nasce la Legge 833 è quello della rivoluzione culturale e del protagonismo popolare della fine degli anni Sessanta e dell'affermazione del ruolo preminente dello Stato per la garanzia dei diritti e dei bisogni dei cittadini; non che il sistema mutualistico precedente non garantisse livelli accettabili di assistenza, ma non era certo un sistema universalistico e non stabiliva "diritti" del cittadino in quanto tale e quindi "doveri" di contribuzione, come invece ha poi fatto la 833.

In un clima di crisi della politica gli aspetti meno realistici di questa legge, riguardanti soprattutto l'assetto politico delle USL e il controllo delle gestioni e delle

risorse economiche, hanno portato al decreto 502 del 30 dicembre 1992, che trasformava gli enti USL, prevalentemente politici, in aziende, le ASL; il decreto risentiva quindi della sfiducia nelle capacità gestionali della politica e affidava al nuovo management il compito di gestire la sanità e di controllarne le risorse.

...E IL CLIMA DI OGGI

Se la riforma degli anni novanta risentiva del clima di crisi della politica, ciò che invece oggi rappresenta lo stimolo maggiore alla discussione dell'assetto dell'SSN è la crisi economica; e questo è vero anche se contemporaneamente si è assistito da una parte all'invadenza della politica nei compiti gestionali della sanità, dall'altra a una progressiva sfiducia e mancanza di consenso nei confronti della politica stessa. Oltre a questo c'è da dire che la sanità non è più la stessa di

quella degli anni Settanta e la clinica, le tecniche e le risorse necessarie sono mutate, anche notevolmente, e probabilmente cambieranno ancor di più negli anni futuri.

Oltre a ciò si deve considerare che da una parte si è assistito a una perdita di memoria per le condizioni della sanità che precedono la legge 833 e dall'altra a un'azione insistente di quasi "demonizzazione" del sistema pubblico a opera di quanti continuano ad auspicare il ritorno a un sistema privatistico che garantisca servizi più accoglienti "piani di rientro" dagli eventuali disavanzi.

Si può ben dire che le ragioni della stabilità dei bilanci hanno prevaricato le ragioni seppur a pagamento e margini maggiori di profitto per gli erogatori.

In realtà i casi di malasanità e le realtà carenti in qualità non sono mancate, e anzi sono forse cresciute; ma anche le situazioni di buona sanità, di qualità eccellente e di gestione efficiente sono tutt'altro che mancate, ma – ahimè – hanno fatto meno notizia.

In questi anni il leitmotiv delle critiche è stato la supposta mancanza di controllo sull'incremento della spesa sanitaria, critiche che in realtà non corrispondono del tutto alla realtà; infatti, se si osserva lo scenario sanitario europeo, l'Italia, come conferma l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), è tra i Paesi che spendono meno per la sanità e quella in cui nell'ultimo decennio la spesa è cresciuta di meno.

Se dall'ottica nazionale si passa a quella delle 20 Regioni italiane, purtroppo si osservano realtà che presentano situazioni differenti e mostrano bilanci in rosso profondo.

La stabilità di bilancio richiesta dall'Europa ha dato il colpo di grazia costringendo il governo a a frenare sui finanziamenti della

CONTINUA A PAG. 11

La sanità prossima ventura

CONTINUA DA PAG. 10

sanità e a intervenire imponendo a quasimetà delle Regioni dei "piani di rientro" dagli eventuali disavanzi.
Si può ben dire che le ragioni della stabilità dei bilanci hanno prevaricato le ragioni della stabilità della salute e ora è tempo che ci sia maggior equilibrio tra le due prospettive.

La frenata della spesa sanitaria però non è un fenomeno solo italiano; in tutto il mondo, anche nei Paesi in cui i sistemi sanitari sono maggiormente affidati al mercato privato, si sta assistendo a una fase di generale "disinvestimento", cioè a una riduzione delle risorse assegnate alla sanità e congiuntamente a una revisione dei percorsi clinici e a una razionalizzazione della loro gestione. In questo clima generale sono diverse le voci, tecniche e politiche, interne o esterne al sistema sanitario, che hanno colto l'esigenza di arrivare a una riforma del sistema stesso, ma molto differenti sono state le proposte avanzate che vanno da una quasi demolizione del sistema a un suo rafforzamento e a un'estensione nei settori oggi non coperti, come i servizi per la non autosuffi-cienza e per l'assistenza odontoiatrica.
Queste voci non hanno però ancora trovato la strada per un'elaborazione organica delle idee sia a livello politico, sia a livello delle organizzazioni degli operatori, sia anche nei luoghi tradizionali del dibattito, come le università, le agenzie sanitarie, le aziende di consulenza.

Cesare Cislaghi1
www.e piprev.it

PROSSIMO NUMERO

Le domande sul futuro della sanità italiana

Governo Bugiardo

La grancassa mediatica governativa ha cercato di nascondere la bufala con le ipocrite rassicurazioni di Letta "niente più tagli alla sanità", ma il fondo sanitario realtivo al personale sarà ulteriormente ridotto. La sottrazione di 1,150 miliardi in due anni è tutta imputabile alle norme sul personale dipendente e convenzionato del Sistema Sanitario Nazionale. Confermato il blocco del rinnovo della parte economica del contratto e delle convenzioni fino a tutto i 2014. Il rinnovo dei contratti potrà essere negoziato solo relativamente alla parte normativa, senza possibilità alcuna di intervento su quella economica. Tagli anche sugli straordinari.
In pratica mettono le mani con i fondi integrativi su una spesa annua di 30 mld pagata almeno per l'88% del suo ammontare direttamente dai cittadini. Questo governo, sul lavoro sporco già fatto dai precedenti governi Berlusconi prima e poi Monti, creano le premesse per sostituire il sevizio pubblico con quello privato.
Questa è la vera operazione. E Confindustria congola con l'obiettivo di intercettare con l'intermediazione finanziaria questa montagna gigantesca di soldi.
Il documento del governo dice di voler ridurre le tutele cioè le prestazioni sanitarie garantite (ridefinire il perimetro dei Lea) è per far spazio al privato, cioè per creare le condizioni per dismettere intere aree di prestazioni ad esempio la specialistica, l'assistenza farmaceutica, la diagnostica.
In parole povere sulla sanità si è abbattuta la solita doccia fredda, a fronte di una situazione già disastrosa:
- il sistema pubblico spende il 24% in meno degli altri Paesi europei (la media europea è del 15%)
- buona parte della spesa pubblica si è spostata sul cittadino al punto che ¼ della spesa totale è a carico delle famiglie.
- la gente ormai rinuncia a curarsi.

Redazione

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

Corso per Operatori Socio Sanitari

Dopo 20 mesi nessuna risposta!

La redazione di Lavoro e Salute ha chiesto a Eleonora Artesio di farsi promotrice in Consiglio Regionale di azione a favore delle centinaia di infermieri stranieri per dare loro un'opportunità di lavoro, riqualificandoli come OSS, per affrontare con urgenza. La forte carenza di questa figura fondamentale nella sanità piemontese.

Al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte

INTERROGAZIONE

OGGETTO: ***riconoscimento titolo di studio e corsi per OSS***

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

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

Valutato che: un possibile sblocco di riconoscimento, e relativo impiego lavorativo, per queste figure viene previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001 con il raggiungimento di una qualifica professionale quale l'operatore socio-sanitario. In Italia il titolo di OSS viene conseguito in seguito alla frequentazione di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 1000 ore.

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

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

INTERROGA

la Giunta regionale, per sapere:

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

30 Marzo 2012 PRIMO FIRMATARIO ***Eleonora Artesio***

Eleonora Artesio
Consigliera regionale del Piemonte
Rifondazione Comunista
Già Assessora alla sanità Giunta Bresso

SOPPRESSIONE FEDERAZIONI: Grave sconfitta della Giunta e della maggioranza di Cota, ormai a pezzi

Abbiamo sempre detto che le Federazioni erano un grave errore e la loro cancellazione segna ora una grave sconfitta della tanto sbandierata riforma di Cota. E spacca ancora una volta la maggioranza, tanto sono granitiche le convinzioni del centrodestra sulla gestione della sanità. Vediamo se da questa vicenda è possibile trarre delle cautele per l'agire futuro. Due i gravi sbagli che sono stati fatti e su cui è necessario vigilare perché non si ripetano. Il primo è stato quello di condurre il sistema con metodo autoritario, attraverso la logica dell'uomo solo al comando, dimenticando che le aziende sanitarie sono giuridicamente autonome e il compito della Regione è quello di indirizzare e controllare. Il secondo riguarda la mitizzazione degli acquisti centralizzati. Possono servire, ma da soli non produrranno chissà quali risparmi. Il vero problema è finanziare adeguatamente il servizio sanitario pubblico. E poi non dimentichiamoci degli sprechi a cui può condurre la lotta agli sprechi: aumentando la dimensione su cui si fanno gli appalti si rischia di danneggiare gravemente le piccole e medie imprese e le cooperative locali, che non hanno i mezzi per prendere parte alle gare.

"Ho presentato una mozione che mira a tutelare l'accesso delle cooperative sociali di inserimento lavorativo ai bandi di gara per la fornitura di servizi alle Asl."

COTA FA CASSA CON I TAGLI AL PERSONALE DELLA SANITÀ

A causa delle manovre della Giunta Cota, tra il 2011 e il 2012 il sistema sanitario regionale ha perso 2667 unità di personale. E il futuro non si prospetta certo più roseo: secondo i programmi operativi del piano di rientro consegnati dall'assessore Cavallera, la cura dimagrante è destinata a continuare fino a raggiungere una diminuzione di 1.798 operatori nel 2015.
La scure di Cota non risparmierà nemmeno le ore in convenzione dei medici specialisti convenzionati. Se una delibera del 2011 vietava alle Asl di aumentare per due anni le ore, per il 2013 si prevede di diminuirle del 4% e nei due anni successivi del 2%. Tagli previsti anche per le prestazioni aggiuntive, per le consulenze e per i contratti atipici: questi ultimi dovranno scendere del 5% ogni anno fino al 2015." Con queste riduzioni ci si chiede come si possa continuare a mantenere la sanità ai livelli di eccellenza tanto vantati da Cota.
Gli operatori sono al limite delle forze e non fanno che denunciare i turni massacranti cui sono sottoposti per sopperire alla mancanza di personale necessario.
Ma sorda a tutte le sollecitazioni, l'amministrazione continua per la strada dettatagli da Roma, a scapito sia della qualità del lavoro dei dipendenti del servizio sia inevitabilmente dei pazienti che ad essi si rivolgono.
11/7/2013

È' in crescita in Piemonte l'obiezione di coscienza sugli interventi di interruzione di gravidanza da parte dei medici.

LA SALUTE E L'AUTODETERMINAZIONE DELLE DONNE E' L'ULTIMO DEI PENSIERI DI COTA

Eleonora Artesio Consigliera di Rifondazione Comunista nel Consiglio regionale del Piemonte ha svolto un'indagine sull'attuazione della 194 presso tutte le aziende sanitarie del Piemonte sui dati del 2012, da cui è emerso come il 67,5% dei ginecologi e il 40% degli anestesisti si rifiuti di attuare la pratica abortiva.

"***Un trend in aumento*** - dichiara Artesio - ***visto che i dati del Ministero evidenziano come nel 2011 questo dato fosse rispettivamente del 65,7% e del 37,7%. Siamo ancora al di sotto della media nazionale (69,3% e 47,5%), ma se il fenomeno dovesse continuare rischierebbe di portarci alla stessa situazione denunciata recentemente da molte forze politiche in Parlamento e da inchieste giornalistiche e cioè che potrebbero crearsi zone della regione in cui abortire risulti troppo complicato, se non impossibile, e si ritorni all'aborto clandestino, soprattutto tra le donne straniere e le minorenni.***

Un fenomeno oggi già presente in alcune Regioni, ma che non è escluso che, continuando così, si verifichi anche da noi, visto che il numero di ginecologi obiettori in Piemonte è in quasi tutte le Asl superiore a quello dei medici attivi sulla legge. Diverse le situazioni molto critiche: all'Asl di Novara, ad esempio, è disponibile un solo medico, due all'ospedale di Alessandria e tre in quello di Cuneo".

"***Al momento*** - prosegue la consigliera - ***non sembra che ciò incida sulle liste di attesa al punto da superare i limiti temporali imposti dalla 194, almeno stando alle dichiarazioni dei direttori generali (e anche al fatto che dal 2011 al 2012 le Ivg siano scese da 9.267 a 8.856) ma certo non induce a stare sereni. E soprattutto è evidente come tale ineguale diffusione del fenomeno provochi una forte mobilità interna tra ospedali. Basti vedere a Torino i numeri del Sant'Anna, di fronte ai quali appare evidente la necessità di un intervento che produca una migliore distribuzione nei servizi dei medici obiettori e di quelli non obiettori, anche perché la situazione ha dei riflessi pesanti anche sulla carriera dei ginecologi. I pochi che non si rifiutano di applicare la 194, finiscono infatti per occuparsi di aborti per tutta la vita, a scapito della propria professionalità e della carriera. Un problema già sollevato in molte sedi, tanto che al Ministero è stato creato un tavolo tecnico con tutte le Regioni per trovare delle soluzioni che salvaguardino i diritti di pazienti e professionisti. In tutto questo spicca il silenzio della Giunta Cota, che naturalmente non ha avviato né una discussione sul tema, nonostante le richieste delle opposizioni, né attuato una politica di rafforzamento dei Consultori, nonostante, cito dalla relazione del ministro Lorenzin, "la necessità di una maggiore valorizzazione dei Consultori familiari quali servizi primari di prevenzione del fenomeno abortivo e di una effettiva loro integrazione con i centri in cui si effettua l'IVG, potenziando anche il loro ruolo di centri di prenotazione per le analisi pre-IVG e per l'intervento. Tale integrazione determinerebbe una maggiore utilizzazione dei consultori da parte delle donne, anche tenendo conto che indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, riguardanti il percorso nascita, hanno evidenziato un maggior grado di soddisfazione per tale servizio e migliori esiti in seguito alle loro attività***".

"***Nel rapporto del Ministero si parla anche dell'importanza di una corretta informazione*** - termina Artesio - ***e di campagne di comunicazione rivolte soprattutto alle straniere e alle più giovani. Negli ultimi mesi della Giunta Bresso avevamo messo a punto una campagna sull'uso del preservativo che aveva il duplice scopo di allertare i giovani sulla possibilità di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, sia sul rischio di gravidanze indesiderate. Sospesa momentaneamente per il contestuale svolgimento della campagna***

CONTINUA A PAG. 15

SALUTE E AUTODETERMINAZIONE DELLE DONNE

CONTINUA DA PAG. 14

elettorale, è stato uno dei primi progetti gettati da Cota nel cestino della carta straccia. Del resto, cosa ci si può aspettare da un presidente che crede che occuparsi della salute dei bambini e delle mamme voglia dire elargire un bonus una tantum di 250 euro?"

L'Agenda di gravidanza e la procreazione medicalmente assistita

La ricognizione effettuata sull'attuazione delle politiche di salute per le donne ha portato Artesio a rilevare anche come da mesi l'Agenda di gravidanza non sia più disponibile in gran parte delle aziende sanitarie del Piemonte, dalla To2 ad altre come Cuneo, Vercelli, Biella, Novara. "Su segnalazione di molte cittadine - spiega - ho svolto un controllo presso le strutture del territorio, ricevendo spesso la stessa desolata risposta da parte degli operatori dei Consultori: "La stiamo aspettando a giorni". I giorni sono diventati mesi e da almeno prima dell'estate gran parte delle donne piemontesi che aspettano un bambino sono state private di quello che è diventato uno strumento di grande importanza per la gestione della gravidanza, sia da parte delle gestanti sia da parte dei professionisti stessi.

L'Agenda di gravidanza era stata introdotta nel 2009, per offrire alle donne tutte le informazioni relative al periodo della gravidanza e ai loro diritti, nonché per fornire loro le impegnative prestampate per tutti gli esami previsti dal profilo assistenziale regionale.

A tre anni dalla sua distribuzione, l'Agenda aveva trovato notevole diffusione tra le future mamme (72% nel 2010 e 79,6% nel 2011), permettendo l'adozione di stili di vita adeguati, la semplificazione del percorso nascita con la riduzione degli accessi agli ambulatori medici (41,5% nel 2011 e 45% nel 2012 sono state le donne che, utilizzando le impegnative già fornite, hanno ridotto di almeno 8 il numero dei passaggi dal loro medico di medicina generale) e la riduzione di interventi inappropriati. Dopo una revisione prevista nel 2013, le Agende, che avrebbero dovuto essere stampate dalle Aziende sanitarie attingendo ai fondi complessivi trasferiti dalla Regione, in molti casi sono cadute del dimenticatoio, con grave disagio per le utenti.

"***Cota*** - afferma Artesio - ***fin da subito si è schierato in maniera aperta nei confronti dei Movimenti per la vita, molto probabilmente per ottenerne il consenso, ma in questi anni non ha mostrato alcuna sensibilità per la salute e il benessere delle donne e dei bambini, se non a livello propagandistico, esaltando un ruolo della procreazione che non è mai stato sostenuto***".

Lo dimostra anche il fatto che sempre nel 2009 una delibera della Giunta Bresso, che riordinava il complesso tema della riproduzione medicalmente assistita, aveva disposto la creazione di due nuovi centri pubblici di II e III livello, di cui uno ad Asti e uno a Novara, in un quadro in cui i servizi in Piemonte sono quasi esclusivamente in mano ai privati, con costi spesso proibitivi per la famiglia, se si esclude il centro dell'ospedale Sant'Anna, quello del Maria Vittoria, quello di Fossano e un istituto privato accreditato di Torino.

A distanza di quattro anni, i due nuovi centri non sono mai partiti per mancanza di personale e all'istituto accreditato è stato tagliato il budget, tanto che almeno da luglio opera solo in regime privatistico. "***In tal modo*** - continua Artesio - ***nei pochi punti pubblici, di cui due su tre concentrati nel capoluogo, le liste di attesa si allungano e i cittadini sono costretti spesso a ricorrere al privato o a rinunciare al loro sogno di un figlio. Senza contare i costi della mobilità passiva verso altre Regioni***".

SANITA' PIEMONTE

Storie ordinarie di resistenza proletaria contro la politica di tagli ai servizi

Il servizio pubblico sanitario piemontese sta vivendo un momento critico. A pochi mesi dal conferimento dell'incarico, la precedente assessora regionale era stata coinvolta in uno scandalo dai risvolti penali, non ancora chiuso... E' stato allora imposto alla massima carica della sanità piemontese un manager industriale che arrivava dall'Iveco, con il compito di fare quadrare i conti, benché (per sua stessa ammissione) non capisse nulla di sanità.
Ne sortì un pasticciato piano di accorpamenti di Asl e Aso che prevedeva la creazione di "federazioni", il cui criterio-guida - la prossimità geografica - ha portato alla nomina di superfunzionari e, di fatto, aumentato la confusione.

Ne è conseguita la minaccia di chiusura di alcuni ospedali: Valdese, Maria Adelaide e Amedeo di Savoia. Sono diminuiti i posti letto per pazienti 'acuti' e lungodegenti, mentre si è assistito alla riduzione delle risorse destinate alle strutture assistenziali e ai tagli alla diagnostica.
Con i conti in profondo rosso, la Regione Piemonte avrebbe voluto chiudere il cerchio svendendo gli immobili ospedalieri e amministrativi.
La sostituzione in piena corsa dell'assessore che aveva ideato queste prodezze ha, per il momento, rallentato il progetto distruttivo, ma ha lasciato una situazione di profonda incertezza.

Inoltre la costituzione delle "federazioni" prevedeva un accentramento delle funzioni amministrative, che sembrava porre le condizioni di una futura esternalizzazione di ancora maggiori servizi (fattore che potrebbe sembrare anche interessante in un'ottica di interesse di "bottega", ma che in realtà nasconde il rischio di peggiorare sia le condizioni lavorative degli addetti sia la qualità del servizio).
E qui finalmente entriamo in campo anche noi che con la sanità, in qualità di fornitori di servizi, abbiamo un rapporto di lunga data con le pulizie, le mense, le attività di guardianìa, e, più di recente, di prenotazione.

Negli ultimi mesi, la situazione dei lavoratori degli appalti si è fatta ancor più difficile, al pari di quella di tantissimi altri lavoratori: l'ipotesi di formalizzare i criteri di massimo ribasso nei capitolati di appalto per i servizi esternalizzati (che destano forti timori per i futuri livelli salariali); affiancata alla "revisione di spesa" nelle pubbliche amministrazioni si stanno traducendo in tagli e limitazioni di ore lavorate o con la cassa integrazione...

Come se non bastasse, gli enti centrali hanno ritardato i pagamenti, mettendo così in condizione le aziende di dover rimandare il pagamento degli stipendi. Le aziende per fare fronte agli impegni immediati si indebitano verso le banche, attraverso prestiti onerosissimi da restituire, finendo col rimandare a loro volta i pagamenti.

CONTINUA PAG. 17

Storie ordinarie di resistenza

CONTINUA DA PAG. 16

L'anello debole della catena sono e rimangono come sempre le lavoratrici e i lavoratori del settore, già spesso sottoposti a condizioni difficili, attraverso l'imposizione di part-time o orari ridotti.

Gli esempi di queste situazioni nell'area torinese sono tanti, ne cito solo due.

Il primo riguarda i servizi di portineria e di vigilanza dell'ospedale Giovanni Bosco. Nel cambio appalto del giugno scorso, i lavoratori e le lavoratrici si sono visti ridurre del 40% lo stipendio e hanno rischiato di non essere assunti dalla ditta vincitrice; infatti, con gesto di illuminata preveggenza, la Asl competente non aveva previsto l'obbligo dell'assunzione del personale presente in cantiere, esponendo così questi lavoratori al rischio della disoccupazione.

Ma il lavoratori hanno reagito e hanno portato il loro caso davanti all'opinione pubblica attraverso scioperi, presidi e alla fine anche con un'assemblea spontanea che si è protratta per lungo tempo, esponendo i promotori al rischio della denuncia per interruzione di pubblico servizio.

Eppure la loro disperazione è stata pari alla loro forza e sono riusciti almeno in parte nel loro intento.

Attualmente, dopo essere stati ricevuti dal nuovo assessore alla Sanità ed avere ricevuto garanzie di interessamento, per quanto lacunose nella forma e nella sostanza, il loro appalto è sospeso sub judice in attesa che si faccia chiarezza sui troppi punti critici.

Il secondo caso emblematico è rappresentato dal servizio "Sovracup", un call center in grado di prenotare un grande ventaglio di visite specialistiche e di esami. Nel 2010, i 60 e più addetti, che fino a quel momento lavoravano come interinali alla ASL, furono esternalizzati e si videro ridotti a 36 unità, con un taglio netto sullo stipendio di 250 euro al mese. Ma anche in questo caso le lavoratrici ed i lavoratori reagirono. Prima in forma spontanea, poi organizzandosi ed aggregandosi intorno alla Cgil, unica sigla sindacale che volle assumersi la responsabilità di rappresentarli.

Grazie ad una lunga serie di lotte, di interminabili incontri e tavoli di trattativa anche notturni, e dopo avere proclamato anche uno sciopero, forse tra i primi lavoratori interinali in Italia, questi lavoratori sono riusciti a recuperare una fetta importante di esuberi e a stabilizzare un monte orario maggiore rispetto a quello proposto dalla ditta vincitrice del bando.

Questi esempi possono servire come contributo alla spinta per la lotta generale, la lotta di tutti noi: ad uguale lavoro uguale salario.

Alessandro Rossi
operatore Cal Center sovraCup
10 Novembre 2013

Lavoro & diritti

Sempre di più gli italiani che lavorano in malattia

Negli ultimi due anni, con l'aggravarsi della crisi economica, sono sempre di piu' gli italiani che vanno al lavoro anche quando sono malati o chiedono al medico di andare a lavorare. E' questa la sensazione che ormai da tempo raccolgono i medici di famiglia, come e' emerso al convegno della Federazione italiana medici medicina generale.

Le ragioni, dal punto di vista contrattuale, sono molte, e riguardano le norme che legano la produttività in busta paga alla presenza sul luogo di lavoro.

A chiedere di lavorare al medico, nonostante la malattia, sono soprattutto le categorie piu' deboli, come donne e giovani.

Ovvia ed elementare conseguenza in questa Italia che ha iniziato il declino politico, sociale e civile dalla sconfitta operaia nei primi anni 80.

Il lavoro e la salute sono valori di civiltà costituzionale svalorizzati e calpestati dai poteri forti con una pianificazione ultratrentennale, con la complicità diretta, e spesso rivendicata, della sinistra ultramoderata, regressiva e revisionista, e con la subordinazione compiaciuta di Cisl e Uil e di quella lamentosa della Cgil.

Oggi questa pianificazione e queste complicità non bastano più per finire lo sporco lavoro che ha portato il Paese sul ciglio della barbarie sociale, serve debilitare definitivamente la Costituzione ed è ciò che stanno facendo da alcuni anni.

Red.

Atti aziendali delle ASL, ad esempio quello della TO2

Manager pubblici o incursori contro la sanità pubblica?

Questi in carica hanno preso il posto dei post comunisti designati dalla Giunta Bresso, quelli che venivano additati come cugini dei sovietici con i loro piani quinquennali, e pare che abbiano copiato lo stesso metodo sparando il loro piano in itinere. Il solo problema è che quelli lo sapevano strutturare con una certa logica ma questi, neo liberisti come si declinano, prendono lucciole per lanterne per una serie innumerevole di motivi.

Presentano dei piani aziendali che sono perfettamente allineati al famoso e nefasto "tavolo Massicci", frutto del grande inciucio del Governo delle larghe intese denominato Letta-Alfano. L'amara (per chi ancora non conoscesse le idee liberiste) sensazione che se ne trae è che questi signori si siano accordati per svendere la sanità pubblica, in un programma organico di inciucio che va dal livello nazionale, a quello regionale, comunale e di quartiere.

Ora, va da se che l'atto aziendale deve tener conto di tutti questi aspetti, deve accontentare tutti, in modo che in Consiglio regionale ci sia una blanda opposizione di facciata del maggiore partito sconfitto nelle elezioni del 2010.

Ora, nel merito di quanto presentatoci, se avete voglia d'immaginare quelli che tutti sanno essere i nomi messi a capo dei dipartimenti, si può definire un atto ecumenico nel senso peggiore della definizione. Tutti contenti, tutti inciuciati. L'esempio maggiormente lampante è sulla scelta di mantenere 4 distretti territoriali.

In una prima segreta, come il segreto di Pulcinella, stesura erano 2, poi sono diventati 4. passare a due distretti avrebbe significato risparmiare così d'un colpo circa 250.000 •uro, avrebbe significato altresì decapitare magari un paio di individui, serbatoi di voti di qualche partito, si vocifera. Dopo una ridda di telefonate, si è abbandonata la logica per l'inciucio.

Altro lampante esempio è l'istituzione delle due strutture complesse definite Direzione amministrativa di territorio e ospedaliere, tutti ne sentivano il bisogno, per primi gli utenti, ovviamente.

Questa lungimirante scelta va di pari passo con la scelta (scellerata) di svuotare le Direzioni sanitarie di competenze.
Se si osserva bene quali saranno i compiti delle due direzioni amministrative si comprende che si è eliminato (per finta) l'economato, per crearne 2 e per salvare ecumenicamente due dirigenti, di fazioni teoricamente opposte. Perlomeno curiosa la creazione di una struttura semplice di "prevenzione rischio occupazionale e radioprotezione medica" collocata nel dipartimento servizi territoriali, ma, con una freccia che va verso la Direzione sanitaria del Maria Vittoria.
Come va interpretata? Una sponda professionale per qualcuno o si sostiene l'ardita tesi che nel territorio, al OSGB e OAS non occorre radioproteggere?

Scelta illuminata quella di incrementare con una struttura complessa il servizio di psicologia, in fondo sono solo 98 gli psicologi in servizio, la maggioranza dei quali rigorosamente in convenzione con poche ore e ricattabilissimi, in pratica l'elargizione del poco a molti. E il Direttore di tanta complessità chi sarà? Nel cortile si fanno ipotesi fantasiose, ma spesso anche oggi la fantasia va al potere.
O c'è già!

Ciò che stride maggiormente è che s'intendono mantenere aperti i servizi con una profusione di posti dirigenziali senza fare i conti con il front line, come va di moda dire oggi.
Mancano gli infermieri, gli OSS, manca in buona sostanza chi sta vicino al paziente. Manca una seria programmazione per ciò che riguardala risposta alle richieste della cittadinanza.
A questo si aggiunga il mantenimento di servizi che con sottile eufemismo si possono definire discutibili e su uno in particolare intendiamo aprire una sana polemica: il servizio di agopuntura. Degnissima disciplina ma che a nostro parere e memori delle missioni in Cina da parte della passata gestione, non paiono così essenziali alla mancanza di risposte per anziani, malati di mente.
Tenere aperti questi servizi è una vera e propria scelta politica, e sfidiamo chiunque a dimostrarci un considerevole numero di accessi al servizio con impegnativa del medico curante.

Insomma niente di nuovo sotto il sole, questo atto aziendale è teso a convincere subliminalmente i cittadini che tutto sommato, risposte più rapide, precise e a pari costo del ticket, si ottengono dai privati.
La logica è comune, sotto la regia del due Cota/Cavallera, a tutti gli atti aziendali del Piemonte: un viatico per le consorterie private che da tempo hanno messo gli occhi sul Piemonte, in poche parole un tentativo maldestro per attuare l'esportazione del modello lombardo. Vogliono ripetere l'esperienza infausta di Formigoni?

Redazione

inchiesta LAVORO&MIGRANTI

Dizionario dei luoghi comuni sull'immigrazione

Invasori e ladri di lavoro?

Dopo gli arrivi dell`estate 2013, il dibattito sull`immigrazione è sempre più arenato su opposti luoghi comuni. Da un lato i buoni sentimenti, dall`altro la "cattiveria" di stampo leghista. "Dobbiamo accoglierli" contro "portateli a casa vostra". Numeri e fatti devono essere la base per comprendere i mutamenti e gestire le opportunità, non i problemi. Prima che sia troppo tardi, perché l`Italia da tempo non è più un paese che attrae.

"L`immigrazione è un fatto sociale totale" - AbdelmalekSayad

Sempre più spesso video, articoli e post che parlano di immigrazione sono "assediati" da commenti che sarebbe semplicistico definire razzisti, una categoria che assume sempre meno significato. Ma ci sono e sono sempre di più. Per quale motivo? Forse per l`egemonia culturale della Lega, costruita negli anni e rafforzata dall`accodamento di chi doveva contrastarla. Forse, semplicemente, per effetto di un Paese impaurito e incattivito dalla crisi. Ma anche per l`incapacità di spiegare, parlare di fatti e numeri. Ai luoghi comuni di destra si contrappone un buonismo derivato dalla peggiore tradizione cattolica. Proviamo, invece, a usare la ragione.

Sono troppi, è un`invasione

Gli sbarchi sono 'coreografici`. Trasmettono l`idea dell`invasione. In realtà, gran parte sono salvataggi in mare da parte di unità della Guardia Costiera. Il maggior numero di immigrati arriva da sempre in aereo, con un visto turistico, via terra dal confine orientale o nei porti dell`Adriatico. Ma sono arrivi invisibili e dunque non suscitano allarme.

La quota di arrivi via mare oscilla dai 36mila nel 2008 fino a 67mila nel 2011. Quest`anno siamo a circa 25mila e la cifra non dovrebbe aumentare di molto, perché gli arrivi sono concentrati nel periodo estivo. Bisogna considerare che - negli anni in cui arrivavano soprattutto migranti economici - l`Italia si 'arricchiva` in media di un piccolo paese da 20mila abitanti. Troppo poco per parlare di invasione.

Da due anni a questa parte arrivano soprattutto profughi. Sulle coste siciliane e calabresi, quest`estate, sono arrivati esclusivamente profughi. Persone cioè che scappano da Eritrea, Somalia, Siria, Egitto. Paesi con conflitti endemici o temporanei. Gente che non vuole quasi mai rimanere in Italia e lo considera solo un paese di transito verso la Germania o la Svezia - luoghi capaci di offrire ben altro in termini di inserimento. Oppure, a guerra finita, vogliono tornare al loro paese.

L`Italia dovrebbe offrire solo un buon transito. Evidentemente non ne è capace. La bocciatura della Grecia in ambito europeo come Paese incapace di gestire l`accoglienza dei profughi ha significato l`inizio sostanziale della crisi.

Non possiamo mantenerli, portateli a casa vostra

I profughi - dopo aver ottenuto asilo politico - non sono mantenuti a vita. Devono essere accompagnati verso la possibilità di camminare con le proprie gambe. In Italia, invece, sono concepiti come una "mucca da mungere" secondo le regole della shock economy, che nella versione italiana diventa fondi a pioggia per soggetti di qualunque tipo: con l`emergenza "Nord Africa" del 2011 anche alberghi e casolari hanno beneficiato della guerra libica. Una misura anticrisi clientelare e inefficace, senza alcun beneficio per gli stranieri.

L`obiettivo diventa così trattenere più a lungo possibile i migranti, in particolare durante l`attesa per

CONTINUA A PAG. 20

Nelle altre pagine

- **Assistenza sanitaria in Italia: l'immigrazione indispensabile**
- **Infermieri in Italia: più uomini e meno stranieri**
- **Sanità migrante "*Cie da chiudere*": lo dice il Comitato di bioetica**

inchiesta LAVORO&MIGRANTI

Invasori e ladri di lavoro?

CONTINUA DA PAG. 19

la richiesta di asilo. Un centro come quello di Mineo ospita oltre 3000 richiedenti in attesa. È una fabbrica della disperazione. Le proteste dei migranti (numerosissime negli ultimi due anni, in qualche caso anche violente) hanno un solo scopo: velocizzare le procedure, uscire dai centri, iniziare a lavorare. Magari in un Paese meno cialtrone.
Non è un caso che, dopo gli "sbarchi", tutti si affrettano a chiedere soldi all`Europa.Non si parla di efficienza, razionalizzazione, organizzazione. Semplicemente denaro, che in grandissima parte finisce agli italiani. Non è un caso che nei centri si distribuiscano "pocket money", buoni che possono essere spesi all`interno o nei dintorni per comprare solo determinati beni.
Già non c`è lavoro per noi.

Tutti i rapporti degli organismi internazionali da anni dicono che le migrazioni si stanno spostando dall`Europa ai paesi emergenti. La fascia meridionale europea, in particolare, è sempre meno "appetibile". I dati del rapporto Ismu 2012 mostrano che gli arrivi di migranti economici sono praticamente terminati.
Questo porterà a una notevole ristrutturazione del mercato del lavoro in Italia. È tipico dei paesi ricchi, dall`Europa agli Emirati arabi, affidare ai migranti le fasce basse. Gli italiani in questi anni hanno potuto in gran parte (anche se per esempio in edilizia locali e migranti spesso lavorano fianco a fianco) dedicarsi a lavori intellettuali e impiegatizi, persino 'artistici`. Il problema non è più "ci tolgono il lavoro" ma "come faremo senza di loro".

Il lavoro migrante - da sempre - è usato dalla controparte padronale in funzione antisindacale e per comprimere i salari e diritti. Ma sono stati proprio i lavoratori migranti - a differenza di piagnucolosi italiani - a organizzare gli scioperi in agricoltura (Nardò, Castel Volturno) e nella logistica (Milano, Bologna, Piacenza). Arrivando a contrapporsi a organizzazioni criminali e potenti multinazionali.
Aiutiamoli al paese loro.
Secondo gli xenofobi dal volto umano, dobbiamo impedire le migrazioni e "aiutarli al paese loro". Ma gli spostamenti di massa sono da sempre un modo per far crescere le economie locali. Cosa sarebbe oggi l`Italia senza le rimesse di milioni di emigranti che nell`arco di due secoli hanno lavorato in condizioni disumane pur di mandare dollari alle loro famiglie?
Oggi, allo stesso modo, paesi come le Filippine si reggono sulle rimesse degli immigrati, come la Polonia. I polacchi non emigrano più - almeno in paesi come l`Italia - perché sull`emigrazione degli anni `90 hanno costruito la loro crescita. Impedire le migrazioni significa fermare questa forma di riequilibrio della distribuzione della ricchezza e - di conseguenza - aprire la strada a esodi veramente di massa.

E loro come ci trattano al loro paese?

Nei discorsi da bar "noi" accogliamo bene i migranti, li sfamiamo e offriamo lavoro. Loro" ci trattano male nei "loro" paesi. Uscendo dall`astrattezza, basta dare un`occhiata a quello che fanno le imprese italiane nel Corno d`Africa. E in Libia, Tunisia, Romania.
In molti casi, le ditte italiane di costruzioni hanno fondato le loro fortune costruendo infrastrutture - spesso inutili - in Africa. Pagando tangenti a regimi sanguinari. Devastando l`ambiente e distruggendo economie locali. Da ultimo, l`impresa Salini - oggi fusa con Impregilo - sta costruendo l`enorme diga della Rinascita in Etiopia, tra le proteste degli abitanti. Gli effetti saranno destabilizzanti per tutta l`area. L`Egitto protesta per la riduzione delle acque del Nilo. Dal Corno d`Africa continuano ad arrivare a Lampedusa profughi di guerre ormai endemiche.
Le ditte venete in Romania lavorano in quel paese - con altissimi profitti - fino dagli anni `90. E così le imprese italiane in Tunisia o in Libia. Bel Alì e Gheddafi erano straordinari partner commerciali. E l`Eni in Nigeria si trova come a casa.

E io cosa ci posso fare?

"Andate a casa vostra", dicono i comitati dei cittadini ispirati dal credo leghista e dagli imprenditori della paura. Ma la "casa" non c`è più. In un mondo globale, ci piaccia o no, gli effetti e le cause sono intimamente legati da un punto all`altro del pianeta. È inutile costruire porte e sbarramenti, perché saranno inesorabilmente abbattuti.
Chiudersi di fronte ai profughi di guerra - come per esempio quelli provenienti dalla Siria; significa violare la nostra Costituzione e le leggi internazionali a partire dalla convenzione di Ginevra. Ma anche chiudersi rispetto a un mondo dal quale non siamo isolati. L`Italia usa fondi europei, fa parte di accordi internazionali. Non può sedersi

CONTINUA A PAG.. 21

Invasori e ladri di lavoro?

CONTINUA DA PAG. 20

ai tavoli solo quando si tratta di prendere.

L`Europa ci deve aiutare

Secondo i dati riferiti al 2011, ci sono stati 571.000 rifugiati per la Germania, quarto paese al mondo per numero di persone accolte; 210.000 per la Francia; 194.000 per il Regno Unito; 87.000 per la Svezia; 75.000 per l`Olanda; appena 58.000 per l`Italia. Come si fa a chiedere aiuto a paesi che già danno molto di più, pur non essendo paesi confinanti? La situazione in Italia e Grecia, palesemente incapaci di gestire i profughi, ha portato al paradosso di Dublino. I migranti che arrivano nei paesi del Mediterraneo sono costretti a fare lì domanda d`asilo e a rimanere. Ma spesso hanno parenti e prospettive di lavoro in quelli del Nord. I quali, però, sono spesso saturi. E quasi sempre l`emergenza italiana è il frutto della disorganizzazione e dell`improvvisazione.

Ma non vogliono integrarsi

Per integrazione possiamo intendere due cose. L`inserimento socio-lavorativo in un determinato contesto oppure l`adeguamento a regole, abitudini e modi di pensare del contesto stesso. Gli emigrati di tutti il mondo puntano all`inserimento. Altrimenti non partirebbero neanche. Dunque si tratta di un`ovvietà.

Nel secondo caso, dobbiamo chiederci quali sono le "regole" reali vigenti in Italia. Devono rispettare le nostre leggi e la nostra cultura" può suonare paradossale in determinati luoghi. Basta fare un giro nelle campagne meridionali. Imprenditori analfabeti e mafiosi, sfruttatori e brutali sono la norma. I migranti, per fortuna, non si sono integrati all`omertà, al lavoro nero, alla sopraffazione mafiosa. Altrimenti non avremmo avuto le rivolte di Rosarno e Castel Volturno e lo sciopero di Nardò.

L`immigrazione ci danneggia

Il 26% degli statunitensi che dal 1996 hanno ricevuto un premio Nobel è rappresentato da immigrati. Anche Albert Einstein era un celebre rifugiato. Un migrante emarginato già dalle leggi, relegato ai bordi della società, confinato ai settori più deteriorati dell`economia e considerato solo come braccia da sfruttare, non porterà molto al paese che lo ospita.

Conclusione

"L`immigrazione è un fatto sociale totale", dice Sayad. Più prosaicamente notiamo che i migranti, in generale, non sono un problema ma la spia di un problema. Dal sistema di accoglienza allo sfruttamento sul lavoro, dall`incapacità della politica alla criminalità, mettono in evidenza impietosamente tutti le criticità italiane.

Antonello Mangano *www.terrelibere.org*

Assistenza sanitaria in Italia *l'immigrazione indispensabile*

La domanda di assistenza sanitaria a livello globale è in crescita. Nei paesi in via di sviluppo e emergenti la domanda di assistenza cresce con il miglioramento delle condizioni socio-economiche e con l'allargamento della copertura sanitaria a fasce più ampie della popolazione. Nei paesi più avanzati l'aumento e la trasformazione della domanda sono dovuti all'invecchiamento della popolazione, per cui cresce il numero di cittadini affetti da malattie croniche e bisognosi d'assistenza.

Questi cambiamenti non sono però bilanciati da un'adeguata offerta di personale. Secondo stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a livello mondiale mancano circa 4,3 milioni di unità nel settore sanitario e, sebbene i deficit più acuti siano rilevati nei PVS, il problema riguarda anche i paesi più avanzati, soprattutto quelli europei (WHO, 2011).

Per l'UE, la Commissione Europea ha stimato nel 2010 che la mancanza di personale sanitario potrebbe raggiungere la cifra di un milione di operatori entro il 2020, sebbene con rimarchevoli differenze tra gli Stati Membri.

Per colmare questa lacuna, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato il Codice di Condotta per il Reclutamento Internazionale di Personale Sanitario nel 2010.

Il Codice detta le linee guida da seguire per agevolare l'assunzione di personale sanitario straniero, riconoscendo condizioni lavorative adeguate e un salario equo e promuovendo la migrazione circolare degli operatori.

CONTINUA A PAG. 22

inchiesta LAVORO&MIGRANTI

Assistenza sanitaria

CONTINUA DA PAG. 21

La situazione italiana e il bisogno di medici stranieri

In questo contesto l'Italia vive una duplice emergenza, che mette seriamente a rischio la garanzia di accesso a un livello uniforme di assistenza ai propri cittadini, pilone fondante del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Dal 1999 (Legge 264 del 2 agosto 1999) è stato introdotto il "numero chiuso" alle Facoltà di Medicina (e anche a altre): una decisione contrastata , sia nella logica generale sia nelle sue applicazioni pratiche (tra brogli, ricorsi al TAR, differenze di criteri tra Atenei, domande "originali" nei test, …), determinata soprattutto dall'eccessivo numero di medici presenti allora in Italia rispetto agli standard e alle raccomandazioni dell'Europa e dal troppo elevato numero di matricole.

L'effetto della legge è stato un drastico calo delle immatricolazioni (da oltre 100 mila a circa 10 mila), con forte riduzione, a qualche anno di distanza, del numero di laureati in Medicina, come desiderato, ma con effetti anche sulla distribuzione per età dei medici in servizio: oggi, più del 40% dei medici in Italia ha un'età superiore ai 55 anni.

Si stima che in questo decennio il numero di medici che abbandonano la professione per raggiunti limiti di età supererà il numero dei nuovi assunti (OECD, 2012), e questo nonostante il progressivo innalzamento dell'età pensionabile (da 65 anni nel 2012 a 68 anni nel 2018, in crescita di 6 mesi ogni anno).

Il deficit di personale è inoltre aggravato dall'emigrazione di medici, infermieri e veterinari verso altri Stati UE: tra il 2009 e 2012 si è registrato un aumento del 40% delle richieste di trasferimento, da 1017 a 1413 unità (Adnkronos Salute).

Mancano anche gli infermieri

Il quadro non migliora se si considera anche il personale infermieristico. Secondo l'IPASVI, alla fine del 2009 gli infermieri professionali erano circa 365 mila. Ogni anno circa 17.000 infermieri cessano di lavorare per pensionamento, mentre ne subentrano soltanto 8.000. Qualunque stima si consideri, nessuna colloca la carenza di personale al di sotto delle 50.000 unità. Nonostante l'aumento di laureati in scienze infermieristiche, i posti resi disponibili per la formazione non sono sufficienti a coprire la domanda.

In questo quadro, la presenza straniera gioca un ruolo sempre più importante.

Nel 2011 i medici stranieri abilitati in Italia erano meno di 15 mila, il 4,4% dei circa 370.000 professionisti iscritti (FNOMCeO). I più numerosi sono i tedeschi (1.070), seguiti da svizzeri (868), greci (864), iraniani (756), francesi (646), venezuelani (630) rumeni (627), statunitensi (617), sauditi (590) e albanesi (552) (ENPAM).

Allo stesso tempo il numero degli infermieri stranieri in Italia è aumentato di quasi quindici volte tra il 2002 e il 2010, arrivando a rappresentare oltre il 10% del totale. Alla fine del 2010, gli infermieri stranieri iscritti agli albi provinciali IPASVI erano più di 38.000, in maggioranza donne (84,5% del totale).

Merita però segnalare il sensibile calo delle iscrizioni all'Albo negli anni più recenti: mentre nel 2007 gli stranieri rappresentavano il 35,3% dei nuovi iscritti, nel 2012 sono soltanto il 15,3% (IPASVI, 2013). Tra le nuove iscrizioni, gli stranieri più rappresentati sono i rumeni (44%), seguiti da indiani (10,2%), albanesi e peruviani (6-7%).

I dati fin qui presentati, inoltre, non considerano il milione e 655 mila badanti (CENSIS e ISMU, 2013), anche se a non pochi tra questi è demandata l'assistenza sanitaria domiciliare degli anziani. Rimane comunque confermato anche in Italia il trend dei Paesi OCSE, dove il personale sanitario straniero ricopre in media il 20% della forza lavoro.

Dal 2002 gli infermieri possono entrare in Italia al di fuori dei limiti previsti attraverso il meccanismo delle quote inserite nel decreto flussi, grazie all'ottenimento di permesso di soggiorno legato alla propria professione. Nonostante le indicazioni della Direttiva Blue Card 2009/50/CE. sull'ingresso di cittadini stranieri per lavori altamente qualificati, entro cui rientrano diverse categorie del personale sanitario, l'iter di riconoscimento dei titoli di studio risulta ancora lungo e difficile e l'accesso ai concorsi pubblici ristretto ai soli cittadini UE fino a Settembre scorso.

Insomma: di fronte a una domanda di assistenza sanitaria in presumibile forte crescita, il personale qualificato, medico e infermieristico, è e ancor più sarà in diminuzione nel prossimo futuro. È forse il caso di cambiare rotta, cominciando, magari, da una maggior apertura delle frontiere all'immigrazione qualificata in questo campo.

Caterina Francesca Guidi, **Laura Bartolini**

Ottobre 2013 fonte: *www.neodemos.it*

Una inversione di tendenza messa in evidenza dal Rapporto Ipasvi

Sempre più uomini e sempre meno stranieri: il nuovo volto degli infermieri in Italia

Cambia il volto degli infermieri nel nostro Paese. Se fino a qualche anno fa era un mestiere tipicamente femminile con un consistente aumento della componente straniera, ora invece diventa scelta di vita fatta sempre più da uomini e da sempre meno stranieri.

È quanto emerge dall'ultimo Rapporto Ipasvi pubblicato a settembre 2013 relativo alle nuove iscrizioni ai Collegi provinciali Ipasvi che hanno il compito istituzionale della tenuta degli albi dei professionisti. Da considerare che lo studio fa riferimento solo agli Infermieri professionali (397.393) e non considera le Vigilatrici d'infanzia (10.493) e gli Assistenti sanitari (5.900).

Rispetto al 2007 la quota di iscritti come Infermieri professionali (IP) è cresciuta del 45,6% (9.644 nel 2007 e 14.040 nel 2012) con una crescita soprattutto nel Sud che vanta il maggior numero di iscrizioni (3.623).

La professione di infermiere rappresenta una opportunità lavorativa sempre più attraente per gli uomini: il 27,9% dei nuovi iscritti sono maschi contro il 22,3% del 2007. Ancora una volta è il Sud a registrare il maggiore cambiamento. Inoltre l'età media degli iscritti è diminuita passando dai 32,2 anni del 2007 ai 29,8 anni del 2012.

Ma il dato più evidente è il calo delle iscrizioni di infermieri stranieri che sono passati dal 35,3% sul totale dei nuovi iscritti del 2007 all'attuale 15,3%. In questo caso l'Italia appare divisa in tre zone ben precise: il Nord Ovest dove gli stranieri rappresentano il 28,3% del totale dei nuovi iscritti, il Centro-Nord-Est dove la loro presenza è abbastanza sensibile (16-19%) e il Sud e le Isole dove gli stranieri sono una presenza trascurabile (4,5-5,1%).

Poco meno della metà dei nuovi infermieri stranieri sono extracomunitari con punte significative in Valle d'Aosta (88,9%) e in Campania (60,0%) e a differenza dell'intera componente straniera in cinque anni sono aumentati di qui 15 punti percentuali.

Pur avendo conseguito il titolo all'estero più della metà (50,3%) degli infermieri stranieri sembra che negli ultimi anni si sia avuto una maggiore preferenza nei confronti dei corsi di laurea italiani (nel 2007 il 70,4% degli infermieri stranieri aveva conseguito il titolo all'estero).

Il Rapporto infine propone un "Piano della criticità regionale" che avvalendosi di due indicatori (l'età al conseguimento della laurea e la percentuale di laureati all'estero) evidenzia come le regioni meridionali sembrano godere di condizioni migliori in termini di qualità ed omogeneità delle risorse rispetto a quelle del nord (soprattutto Friuli Venezia Giulia e Liguria). In buone condizioni le regioni del Centro.

Maria Rita Porceddu
ottobre 2013
www.immigrazioneoggi.it

Lavoro, sanità, scuola: per gli stranieri la discriminazione è "istituzionale"

La discriminazione anche giuridico-istituzionale è una costante ricorrente per i cittadini stranieri che vivono nel nostro paese. Una realtà che viene messa in luce quest'anno anche dal dossier statistico immigrazione 2013. Rapporto di Idos per Unar, l'ufficio nazionale antidiscriminazioni razziali.

La casa . Gli affitti, oltre a incidere per il 40 per cento sul reddito degli immigrati, si trovano con difficoltà e spesso nelle aree più degradate, con contratti non sempre regolari.

Il lavoro. Il sottoinquadramento, una condizione che riguarda il 41,2 per cento degli occupati stranier i; la diffusione del lavoro sommerso; l'acuirsi del lavoro sfruttato e paraschiavistico nonostante un elevato tasso di sindacalizzazione.

La scuola. Negativo è anche il sistema scolastico per gli stranieri, soprattutto per la carenza di risorse economiche e professionali; di requisiti burocratici talvolta escludenti.

La sanità. Atti discriminatori si rilevano anche in campo sanitario. In Italia, infatti solo 6, tra le regioni e le province autonome, hanno formalmente ratificato l'accordo finalizzato a superare le disuguaglianze di accesso degli immigrati ai servizi sanitari.

inchiesta LAVORO&MIGRANTI

Sui CIE lo dice anche il Comitato di bioetica

Salute migrante prigioniera

Chiudere i campi

Secondo un "parere" dell'organismo di consulenza presso la Presidenza del Consiglio, "in questi centri il diritto alla salute degli internati è soggetto a tali limitazioni da rendere dubbio l'uso del termine stesso di "diritto". Non lo dice un organismo della società civile più o meno progressista, ma il Comitato nazionale di bioetica (Cnb) presso la Presidenza del Consiglio in un ampio "parere" sul tema generale del diritto alla salute negli istituti di detenzione.

"Dov'è il Ssn?"

I Cie "sono ubicati in contenitori impropri, fortemente carenti dal punto di vista igienico - argomenta il C0mitato -. Vi sono concentrati soggetti di diversa ed eterogenea provenienza, molti di loro particolarmente vulnerabili: come le persone richiedenti lo status di rifugiato e le vittime della tratta, che rischiano di trovarsi rinchiuse insieme ai propri carnefici. L'assistenza nei centri non è a carico del Ssn, bensì è fornita dall'ente gestore dei centri stessi".

Nel complesso "si tratta di un'assistenza sanitaria elementare, tarata sulla precedente normativa che permetteva il trattenimento non oltre i 30 giorni". Da quando il periodo di "trattenimento" è stato prolungato, il servizio è "del tutto insufficiente e si registrano casi gravi di soggetti non curati a dovere. Inoltre ci sono grandi problemi per avere la documentazione clinica nel passaggio dal carcere ai Cie". A tutte queste difficoltà si aggiunge un grave disagio psicologico: "Gli internati vivono questo periodo come una pena aggiuntiva a quella già scontata, per di più con minori garanzie (non si sa quanto tempo dovranno rimanere nel centro) e con minori possibilità di svolgere una qualche attività".

"Al massimo come misura eccezionale (come previsto dall'Ue)"

Logiche conseguenze, che per il Comitato richiedono decisioni urgenti: i Cie vanno "chiusi", o "almeno ricondotti alla loro funzione originaria di misura eccezionale, come previsto dalla direttiva Ue, ristabilendo come misura ordinaria il rimpatrio volontario assistito (finanziato da apposito fondo europeo)"; la responsabilità del diritto alla salute degli internati deve passare al Ssn; e le vittime di tratta devono essere regolarizzate per motivi umanitari, come la legge prevede.

Il parere del Cnb, un organismo presieduto dal Francesco Casavola, presidente emerito della Corte costituzionale, è stato elaborato da Grazia Zuffa, coordinatrice di un gruppo di lavoro ad hoc, ed è stato approvato all'unanimità da tutti i membri del Comitato presenti alla votazione, i professori *Amato, Battaglia, Canestrari, D'Agostino, d'Avack, Da Re, Dallapiccola, Flamigni, Forleo, Garattini, Guidoni, Isidori, Morresi, Neri, Palazzani, Piazza, Possenti, Scaraffia, Toraldo di Francia, Umani Ronchi* e, ovviamente, la stessa Zuffa. Ha successivamente espresso la sua adesione la professoressa

Marianna Gensabella *viedifuga.org* 10/2013

CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

“ In Piemonte si tradisce lo spirito della legge ”

E’ stata approvata in Consiglio regionale, in ottemperanza ad una legge nazionale, la delibera sul superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, che prevede l’istituzione di due strutture alternative di custodia, di cui una a Biella e una a Alessandria, per un totale di 70 posti letto, dove verranno ricoverati i piemontesi oggi reclusi a Castiglione delle Stiviere e a Reggio Emilia.

Contraria alla delibera la consigliera di Rifondazione Comunsta, Eleonora Artesio, per la quale con questo atto si prevede solo la reclusione e non percorsi di recupero individuale degli internati e quindi si disattende il significato ultimo della normativa varata dal livello centrale.

“*Non tutte le persone sono nella stessa condizione* - precisa Artesio - *e presentano lo stesso rischio sociale. Per alcuni ad esempio si possono pensare ad alternative, come le comunità alloggio. Occorre dunque prevedere soluzioni personalizzate, come ad esempio ha cercato di fare un’Asl del Piemonte, anche se questa esperienza non è stata fatta propria nella delibera della Giunta, dove si parla solo di numeri, posti letto, finanziamenti per l’edilizia e deroghe alle assunzioni*”.

Forti perplessità sono state espresse da Artesio soprattutto sulla struttura che si aprirà ad Alessandria, presso la Cascina Spandonara: “*Si tratta di un luogo ben lontano dal centro e dai servizi, che non darà fastidio a nessuno, ma che certo non aiuterà il percorso di integrazione e di riabilitazione dei pazienti psichiatrici giudiziari. Insomma si tratta di un’operazione pessima da tutti i punti di vista che perpetuerà quello che Napolitano ha definito un orrore per un Paese minimamente civile*”.

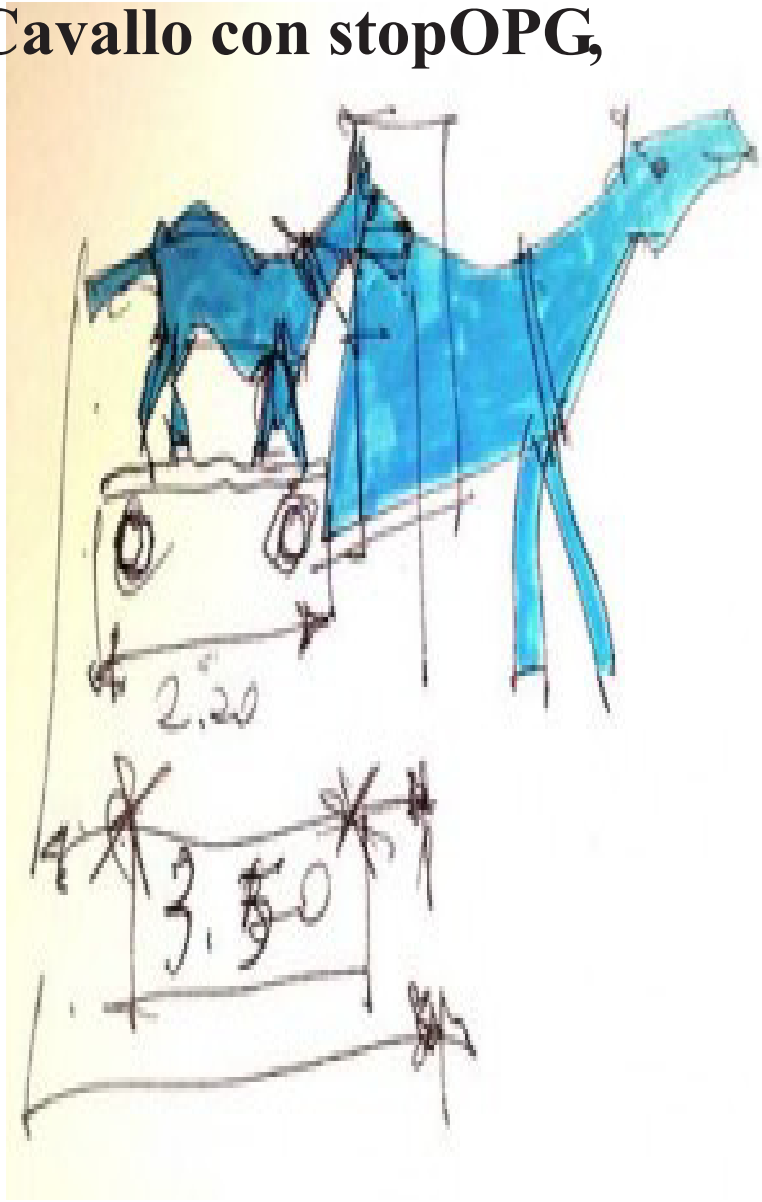
Il viaggio di Marco Cavallo con stopOPG, per incontrare gli internati

Dal 12 al 24 novembre riprende il viaggio per chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

- Per dire no ai miniOPG/manicomi regionali

- Per aprire i Centri di Salute Mentale h24

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani sono ancora in funzione, con oltre mille persone internate, rinchiuse in luoghi che il Presidente Napolitano ha definito "indegni per un Paese appena civile". Per portare all'attenzione dei cittadini e dell'Istituzioni italiane questa situazione il comitato stopOPG, con il coinvolgimento delle associazioni che lo compongono e delle associazioni regionali delle città tappa, ha chiesto a Marco Cavallo di riprendere il suo viaggio. Il cavallo azzurro, che nel 1973 a Trieste ruppe i muri del manicomio di San Giovanni dando il via all'inarrestabile processo di cambiamento e alla Legge 180, toccherà le città sedi di OPG e alcune di quelle che potrebbero diventare sedi dei cosiddetti "mini OPG".



Presidio di testimonianza del coordinamento psicologi

LA PSICOLOGIA NON DEVE MORIRE!

CHE COSA SUCCEDE?

In molti in questo ultimo periodo avranno sentito parlare della "questione psicologi che lavorano come educatori". E di come essi siano a rischio licenziamento. Tantissimi colleghi che non troverebbero più posto nei servizi dove, in molti casi, lavorano da anni.

Questo perché?

La questione, come molti sanno, è relativa ai titoli di studio e alla qualifica.

Lo psicologo non ha titolo di studio riconosciuto per poter fare il lavoro di educatore. Però – e questo è il primo punto che ci teniamo a sottolineare – gli psicologi si sono/ sono stati nel tempo massicciamente impiegati come educatori. Dal centro diurno, alla comunità al gruppo appartamento.

La Regione da anni sta cercando di normare la situazione, anche perché obbligata per legge. Fino a poco tempo fa, senza clamore ed in sordina, erano state proposte modifiche che avrebbero portato di fatto all'impossibilità per gli psicologi, questa volta definitiva, di lavorare nella residenzialità leggera (gruppi appartamento per intenderci). Quindi al licenziamento. Ed in alcune Asl piemontesi, prima dell'estate, le nuove gare d'appalto ci avevano già escluso da queste mansioni (recentemente questo è successo nella Asl TO2).

Le voci che circolavano erano spesso le seguenti: tutti i servizi a breve avrebbero dovuto attenersi a questo riassetto

dell'organico, non soltanto nella residenzialità leggera.

Una catena di eventi che, se non bloccata sul nascere, avrebbe messo a rischio centinaia e centinaia di posti di lavoro. Perché, come molti di voi che ci seguite da tempo sapete, moltissimi psicologi sotto i 45 anni, per forte necessità di un impiego che manca altrove e – spesso, anche se non sempre – per desiderio di un'esperienza CLINICA in contesti a più stretto contatto con la quotidianità degli utenti, si sono inseriti nel mondo del lavoro facendo proprio l'educatore.

COSA SI E' FATTO?

Per impedire tutto ciò il CPPP ha attivato, con tutte le sue forze, differenti canali per "imporre" che si arrivasse, più possibilmente nell'unità della categoria, ad un intervento per scongiurare tre grossi eventi:

1 – il licenziamento di molti colleghi (più di 600 secondo le nostre stime)

2 – la mortificazione della professione tutta (che ancora una volta verrebbe penalizzata a favore di altre togliendole lo spazio che le spetterebbe di diritto – psicologi assunti come psicologi – e escludendo altre forme di impiego – psicologi assunti come educatori)

3 – l'aumento esponenziale di psicologi senza lavoro, saturando sempre più un mercato pressoché fermo

Quindi abbiamo iniziato a dialogare con la politica, unica detentrice della possibilità di modificare lo status quo, e lo abbiamo fatto non certo negli ultimi mesi. Un dialogo serrato e continuo che ha permesso, anche faticosamente, di rendere nota la situazione della psicologia (non solo su questo tema) e di poterci permettere, ora, di proporre qualche cosa.

Abbiamo poi incalzato il Consiglio dell'Ordine (prima la vecchia maggioranza, poi la nuova) costringendolo (non solo articoli ma anche azioni concrete) ad aprire un tavolo di lavoro a cui abbiamo e stiamo partecipando (tre coordinati sono presenti). Va detto che, pur avendo dimostrato di essere totalmente all'oscuro di questa situazione e dei grossi rischi che tutta la psicologia stava rischiando di correre (non ne sapevano davvero nulla!), la nuova maggioranza ha deciso di ascoltarci ed ha, appunto, cercato di creare un gruppo di lavoro che potesse giungere ad una soluzione, anche con il supporto di tanti altri colleghi interessati al tema (facenti parte di molte di quelle

CONTINUA A PAG. 27

LA PSICOLOGIA NON DEVE MORIRE!

CONTINUA DA PAG. 26

che saranno le liste candidate alle prossime elezioni).

Questo spirito, anche se tardivo (se c'avessero ascoltato prima, chissà..), ha permesso di giungere a delle proposte che sono il frutto di un compromesso e che, anche solo temporaneamente, dovrebbero arginare il problema. L'unitarietà, anche nella differenza e senza paura di esprimere con chiarezza e decisione i propri diversi punti di vista, porta a dei risultati.

Siamo tutti contenti? Il risultato è già raggiunto? Ovviamente ed assolutamente no!

La situazione non è affatto risolta ed anzi, se non si passa dall'unitarietà di pochi a quella di tutti i professionisti, si rischia di perdere una grande occasione per riconsegnare dignità alla psicologia (e per tutelare tanti posti di lavoro).

27ottobre 2013

NOTE A MARGINE

La questione qualifica e titolo di studio è di vecchia data.

A questo punto però vanno chiarite alcune cose.

1 – lo psicologo non è un educatore

2 – in tutti questi anni però i vari Enti, le varie Cooperative e la Politica o hanno fatto finta di nulla – perlopiù per convenienze economiche – o si sono disinteressati e/o non hanno visto il problema – la miopia non è una giustificazione per la non azione

3 – molti psicologi si sono "adattati" alla situazione, complice anche l'immobilismo e l'indifferenza dei colleghi che, per ruolo, avrebbero dovuto vegliare sulla situazione e porre rimedio (l'Ordine, per esempio..)

Gli psicologi, finora inseriti nelle èquipe, verrebbero esclusi da quel 60% e inseriti, insieme a MEDICI,INFERMIERI E OSS, nel restante 40%. Ci chiediamo: in un crescente clima di medicalizzazione dei servizi, quanto spazio si potrà realmente riservare al lavoro psicologico?

L'ASSEMBLEA PUBBLICA DEL 24 OTTOBRE 2013

per porre all'attenzione 4 questioni per noi fondamentali:

1 – la Vignale/Burzi è una proposta. Deve essere votata e nulla ci garantisce che ciò avvenga. Abbiamo lavorato affinché, maggioranza ed opposizione in Regione, si trovassero d'accordo sulle modifiche. Il nostro dialogo di anni può, in questo, essere prezioso. Ma dobbiamo far comprendere a tutti quanto questo tema sia fondamentale per il destino della psicologia tutta

2 – il nostro obiettivo non è far sì che lo psicologo diventi un educatore. Vogliamo garanzie per i tanti colleghi che, per i motivi già menzionati, lavorano come educatori. Un sistema che ha accettato (ed ha approfittato) della debolezza di una categoria e dell'esigenza dei singoli non può risolvere i problemi con il licenziamento. Non si può permettere, soprattutto oggi, che altri colleghi perdano il lavoro

3 – questa è una soluzione parziale (riguarda solo una parte degli psicologi assunti come educatori) e temporaneamente limitata

4 – vogliamo che ci sia più psicologia (e quindi più psicologi assunti come tali) all'interno del sistema sanitario regionale

PRESIDIO 5 NOVEMBRE sotto il consiglio Regionale

L'assemblea pubblica è arrivata, dopo una discussione di più di due ore, alla consapevolezza che, per fare capire che finalmente gli psicologi hanno trovato unità di intenti e di obiettivi, è necessario scendere in piazza e chiedere che le nostre ragioni vengano accolte. Tutti insieme. Se non si faranno pressioni di categoria (per intenderci tanta gente, tante voci) tutto lo sforzo potrebbe essere vano e a rimetterci sarebbe l'intera nostra categoria (non solo coloro che rischiano il posto).

PSICOLOGIA&SOCIETA'

Farmaci, aumenta il consumo di antidepressivi. Soprattutto per le donne

In crescita il consumo di antidepressivi da parte degli italiani: il dato è in aumento del 4,5% rispetto al 2004. Questo tipo di farmaci è usato soprattutto dalle donne e, secondo gli esperti, il fenomeno è legato alle conseguenze della crisi economica.
E nel 2020, ha avvertito il direttore generale dell'Agenzia del farmaco (Aifa), Luca Pani, "la depressione, dopo le malattie cardiovascolari, sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva e in buona salute". E' la fotografia scattata dal rapporto "L'uso dei farmaci in Italia", realizzato dall'Osservatorio sull'impiego dei medicinali di Aifa.

L'aumento dell'utilizzo di antidepressivi si colloca in un contesto di sostanziale stabilità nella spesa di farmaci in generale, che si attesta a quota 25,5 miliardi di euro. Mentre la spesa farmaceutica territoriale complessiva è in riduzione rispetto all'anno precedente del 5,6%, quella effettuata delle strutture sanitarie pubbliche nel 2012 ha registrato un aumento +12,6% rispetto al 2011.

Le dosi giornaliere di medicinali prescritti sono aumentate del 2,3% rispetto al 2011: ogni italiano ha consumato 30 confezioni di farmaci nel 2012, spendendo in media 430 euro. Diminuisce invece l'utilizzo di antibiotici, anche se in una percentuale consistente si continua a farne un cattivo uso impiegandoli anche laddove non necessari: l'impiego inappropriato di tali farmaci supera il 20% in tutte le condizioni cliniche, ma al contempo si registra una diminuzione del 6,1% nei consumi rispetto al 2011. Il dato stabile nella spesa per acquistare medicinali è stato commentato dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: "Nonostante l'aumento del consumo di farmaci, la spesa farmaceutica è rimasta sotto controllo. Questo - ha spiegato - grazie ad una maggior appropriatezza nella prescrizione, ma anche all'immissione di farmaci a brevetto scaduto e di generici". Tuttavia, ha rilevato, "c'è ancora forte disomogeneità tra le regioni e bisogna ancora lavorare per una maggior appropriatezza delle prescrizioni".

Nella classifica dei consumi, infatti, la Sicilia è la Regione che registra il maggior consumo di farmaci nel 2012, mentre la Provincia autonoma di Bolzano e la Liguria si collocano tra le regioni più virtuose con i minori consumi.
Ma le disparità nel consumo di medicinali non sono solo geografiche, ma riguardano anche l'età e il genere. A consumare più medicinali sono i più piccoli e gli anziani: il 50% dei bambini e oltre il 90% degli over-75 ha ricevuto almeno una prescrizione durante l'anno.

Gli over-74 presentano anche consumi e spesa rispettivamente 22 e 8 volte superiori a quelli di un paziente tra i 25 e i 34 anni. Il rapporto conferma inoltre il peso della differenze di genere rispetto al consumo dei farmaci: le donne consumano più farmaci antitumorali (sempre maggiori le prescrizioni per il cancro alla mammella per maggiore frequenza della patologia e migliore capacità di diagnosi), e sempre nelle donne la frequenza di utilizzazione dei farmaci attivi sul sistema nervoso centrale prevale di circa il 6% rispetto agli uomini.

Redazione

Associazione onlus
Medicina Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE
Iniziative nella sanità, sicurezza lavoro, approfondimenti scientifici, inchieste sull'ambiente, indagini e analisi, progettualità.
www.medicinademocratica.it
iscriviti. 50 euro: tessera e abbonamento alla rivista

AFFARI E SALUTE IN LOTTA

CRONACHE DEL TAV..... *un secolo dopo*

A un secolo esatto dalla grande manifestazione contro il Tav in Val Susa (novembre 2013), viene finalmente inaugurato il tunnel per il passaggio del Treno ad Alta Velocità sotto il Moncenisio. Presenti alla cerimonia ufficiale Enrico Letta, pronipote dell'omonimo premier che tanto fece un secolo prima per dare impulso all'opera, e la ministra Maria Stella Gelmini, discendente di quella Gelmini passata alla storia per la sua passione per i tunnel e i neutrini che ci corrono dentro. Passione trasmessa di generazione in generazione alla Maria Stella di oggi.

Per la verità, c'è stato un piccolo fuori programma. Ad un certo punto, la ministra si è messa a urlare dal palco delle autorità che i treni in galleria potranno superare la velocità della luce, ciò che è sembrato eccessivo anche ai più ferventi sostenitori del Tav lì presenti. Si è trattato comunque di un episodio secondario, non riportato dai media e quindi non esistito.

Media che in questi giorni stanno mettendo in secondo piano il leggero ritardo della fine dei lavori: solo 80 anni rispetto al termine previsto. Così come stanno sorvolando sul costo finale, lievitato nei decenni dai preventivati 20 miliardi iniziali agli attuali 2.000 miliardi. Ma questi sono dettagli, den unciati inopportunamente dai valsusini, notoriamente estremisti e nemici del progresso e della civiltà. Quello che conta è che il traforo è finalmente una splendida realtà, prova provata del genio italico e della encomiabile perseveranza dei nostri governanti.

Naturalmente, oltre ai costi dell'opera, vanno contabilizzati i costi del mantenimento dell'ordine in tutta la valle, per fare rispettare i nostri impegni internazionali e per non fare brutta figura con la Francia. Ma proprio in questi giorni si sta smobilitando. Le tre divisioni corazzate di stanza a Susa rientreranno presto alla base e i centomila carabinieri dislocati nella valle per il presidio del territorio verranno spostati in Sicilia. Si tratta infatti di mantenere anche là l'ordine, turbato da chi ancora oggi si oppone alla ricostruzione del Ponte sullo Stretto, dopo i due successivi crolli dovuti ai noti eventi sismici.

C'è ancora qualche difficoltà, ovviamente. Per il passaggio dei convogli ferroviari bisognerà aspettare che inizino i lavori di scavo sul versante francese. Ancora non è stato dato il primo colpo di piccone, ma i francesi hanno assicurato che ciò avverrà entro la fine della legislatura. Poco male. Nel frattempo si potrà continuare ad avvalersi della preesistente linea ferroviaria Torino Lione, attualmente utilizzata al 20% della capacità.

Poi occorrerà procedere alla ripiantumazione del verde in tutta la valle. Boschi e prati infatti sono da tempo spariti a causa dell'uranio e dell'amianto dispersi nell'aria e sul terreno. Sostanze contenute nei materiali di scavo per il cui smaltimento non si erano predisposte apposite discariche, dato che ciò avrebbe aumentato il costo complessivo dell'opera e ritardato i lavori. Altri miliardi da aggiungere al costo complessivo, denunciati dai soliti disfattisti nemici dell'Europa a cui non va mai bene niente e che fanno finta di ignorare che tutto questo rilancerà l'occupazione dei giardinieri e così potremo uscire dalla crisi. Fatto che comunque è previsto entro la fine dell'anno, e di cui già si vedono i primi segni, a patto naturalmente che non venga meno la stabilità politica, ciò che potrebbe innervosire i mercati.

E adesso tutti a Lione, utilizzando il teletrasporto da poco diventato operativo.

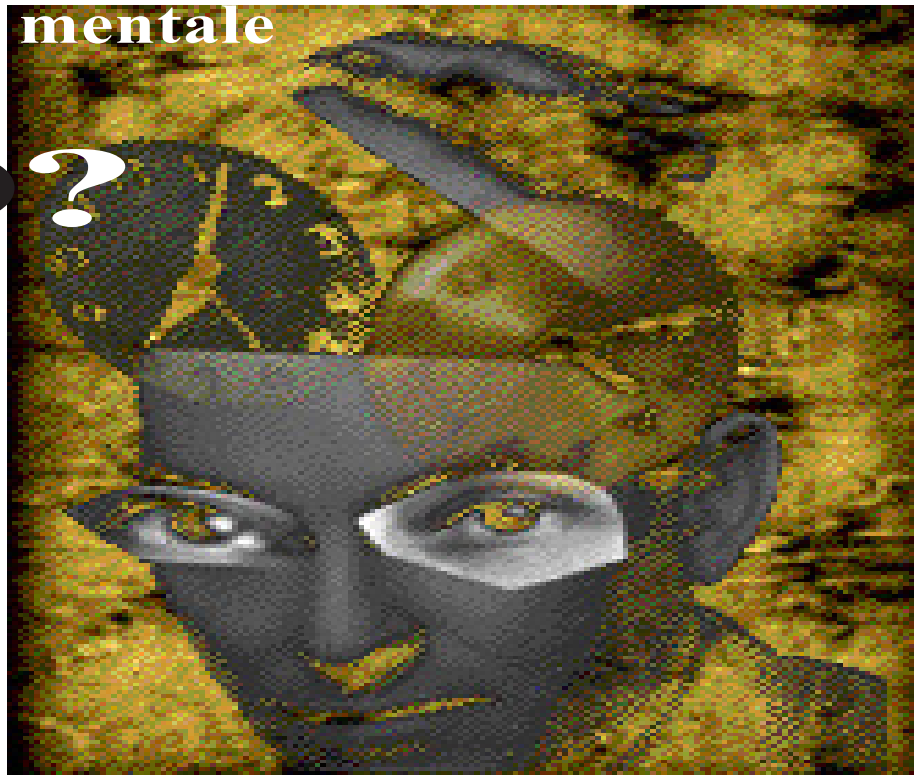
***PS.** Naturalmente non andrà a finire così. Il buco di 50 km nella montagna non si farà, sia a causa della esemplare lotta degli abitanti della valle che anche per mancanza di soldi. Conseguenze politiche di tutto questo? Nessuna. Gli italiani dimenticano presto.*

Bruno Carchedi

www.puntorossoblog.com

Italiani e stato mentale
Una riflessione

TSO?



Se non sono malati mentali in Italia non li vogliamo.
Gli italiani non imparano mai.
Non studiano, non leggono, non si informano, se ne strafottono da sempre alla grande.
Non praticano la memoria, non sanno cosa sia la Storia.
Scendono nelle piazze a far rivolta solo se un rigore non è stato concesso, lo scudetto rubato, il super bomber ceduto; d'altro non sanno.
Da secoli la mia gente è un gregge passivo di masochisti estremi.
Si sceglie master pure idioti, ci convive con loro, li serve, li adora.
Gli italiani hanno sempre avuto bisogno di idoli, però rivendicano le proprie radici cristianissime.
Non sanno quello che dicono, perché parlano senza pensare e capire.
Non sanno.
Degni eredi della fine dell'Impero Romano, sparito, com'era giusto, per lassismo, pigrizia; finito in polvere in brevissimo tempo, dopo chissà quale splendore, se poi c'è stato veramente e non c'è stato.
Compatrioti che non imparano dagli errori fatali.
Ritornano elicoidali sempre agli stessi punti, amano la dittatura, comunque essa sia.
Mascherata o palese, ma loro la vogliono, la desiderano, orgasmano ad essere repressi e negati.
Non sazi di Mussolini, della sua amicizia con Hitler, dei campi di sterminio anche su territorio nazionale, sono sempre alla ricerca di cinici e spietati padroni.
Più i gerarchi moderni, i podestà i ducetti esibiscono il porno al massimo del trash, più le masse sono eccitate e accorrono a schierarsi, per un uccello moscio o per un culo, una paio di tette rifatte, una baldracca di turno.
Italiani che fanno ritornare tutto, affezionati terminali del brutto, dell'osceno, dell'orrore.
Non conoscono bellezza, cultura, arte, non sanno amare, incapaci di sentimenti, accettano e subiscono.
Nemmeno zombi, perché quelli sono morti portati in vita, questi sono solo morti e tali restano, incoscienti pur d'esserlo.
Non ci sono più padri intellettuali coraggiosi a gridare sdegno e j'accuse.
I pochi che osavano si sono suicidati lanciandosi da finestre e balconi, schifati e nauseati, assassinati dall'indifferenza di questo popolo collaborazionista e correo.
Che importa se nello Stretto di Sicilia oltre dieci mila disperati sono morti affogati a causa di Leggi nazionali che condannano alla pena capitale chi scappa dalla guerra, fame, persecuzione?
Neppure le ultime tragedie a Lampedusa hanno toccato il cuore di pietra fredda dei miei connazionali.
Come sempre, da sempre, se ne strafottono. Tutti.
Nessuno può essere assolto.
Manco quelli che si dichiarano 'compagni', 'rivoluzionari', 'pentastellati'... a leggere certi loro pensieri e commenti sull'Altro, lo straniero, il ministro Kyenge, gli immigrati i clandestini, anche Borghezio diventa una scolaretta.
Se non sono malati mentali in Italia non li vogliamo.
Voto dopo voto, schifezza elettorale sommata a nepotismi e famigghia, gli elettori sempre a 90° hanno di nuovo voluto il terrore, riconfermandolo di volta in volta, per decenni.
Ancora non è finito.
Hanno voluto condannati, frodatori, papponi, bugiardi, mitomani, picchiatori fascisti, troie, mafiosi, indagati in Parlamento, li mantengono e li apprezzano, e guai se glieli tocchi.
Se li tengono ben stretti.
Hanno permesso lo snaturamento del Quirinale e accettato un

CONTINUA A PAG. 31

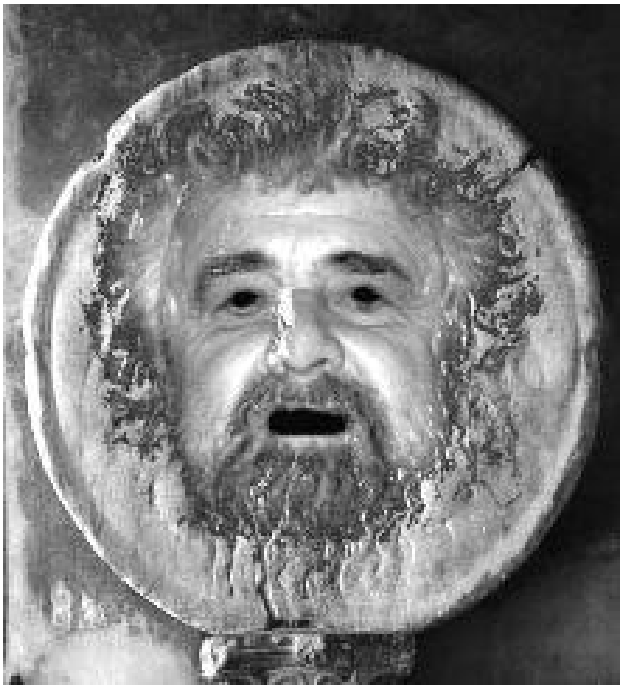
TSO

CONTINUA DA PAG. 30

Presidente della Repubblica buono solo a rappresentare Casta e Amici suoi.
Protestano per le buste paga depredate dalle nuove Democrazie Cristiane, per i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, per i disoccupati e non più garantiti; ma nulla hanno fatto per evitare che l'unico partito che rappresentava la classe operaia fosse estromesso dal Parlamento: grazie al PD/PDL/LEGA NORD che lo hanno "sbarrato" alle elezioni.
Non era mai successo dal dopoguerra.
In Parlamento c'è sempre stata una forza politica operaia.
E' gravissimo quello che è successo e che sta succendendo.
Con la scusa della crisi economica, alla quale non c'è da credere, adesso e delle emergenze nazionali prima, l'Italia si trova oggi peggio del post seconda guerra mondiale.
Allora la gente sapeva che doveva darsi da fare.
Infinitamente peggio ora, perché nessuno vuole capire che è tempo, c'è poco tempo, di ricostruire e lo si deve fare partendo da zero, perché questa Repubblica dei Bananari è devastata, rasa al suolo, testimonia solo rovina e dolore, povertà, miseria assoluta, disumanizzazione, cinismo, cattiveria, xenofobia, razzismo bieco e nessun credo, ideali zero.
Tanta ignoranza e deficienza conica.
Manco la Scuola Pubblica e il Sapere hanno difeso.
Si sono fatti portare via il bello, l'arte, la speranza, costretto i giovani alla depressione mortale.
Si tappano orecchie, occhi e bocca, immersi nella melèna, inghiottono e dicono pure che è buona.
Merda mista al sangue dei loro stessi fratelli e sorelle.
I malati mentali se non sono guidati da malati mentali più gravi di loro si sentono soli.
L'Italia è un Paese che pratica la tortura, sistematicamente, scientificamente; lo dice la Corte Suprema dei Diritti dell'Uomo che ha condannato il 'nostro' Paese per 2.100 volte negli ultimi anni sempre e solo per gravi violazioni dei diritti inalienabili della persona.
Ma gli italiani se ne fottono.
Sono talmente imbecilli che si fanno alienare dalle slot machines e poker on line, casino virtuali, scommesse più o meno clandestine, gratta e perdi sempre, lotto, stralotto e fantacalcio.
Vagli a dire di Marx; per bene che vada consulteranno Wikipedia e ti diranno dei fratelli e di quel cinema di allora, ripetendo a pappagallo.
Se non sono malati mentali in Italia mica li vogliamo.
E' così che un disturbato psichiatrico grave e la sua corte di bruciati al cervello tengono l'Italia in ostaggio, dopo averla ridotta una fogna; lo hanno fatto per due decenni e ancora continuano, come se tutto ciò fosse normale.
E' così che due affetti da narcisismo e istrionismo maligno, raccolgono altre masse e come Grandi Fratelli Digitali fottono gli indignati usando la leva del populismo e il controllo delle idee attraverso la rete che gli italiani non sanno adoperare e con la quale ancor meno interagiscono.
E' così che un manipolo di pazzi furiosi, nazisti vestiti in verde, stanno legittimando il Ku Klux Khan nazionale e tutto quello che ruota intorno alla galassia delle nuove camicie brune.
Gentaglia che dovrebbe essere affidata con urgenza non già a Servizi Sociali, Procure della Repubblica, polizie varie.
Falliti ai quali dovrebbe essere inibita qualsiasi apparizione televisiva e spazio di quotidiani e periodici.
Soggetti pericolosissimi, soprattutto per gli altri, noi tutti, che abbisognano solo ed esclusivamente di ambulatori e studi di psicanalisi, ma con terapeuti in gamba, affiancati da psichiatri che istituiscano supporto farmacologico adeguato.
Relitti tossici ai quali non si dovrebbe più dedicare neppure un solo minuto di attenzione, lasciandoli terminare dimenticati e non pubblicizzati.
Al limite usati come testimonial di pubblicità regresso.
Ma se non sono malati mentali in Italia mica li vogliamo.
Così, vedrai, amico mio, che alla prossima tornata elettorare, i votanti, avendone diritto, sceglieranno di nuovo il manganello.

Lucio Galluzzi

www.bellaciao.org



Occhio! ATTENTI AL FONDO PERSEO

Tutti i lavoratori dipendenti sanno che da alcuni decenni i governi si accaniscono nel penalizzare il sistema pensionistico, con il passaggio dal metodo retributivo a quello contributivo, con l'innalzamento dei requisiti minimi per poter ususfruire alla pensione dopo una vita di lavoro e con le modifiche dei coefficienti di rivalutazione degli importi accantonati ai fini pensionistici.
Già dal 2006 nel settore privato vige l'obbligo di scegliere, per avere la liquidazione, se mantenere l'accantonamento del Trattamento di Fine Rapporto (TFR) oppure di seguire "il consiglio" dato da una martellante campagna di comunicazione anche sindacale, di investirlo nei fondi pensione. Ma ad oggi le adesioni non sono consistenti.

Ora, o meglio da qualche anni, anche nel Pubblico Impiego Cgil, Uil, Cisl (che siedono nel Consiglio di Amministrazione, retribuiti come gli altri componenti con parte dell'importo versato dai lavoratori per il Fondo) hanno lanciato anche la stessa campagna per i Fondi pensione PERSEO per Regioni, Enti Locali e Sanità.

L'adesione al Fondo Perseo da parte del lavoratore pubblico prevede l'accettazione dello Statuto, atti correlati e relative clausole: ci chiediamo quanti dei lavoratori che hanno aderito siano al corrente di tanta informazione utile a capire cosa hanno firmato.

La maggiore redditività sbandierata dai sostenitori della previdenza integrativa è solo eventuale in quanto legata all'andamento dei mercati.... cioè in balia della speculazione finanziaria!

I fondi pensione in Italia sono stati promossi nel periodo della finanza speculativa e dell'economia di carta e riproporre ancora i fondi pensione, quando tutti paghiamo per i danni causati dalla finanza cerativa di Berlusconi e company, è una responsabilità grave e di complicità speculativa.
In campo previdenziale il rischio è un problema serio e cruciale: perdite pesanti si ripercuotono sulla futura unica fonte di sostentamento e possono comprometterla in modo determinante!
I soldi versati al Fondo Perseo vengono investiti attraverso assicurazioni, imprese e banche anche straniere, tantè che gli investimenti dei Fondi finanziano Aziende che producono armi, che sfruttano donne e bambini.
Emlematico il caso del "Fondo Cometa", consigliato ai lavoratori metalmeccanici, che aveva investito risorse in aziende implicate nella produzione di armi chimiche (fosforo bianco). Questioni di etica che i sindacati non forse hanno ben valutato.

Infine sull'investimento del T.F.R. nei Fondi nessuno può onestamente dare certezza di maggiore redditività rispetto all'accantonamento del T.F.R. stesso. Non parliamo poi dei rischi maggiori che si corrono con questa crisi economica!
Chi presenta, e consiglia, ai lavoratori il Fondo Perseo lo spiega?
Forse non spiegano neanche che, per evitare la fuga dopo aver scoperto la trappola, una volta data l'adesione al Fondo è vietato ogni ripensamento!

Redazione

Bed&Breakfast ACQUEDOTTI ANTICHI

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

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

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.

NOTA INFORMATIVA

Il Fondo pensione "PERSEO"

I lavoratori assunti prima dell'1.1.2001, che sono in regime di TFS, per poter aderire al fondo pensione devono optare per il TFR. Quelli assunti dopo tale data sono già in regime di TFR.

La differenza tra TFS e TFR

Il TFS (Trattamento di Fine Servizio) è la somma che verrà corrisposta alla cessazione del servizio ai lavoratori assunti prima del 1.1.2001. Il suo ammontare è determinato dividendo l'80% della retribuzione dell'ultimo anno di servizio (stipendio base più altre voci fisse e ricorrenti) per 15 e moltiplicando tale risultato per gli anni di servizio (TFS = 15/12 x 80% ultimo stip. X anni servizio).

Ai fini del TSF il lavoratore accantona una quota del 2,5% della retribuzione mentre il datore di lavoro versa il 3,60%. Quindi la consistenza del TFS dipende dall'ultimo stipendio e dalle sue variazioni contrattuali (che, a loro volta, sono anche legate alla progressione di carriera).

L'ex ministro Elsa Fornero

Il TFS gode di un trattamento fiscale favorevole in quanto è prevista una franchigia di • 309,87 per ogni anno di contribuzione ed un abbattimento finale del 40,98%.

Il Trattamento di Fine Rapporto (TFR) è la somma che verrà corrisposta alla cessazione del servizio ai lavoratori assunti dopo il 31.12.2000.

Il suo ammontare è determinato dal versamento da parte del datore di lavoro di una quota pari al 6,91% dello stipendio.

Queste somme accumulate di anno in anno sono rivalutate annualmente nella misura dell'1,5% fisso più il 75% dell'inflazione (indice ISTAT).

Ai dipendenti della pubblica amministrazione assunti dopo Il 31.12.2000 viene applicato, per parità di trattamento con i lavoratori in regime di TFS, un abbattimento del 2,50% sull'80% della retribuzione lorda come stabilito da un accordo firmato da CGIL CISL UIL nel 1999 e da un DPCM del 20.12.1999.

La consistenza del TFR, quindi, è strettamente legata alle retribuzioni effettivamente percepite negli anni e dall'indice ISTAT.

Conviene investire il TFR nella previdenza integrativa?

Consultando i dati ufficiali della COVIP (Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione), nel 2011 ben 27 Fondi Pensione presentano un segno negativo; significa che, in tendenza, non solo non stanno producendo interessi ma addirittura stanno erodendo il capitale versato.

Non c'è un solo Fondo che segni il rendimento netto garantito dal TFR, che nel 2011 è stato del 3,5%.

Pigs

I misteri della crisi svelati "in parole povere"

Vi dicono che la crisi «è il problema del debito pubblico» Falso. Vi dicono che «facendo i tagli si esce dalla crisi»? Falso. Vi dicono che «riducendo salari e diritti si esce dalla crisi»? Falso.

Tutto quello che vorreste sapere sulla crisi e nessuno vi ha mai detto..

Liberazione.it

Quotidiano online

Nel Paese della bugia la verità è una malattia
(Gianni Rodari)

L'informazione dipendente, dai fatti

MALATTIA PROFESSIONALE

Il mobbing del Lavoro

Chiedersi cosa sia il MOBBING, il rischio lavorativo emergente della Società della Conoscenza, chiedersi perché la strage assassina non si ferma ha il mesto approdo nel riconoscere come inevitabile la violenza del lavoro nell'Età Globale? Qual è il confine che il DIRITTO ALLA DIGNITA' pone alla libertà di indirizzare, gestire, organizzare, comandare, decidere, disporre, dirigere, dare lavoro, intraprendere, fare profitti, affari…?

Mi pare opportuna la riflessione che segue per chiarire il senso dell'inchiesta di malattia professionale che riguarda i lavoratori colpiti da lesioni della sfera psichica (dall'impatto comunicativo-relazionale sul lavoro per la esposizione al rischio organizzativo psico sociale). La tipologia di rischio da cui conseguono tali lesioni ha senz'altro delle specificità, che tuttavia non l'emarginano in zone remote in cui la definizione giuridica di rischio lavorativo evapori fino a scomparire.

Nell'ordinamento nazionale le vicende lavorative che esitano in lesioni fisiche e/o psichiche evidenziano un chiaro parallelismo tra l'ambito civile (obbligo di risarcimento del danno prodotto) e quello penale (sanzione al responsabile delle lesioni causate ai lavoratori dipendenti).

Sembra indiscusso il riconoscimento dell'articolo 2087 c.c. quale norma generale di tutela civilistica della salute psico fisica (oltre che della personalità) del lavoratore dipendente.

Stenta, al contrario, a farsi strada il riconoscimento che il diritto alla tutela della salute psichica del dipendente non ha, nell'ordinamento nazionale, esclusiva valenza civilistica discendendo dai Principi Costituzionali (articoli 2, 3, 32 e 41) le norme di tutela penale della salute psichica dei dipendenti (dai DD.PP.RR. degli anni cinquanta fino alle direttive comunitarie recepite nell' ordinamento nazionale, 626/94 in primis).

E' peraltro da questo impianto che derivano gli Organi di Controllo (i Servizi di PREVENZIONE delle AZIENDE SANITARIE LOCALI, Regionali dopo la Riforma Sanitaria del 1978) deputati alla tutela del diritto dei lavoratori al lavoro sicuro. In pratica, quando si verifica un infortunio sul lavoro che produce lesioni (gravi), i Servizi Pubblici di Prevenzione verificano (anche di propria iniziativa, tramite l'apposita inchiesta) se nella dinamica che conduce all'episodio infortunistico vi sono (o sono assenti) violazioni alla normativa di salute e sicurezza del lavoro che costituiscono nesso di causa con l'episodio infortunistico individuando, in caso positivo, le relative responsabilità.

L'accertamento delle responsabilità, quando c'è, è comunicata al pubblico ministero che, dopo averle valutate, avanza al GIP richiesta di procedere o di archiviare (il GIP decide autonomamente: archiviazione o processo penale per il nesso di causa tra le lesioni personali dell'articolo 590 c.p. e le norme penali di salute e sicurezza del lavoro violate).

La stessa cosa avviene in tema di malattie da lavoro (patologie che conseguono dall'esposizione lavorativa a fattori di rischio di varia natura), sia nel caso in cui la lesione colpisca il fisico che nel caso sia la sfera psichica del dipendente a subire la lesione.
Ma mentre è pacifica la tutela penale della salute dalla esposizione ai rischi tradizionali (fattori chimici, fisici, biologici…) stenta a farsi strada il riconoscimento della tutela penale dalle malattie che colpiscono la sfera psichica (per l'esposizione ai fattori di rischio relazionale e comunicativo, al rischio psico sociale ed organizzativo).

Proprio nel momento in cui si celebra il passaggio dalla Società Industriale alla Società dei Servizi (Conoscenza, Informatica, Telecomunicazione…) ed è evidente l'evoluzione del rischio lavorativo (diventa primario il rischio di "farsi male in testa" tramite le relazioni e le modalità comunicative interpersonali sul lavoro) si nega la valenza penale della tutela della salute psichica dei lavoratori dipendenti.

Prende corpo, paradossalmente e solo per le patologie psichiche correlate al lavoro, l'esclusiva valenza civilistica della tutela del lavoro propugnata - almeno formalmente - dal regime fascista negando effettività all'ordinamento della Costituzione Repubblicana antifascista (stabilisce la tutela penale della salute e della sicurezza del lavoratore dipendente quale limite tassativo alla libertà di intraprendere, di "dare lavoro").

Com'è possibile sostenere che aggressioni, vessazioni, discriminazioni, persecuzioni, dequalificazione, demansionamento, comunicazione ostile, disconoscimento delle capacità professionali connesse all'inquadramento contrattuale, isolamento, emarginazione, gratuità di premi, punizioni e ruoli aziendali … (che costituiscono parte rilevante del rischio lavorativo della Società Globale, che pretende flessibilità e sacrificio remunerativo continuo per favorire livelli legittimi di competizione) abbiano esclusiva valenza civilistica nell'ordinamento nazionale?

Se il rischio lavorativo è sanzionato penalmente (e fino ad ora - visto anche il fallimento del progetto di Testo Unico - non è lecito sostenere il contrario) o si sostiene (e con quale coerenza?)

CONTINUA A PAG. 35

Il mobbing del Lavoro

CONTINUA DA PAG. 34

che l'offesa alla dignità ed alla personalità del lavoratore dipendente che esita in patologia non costituisce rischio lavorativo oppure si celebrano i processi (contro i responsabili delle lesioni prodotte ai dipendenti in violazione di norme di salute e sicurezza del lavoro).

Non sono riuscito a capire come mai delle molte inchieste inviate dai Servizi PISLL alla Procura della Repubblica nessuna abbia ancora varcata la soglia del dibattimento (stazionano presso l'ufficio del pubblico ministero o quello del GIP).

RISCHIO LAVORATIVO E MALATTIE DA LAVORO

E' pacifico che i "fattori di rischio" che colpiscono il fisico o la psiche hanno natura diversa; si integrano però nella comune categoria dei rischi lavorativi per i quali vige l'obbligo tassativo di Prevenzione violando il quale si commettono reati: l'articolo 4 del d.lgs. 626/94 (munito di sanzione penale) prevedendo a carico del datore di lavoro l'obbligo di valutazione eprevenzione di tutti i rischi lavorativi (dopo la modifica conseguente alla sanzione U.E.) rende esplicita la responsabilità del titolare (DATORE DI LAVORO) di ogni attività produttiva (beni o servizi) nel prevenire tutto il rischio lavorativo (compreso il rischio organizzativo psico sociale) tramite Valutazione appropriata, varo di Misure adeguate (efficaci) e Formazione (onere di risultato) di tutti i dipendenti.
L'articolo "4" non fa che esplicitare i contenuti di norme presenti e trasparenti nell'ordinamento nazionale: già la normativa degli anni cinquanta poneva il datore di lavoro nell'obbligo di farsi carico del rischio lavorativo che deriva dalle modalità organizzative liberamente ed autonomamente date alla propria attività.

L'esplicitazione del d.lgs. 626/94 (della direttiva CEE che lo ispira) è in diretta connessione con l'evoluzione del lavoro: è inevitabile che il passaggio

della Società Industriale a Società della Conoscenza (dei Servizi, della Comunicazione…) segni parallelamente l'evoluzione del rischio lavorativo. Semplificando, il rischio "fisico" è dominante nel modello tayloristico di organizzazione del lavoro; il rischio "psichico" emerge prorompente nel momento in cui le relazioni interpersonali e le modalità comunicative caratterizzano sempre più i ruoli del lavoro nel modello organizzativo aziendalistico della competizione globale. E' questo passaggio che fa del "mobbing" il rischio lavorativo emergente, non un inutile tributo all'effimero modaiolo.

In una recente sentenza della Corte di Cassazione Sezione Lavoro (n° 4774 del 6 marzo 2006, Pres. Mercurio, Rel. Miani Canevari), in linea con la definizione giurisprudenziale del "mobbing" (sottolineata tra gli altri da Del Punta: Mobbing e Modernità atti del Convegno del 20 Aprile 2004), la molestia morale sul lavoro si configura come "condotta sistematicamente vessatoria, tale da ledere l'integrità fisica e la personalità del lavoratore subordinato … che si verifica allorché il datore di lavoro tiene una condotta sistematica e protratta nel tempo, che concreta, per le sue caratteristiche vessatorie, una lesione della integrità fisica e della personalità morale del prestatore di lavoro garantite dall'articolo 2087 del cod. civ.; tale illecito rappresenta una violazione dell'obbligo di sicurezza posto da questa norma generale a carico del datore di lavoro e si può realizzare con comportamenti materiali o provvedimenti del datore di lavoro indipendentemente dall'inadempimento di specifici obblighi contrattuali previsti dalla disciplina del rapporto di lavoro subordinato".

Sembra lecito chiedersi: può la condotta sottolineata dalla sentenza verificarsi senza che vi sia violazione delle norme penali di salute e sicurezza del lavoro? L'uniformità della risposta positiva mi pare irta di ostacoli. Se il fattore di rischio lavorativo ha natura relazionale comunicativa, la lesione che si produce ha buone probabilità di conseguire alla "esposizione" a condotte (comportamenti) e a decisioni (provvedimenti) che violano la normativa di salute e sicurezza del lavoro. E' questo, peraltro, l'onere posto all'operatore PISLL che esegue l'inchiesta di malattia professionale: accertare la presenza (o l'assenza) del nesso di causa tra la patologia diagnostica al dipendente (da chi ha titolo a farla) e le norme di salute e sicurezza del lavoro.

Le norme di salute e sicurezza del lavoro violando le quali possono prodursi le lesioni alla sfera psichica dell'articolo 590 del c. p. sono riconducibili primariamente agli articoli 4, 5 e 22 del d. lgs. 626/94. Dopo la modifica imposta dall'U.E. al comma due dell'articolo 4, la valutazione dei rischi che hanno la potenzialità di ledere la salute fisica e psichica del lavoratore dipendente deve riguardare tutti i rischi lavorativi, incluso il rischio psico sociale organizzativo.

Aldo Mancuso
Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

Progetti regionali: l'analisi di Lila e Cittadinanzattiva sui fondi per la diagnosi di infezione da HIV stanziati per gli "Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2012"

HIV irregolarità nell'utilizzo regionale

"Una quota di risorse del nostro Fondo sanitario nazionale, ammontante a 15 milioni di euro e destinato a 16 progetti regionali di diagnosi della HIV, non è spesa nel modo migliore da parte delle Regioni e questo oggi non possiamo proprio permettercelo". L'allarme viene dalla Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids e da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, che hanno esaminato gli atti deliberativi regionali per la Linea progettuale 3, denominata Diagnosi di infezione da HIV di 10 regioni. I progetti sono stati finanziati con l'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2012 che vincolava quote del Fondo sanitario nazionale a molteplici obiettivi di Piano Sanitario Nazionale.

Ciò che emerge dall'analisi delle diverse delibere e dei progetti, è che le Regioni hanno male interpretato gli atti, determinando a nostro avviso anche un non corretto utilizzo di fondi pubblici. Diverse Regioni hanno inserito costi per attività ordinarie, per esempio esami clinici già coperti da spesa corrente, già finanziate, e progetti con obiettivi non congrui, per esempio attività di formazione, anche questi già finanziati. Pressoché tutte le Regioni hanno presentato progetti privi di indicatori di valutazione, o di azioni innovative. Una Regione ha addirittura proposto una strategia di offerta del test Hiv considerata non costo efficace e non socialmente accettabile dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Alle Regioni è stato inoltre consentito, nonostante l'atto di definizione degli obiettivi sia stato pubblicato nel novembre 2012, di computare azioni a partire dal gennaio 2012 e talvolta da prima, quando gli obiettivi non erano definiti.

"Abbiamo molto lottato per avere un Obiettivo di Piano specifico su questo tema, per innovare e razionalizzare l'offerta del test Hiv, in conformità agli standard internazionali. Associazioni e comunità scientifica esprimono da anni come priorità il necessario miglioramento dell'offerta del test in Italia, dove il 60 per cento delle persone che ricevono una diagnosi di Aids non sapeva neppure di avere l'Hiv e quasi un terzo della popolazione sieropositiva non sa di esserlo, senza dimenticare che in Europa occidentale nel 2011 ci sono stati 7600 decessi correlati all'infezione da HIV, in parte a causa di diagnosi tardive, come emerso nella recente Conferenza Europea sull'Aids. Quanto sta accadendo rischia ora di affossare la linea progettuale stabilita"" ha dichiarato Alessandra Cerioli, presidente Lila nazionale.

"E' evidente che per garantire un'adeguata programmazione sanitaria devono essere rivisti al più presto tempi e modalità dell'attuale procedura di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, con particolare riguardo ai fondi relativi agli obiettivi di PSN. Non possiamo continuare ad accettare che si definiscano gli obiettivi di PSN alla fine dell'anno, la logica imporrebbe invece che gli obiettivi si definiscano all'inizio", queste le dichiarazioni di Tonino Aceti Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato (TDM) e Responsabile del Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici di Cittadinanzattiva.

La Lila e Cittadinanzattiva hanno per questo indirizzato una lettera aperta al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute, alla Corte dei Conti e altri referenti istituzionali, perché sia avviata ogni doverosa verifica in merito all'utilizzo dei 15 milioni di euro.

La "linea 3 HIV" è, inoltre, solo una delle diverse linee di un provvedimento che ammonta a 1 miliardo e mezzo di euro. Le due Organizzazioni sono fortemente preoccupate che le incongruenze riscontrate possano riguardare anche altre linee progettuali

CONTINUA A PAG. 37

L'opuscolo è pensato per offrire al mondo giovanile un'informazione semplice, chiara e scientificamente corretta e aggiornata. su www.lila.it opuscolo pdf

Ambulatorio IST
(Infezioni Sessualmente Trasmesse)
Ospedale Amedeo di Savoia
Corso Svizzera 164 TORINO
telefono: 011/4393788

Trasporti: tram: 3, 9; bus 59, 60
lunedi/martedi/giovedi/venerdi
Orari: 8,30-10,00
Disponibili 15 posti
Esami al Padiglione 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

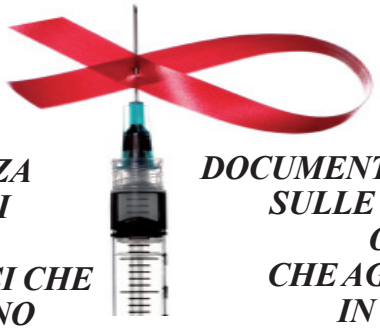
HIV irregolarità

CONTINUA DA PAG. 36

degli Obiettivi di Piano, andando a vanificare non solo la loro efficacia ma anche ogni intento di spending review. Per questo le Regioni dovrebbero garantire la partecipazione delle Associazioni dei cittadini e dei pazienti nella fase di messa a punto e presentazione dei progetti regionali, nonchè nella fase di valutazione degli stessi da parte del Ministero della Salute.

Serie Bianca Feltrinelli

VITTORIO AGNOLETTO
CARLO GNETTI
AIDS
LO SCANDALO
DEL VACCINO
ITALIANO
PREFAZIONE DI ROBERT GALLO



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

DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' CHE AGISCONO IN QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO

L'analisi in sintesi

Sedici le regioni che avevano la possibilità di presentare progetti sulla diagnosi di infezione da HIV (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto). A fine settembre 14 avevano presentato gli atti deliberativi al Ministero, mentre risultavano assenti Calabria e Campania.

Di queste 14 delibere approvate, LILA e Cittadinanzattiva hanno potuto reperire i progetti esecutivi , con non poche difficoltà, in 10 regioni (Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto) e su queste hanno effettuato l'analisi.
Il 50% dei progetti presentati (Veneto, Marche, Umbria, Lazio e Puglia) riporta e computa azioni e costi di attività ordinaria o di attività già finanziate negli stessi periodi da altri fondi. Nello specifico, 3 regioni indicano attività di carattere formativo al personale sanitario già coperte annualmente con 18 Ml di euro del fondo della Legge 135/90; 1 regione include nei costi il computo economico di esami che sono lo standard nella cura dell'HIV e quindi garantiti dai LEA; 1 regione include più azioni realizzate con altri finanziamenti precedentemente ricevuti.

4 progetti (Veneto, Toscana, Marche e Puglia) su 10 propongono attività non riconducibili agli obiettivi indicati nel documento licenziato dal CIPE e quindi non congrue.
Una regione, la Liguria, propone una attività basata su una strategia di offerta del test HIV considerata non costo efficace e non socialmente accettabile sia dalla comunità scientifica nazionale che internazionale.
La metà dei progetti contiene indicatori definiti per misurare la validità dell'obiettivo proposto come richiesto dall'atto; 4 progetti (Toscana, Veneto, Umbria e Puglia) non contengono azioni innovative/migliorative.

Il 60% dei progetti indica tempi di esecuzione antecedenti alla deliberazione CIPE, nella gran parte dei casi riferiti all'inizio del 2012, ma in alcuni si indica come avvio del progetto il 2010. Globalmente si può affermare che la totalità dei 10 progetti analizzati ha almeno un indice di non congruità. 8 progetti su 10 contengono almeno 2 indici non congruità e 2 progetti su 10 hanno 5 elementi di non congruità.

Su www.sossanita.it/hiv
scarica la scheda tecnica dell'analisi
Leggi la lettera alle istituzioni

consigli in libreria

Morire di non lavoro

Le politiche che producono sofferenza e umiliazione nelle popolazioni, incontrando rabbia nelle piazze e disperazione nell'isolamento. Fino al suicidio, come risposta individuale che si fa collettiva e riempie di sé la cronaca degli ultimi anni.

L'uomo che non esiste

Maurilio Mirabella, napoletano, scompare il 17 marzo 2010 a Roatan (Honduras), dove viveva da circa quindi anni, in circostanze a tutt'oggi misteriose. Di lui si è persa ogni traccia. Insieme a lui è scomparso un suo conoscente torinese, Luca Pagliaro.

Mio figlio è autistico

Quel particolare insieme di libri sull'autismo che è il gruppo dei libri scritti da genitori si arricchisce continuamente di nuove opere. Sono opere in cui solitamente prevale l'aspetto della testimonianza, con un risvolto affettivo molto marcato, sia che si ponga l'accento sulle sofferenze e sulle difficoltà, sia che si voglia enfatizzare l'affetto che il genitore nutre per il figlio disabile, fino a giungere in certi casi a considerare la disabilità del figlio un dono del cielo, uno strumento della propria auto-realizzazione.

Si tratta dunque di un gruppo molto eterogeneo, sia dal punto di vista della qualità della scrittura, sia da quello della natura della testimonianza resa, sia infine da quello della competenza sull'autismo in generale posseduta dagli autori.

L'ultimo libro di Gianfranco Vitale, Mio figlio è autistico (Vannini 2013), all'interno del gruppo in questione occupa un luogo eminente. Il libro è una testimonianza ampia, sostenuta da un patrimonio di conoscenza, esperienza e riflessione accumulato nel corso dei trent'anni di vita del figlio, Francesco, che insieme al padre è il protagonista della vicenda. E non è una testimonianza come tante, perché Vitale si confronta con le strutture sociosanitarie e i loro deficit culturali sull'autismo, con le associazioni e le loro prassi (o disprassie), con le cooperative e le comunità: insomma, con tutto il milieu che ben conoscono i genitori di una persona con autismo che passa attraverso l'infanzia, l'adolescenza e la prima età adulta, imbattendosi in una serie di crescenti incomprensioni del suo modo di essere e delle sue esigenze, per arrivare a sperimentare una vera e propria negazione della sua vita, come dice il sottotitolo del libro. È anche una testimonianza che manifesta una buona qualità narrativa, tanto da risultare una sorta di romanzo-verità.

Il libro pone una questione radicale. Quando, infatti, si può dire che una vita umana sia negata? Può essere negata come pura e semplice vita, quando l'essere umano viene ucciso, ma può essere negata anche come umana, quando viene privata di ciò che rende umana una vita, ad esempio eliminandovi qualsiasi traccia, anche la minima, di esperienza della libertà. Può essere negata come umana anche mediante il non riconoscimento delle esigenze singolari connesse ad un modo di essere dell'umano, di questo concreto essere umano, il non riconoscimento della sua specificità irriducibile, dei suoi codici e delle sue limitazioni essenziali. Questo è il tipo di negazione della vita che hanno subito e continuano a subire, giunte all'età adulta, molte delle persone cui è stata applicata l'etichetta dell'autismo. Soprattutto quelle che appaiono più gravi, che hanno un ritardo cognitivo, che non parlano o presentano forti

CONTINUA A PAG. 39

Mio figlio è autistico

CONTINUA DA PAG. 38

limitazioni nel linguaggio, che manifestano problemi comportamentali e non sono in grado di vivere negli ambienti sociali consueti, e meno che mai di condurre una vita indipendente.

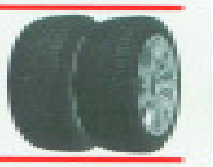
Rinchiusi negli istituti, senza spazi adeguati e possibilità di movimento, e senza stimoli che li aiutino ad uscire dalle loro stereotipie, costoro vegetano in uno stato di sedazione permanente, mentre i loro organismi devono smaltire dosi quotidiane di farmaci di ogni genere. Finiscono per vivere una vita larvale, spettrale, priva di dignità e di senso. Quella del senso, della sua attribuzione e condivisione, che nell'autismo è il problema fondamentale, nelle istituzioni che si occupano di autismo rimane una domanda che non solo non trova una risposta, ma che non viene neppure adeguatamente formulata. Questo anche per il semplice fatto che le istituzioni che si occupano di persone con autismo hanno dell'oggetto della loro attenzione, cioè dell'autismo stesso, una conoscenza superficiale, precaria, e qualche volta del tutto priva di fondamenti.

Quello di Vitale è il libro di un padre. Qui, a differenza di quel che avviene nella maggior parte delle famiglie in cui entra l'autismo, è la madre ad essere latitante, ad essere inadeguata anzitutto davanti alla necessità di comprendere l'autismo del figlio, e quindi il figlio stesso. Il padre qui prende sulle spalle il figlio - è l'inverso di Enea -, ma il suo lungo cammino non sembra godere della protezione di una dea. Una fatica immane, con momenti di felicità, ma soprattutto con grandi angosce, sofferenze e incomprensioni da parte di chi dovrebbe comprendere e aiutare.

Il messaggio infine è chiaro: anche a parità di risorse impiegate, la vita dei soggetti autistici potrebbe essere molto più umana e ricca di senso se la conoscenza dell'autismo in coloro che operano, a tutti i livelli, con le persone con autismo fosse maggiore. Se non si coglie l'autismo dall'interno, ogni sforzo sarà vano, e le vite delle persone con autismo continueranno ad essere negate. Quella del libro di Vitale è una grande lezione, che dovrebbe essere fatta ampiamente conoscere. *Brottof*

4/11/2013 *blog.libero.it/proautismo*

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

Nuovo ctc

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

IDRAULICA STAGLIANO'
mestiere e onestà

preventivi gratuiti
interventi celeri
Telefono 327.6546432
inserzione concessa gratuitamente

una tazzina nutriente gusto, qualità, solidarietà
cafè REBELDE
10 kg 116,16 Euro spese spedizione incluse
026707414 - 3202160435
www.yabasta.it - info@caffezapatista.it
inserzione concessa gratuitamente

Crisi: lo sciopero Cgil-Cisl-Uil del 15 novembre

MA CHE RAZZA DI SCIOPERO E'?

Volendo fare i buinisti possiamo affermare che la credibilità della linea sindacale di Cgil, Cisl, Uil, è da troppo tempo ai minimi termini: a iniziare dalla resa incondizionata davanti al massacro Monti-Fornero. Non lo diciamo solo noi minoranza dentro la Cgil ma è lo stesso Landini, segretario della potente Fiom, a lanciare l'allarme sul crescente pericolo di un distacco definitivo dei lavoratori! Non traggano in inganno i milioni di tesserati (per la verità la maggior parte sono pensionati) perchè non rappresentano affatto la prova di adesione ai comportamenti di questa dirigenza. La controprova, non prevista, starebbe nel tesseramento annuo!

Oggi non gratifica affatto che solo ora i nostri si svegliano contro una legge di stabilità da, dicono con cecità e ipocrisia, correggere, cavandosela con 4 ore di sciopero; potrebbe anche essere letto come una formale resa alle politiche di massacro dei governi Berlusconi, Monti e Letta.

E' pur vero che i tre sindacati del Pubblico Impiego, del Terzo Settore e della Sanità Privata avevano deciso di estendere lo sciopero di venerdì 15 novembre all'intera giornata lavorativa ma la Commissione di Garanzia Nazionale ne ha impedito l'estensione, nonostante siano stati rispettati i tempi di preavviso e sia stata data garanzia che, come sempre, sarebbero stati garantiti i servizi essenziali.

E' un grave precedente che rischia di limitare ulteriormente il diritto di sciopero nei comparti pubblici che già devono sottostare a regole molto ferree e comunque sono già autodiluiti, nel tempo e nella concretezza, dagli stessi sindacati confederali. Questo veto dovrebbe far riflettere i sindacati confederali dell'ininfluenza; a loro viene chiesta solo complicità per avere in regalo un ruolo di testimonianza!

Non serve essere particolari fans dei sindacati di base per dire che almeno loro, con il 18 ottobre, sommato poi alle manifestazioni dei movimenti contro le politiche del governo il giorno dopo, hanno dato un serio segnale di mobilitazione, su di una piattaforma chiara e senza mediazioni con i partiti di governo. Però a questo punto è necessario un atto di realismo e di umiltà, almeno della Cgil, per costruire una stagione di lotta commisurata ad una devastante austerity fatta su misura e ordine del vorace capitale. Invece di fare tutto il contrario e driblare un atto dovuto, ai lavoratori, come ai pensionati, ai giovani e ai disoccupati, con chi condividone una credibile opposizione a questa austerity scaricata verso il basso senza scrupoli!

PS. ***Almeno un paio di domande sorgono spontanee.***
Quanti, come me (dopo 40 anni di adesione agli scioperi Cgil) hanno scelto di scioperare 8 ore contro il governo il 18 ottobre con USB e altri sindacati di base, anche per protesta verso i propri sindacati?
Quanti sindacalisti Cgil, Cisl, Uil nei luoghi di lavoro hanno scioperato?

franco cilenti, iscritto Cgil FP

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

29° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

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

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

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

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: *F. Aurora*

Vignette (cile) di *F. Cilenti*
Impaginazione a cura di *Mac Rizzo*

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

Numero chiuso in redazione: 17-11-2013
Suppl. alla rivista naz. M. D. - n° 200
Questo numero pubblicato solo in pdf sul web: www.lavoroesalute.org

Tariffe inserzioni pubblicitarie scrivere alla redazione

Pubblicati 213 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1478 *autori*
- 2007 operatori sanità
- 138 sindacalisti
- 45 esponenti politici
- 184 altri

Stampate 696mila *copie*
- 491mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.