Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Anno 30
n.5 novembre 2014
Periodico sostenuto da promotori e lettori
Diretto da *franco cilenti*
Red. *info@lavoroesalute.org*
Rivista dell'Associazione *Medicina Democratica*
Movimento di Lotta per la Salute - Onlus
Dir. resp. *fulvio aurora*

Il blog quotidiano www.blog-lavoroesalute.org

12 dicembre sciopero generale obbligato *pag. 31*

Dall'acqua alla sanità vogliono mercificare tutta la nostra vita
Marilena Pallareti pag. 19/22

Disobbediamo all'inerzia

Nelle parole di Saitta e Chiamparino continua a non essere previsto il contributo attivo degli operatori nella ricostruzione dopo le macerie di Cota.

La conferma sul campo la intravediamo in una dolosa continuità di vedute, nelle dichiarazioni ai giornali e nel Piano Sanitario presentato.

Come Cota vorrebbero chiudere strutture di cura in base a presunti rapporti di salotti governativi tra "volumi ed esiti". La loro matematica è opinabile, la salute delle persone no!

A fronte di queste intenzioni paiono anche populiste le parole di Saitta sui "troppi esami medici inutili" se i loro passi concreti sono solo diretti a tagliuzzare le esigenze dei cittadini. Per conseguire il loro risultato vorrebbero inerzia dagli operatori e complicità dal sindacato. Sarà così?

EDITORIALE a pag. 2

fiction di cura

Case di cura, Asl e.....
Le varie ed eventuali dei rapporti nel percorso tra ricovero e lunga degenza

prima puntata pag. 8

a pag. 4

RICORSO AL TAR CONTRO IL "PATTO PER LA SALUTE"
a pag. 5

La truffa del debito pubblico
il nuovo libro di ***Paolo Ferrero***
pag. 43

6- ***concorsi e asl***
Lettera di un infermiere

7- ***denuncia CGIL***
Questi appalti nelle asl

10- ***indagine salute***
Chiedere referto epidemiologico

12- ***ospedali***
Quali rischi e prevenzione

16- ***morti sul lavoro***
Eternit: eterna ingiustizia?

24- ***cure o cosa?***
Ecco "l'affaire Stamina"

32- ***elemosine***
Cosa prevede il Jobs act di Renzi

34- ***ruberie governo***
La truffa del TFR in busta

36- ***pensioni***
Evasori, strozzini e truffatori

40- ***allarmismi***
Le chiacchiere sull'Ebola

42- ***sono o appaio?***
Lavoro, web, psiche e selfie

> e altro ancora nelle 44 pagine

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*

Le professioni sanitarie tra politica e sindacato

DISOBBEDIAMO ALL'INERZIA

Nell'azione di parole della giunta Chiamparino, come nel presunto conflitto tra lui e Renzi sul finanziamento alla sanità, continua a non essere previsto il contributo attivo delle professioni sanitarie, considerate incapaci di proposte per la ricostruzione del servizio sanitario regionale dopo le macerie di Cota. Questa è la volontà degli operatori, quali sono le loro reali intenzioni depurate dalle innumerevoli dichiarazioni ai giornali? Se la risposta non arriva, e ci chiedono di attendere i risultati della formale conflittualità tra Stato e Regioni, venduta come ricerca del salvataggio della Sanità pubblica da parte di Chiamparino, la protesta contro questa inedia istituzionale dovrebbe assumere la forma della disobbedienza.

In realtà, questa è la nostra preoccupazione confermata da anni di tagli con l'ascia del risparmio, si vuole arrivare ad un servizio sanitario che assicuri solo i livelli minimi ed essenziali e solo ad una cerchia di popolazione sotto il livello di povertà, lasciando il resto alle cure di un servizio sanitario privato convenzionato o a pagamento attraverso specifiche forme di assicurazioni.

Ci dicono che in realtà asl nel Piemonte succede già nelle forme più subdole, basta chiedere una ecografia il tempo di attesa è dai 12 ai 24 mesi, se lo chiedi al privato al massimo 2 giorni di attesa e 80 euro. E spesso sono costretti gli stessi operatori del CUP, sensibili agli stati d'animo dei cittadini, che lo suggeriscono.

Ci chiediamo a che servono le tante dichiarazioni ai giornali, alcune condivisibili altre meno e altre ancora fuori tema a tal punto da chiedersi se l'attuale assessorato ha il polso della situazione oppure mutua concetti ripetuti da funzionari regionali ancora cotaggiati.

In merito a una delle ultime interviste a Saitta si possono fare ulteriori considerazioni e precisazioni, o meglio soluzioni sul campo e mai messe in atto. Non ci riferiamo alla battuta di Chiamparino sui "Primari oppositori" e non entriamo nel merito di affermazioni come quella di impossibilità nell'assunzioni causa blocco governativo, ci paiono fuori luogo in quanto la Regione ha proroghe mai utilizzate in pieno e comunque nascondono una concordia politica con le politiche del governo sul sistema sanitario pubblico. E facciamo presente che per assunzione di nuovo personale sanitario non ci riferiamo solo agli infermieri ma anche agli operatori sociosanitari sui quali non capiamo perchè non vengono ancora fatti dalla Regione i corsi istituiti dall'accordo Stato/Regioni.

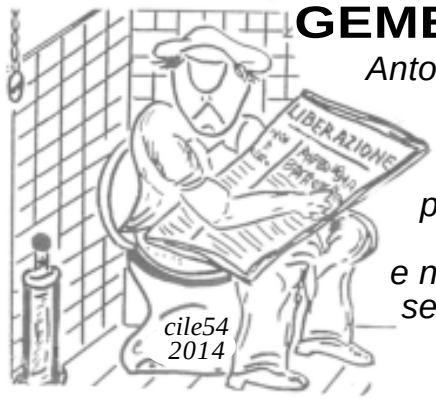
L'inadempienza determina sempre più difficoltà assistenziali e spesso anche di cura diretta in quanto la penuria di infermieri costringe l'OSS a tappare i buchi.

Comunque, ecco le nostre considerazioni sulle affermazioni di Saitta e Chiamparino.

Riorganizzazione della rete. *Non può essere vista obbligatoriamente come chiusura di strutture, ma come una oculata rivisitazione e riorganizzazione dei modelli che porterebbe di fatto a un recupero di risorse umane.*
La premessa obbligata e mirata al risultato è rappresentata dalla rivisitazione degli standard di assistenza, da anni molto al di sotto dei reali bisogni dei cittadini piemontesi e coercitivi per le condizioni di lavoro e di professionalità degli operatori.

Personale. *Il primo passo concreto sarebbe fondamentale l'appropriata gestione dei livelli assistenziali (LEA) con la valutazione onesta dei reali bisogni dei pazienti e la valutazione della tipologia di personale necessaria numericamente con un censimento che calcoli la dotazione per ogni qualifica, dove è collocato e l'appropriatezza per singolo servizio, ospedaliero e territoriale.*
Assicuriamo, in base al nostro lavoro quotidiano, che allo stato attuale non esiste una regolamentazione aggiornata per il calcolo del numero di operatori in base ai bisogni dei pazienti degenti e tanto meno delle problematiche di salute nei territori afferenti alle asl di competenza. La improvvida, causa superficialità o incompetenza dirigenziale, gestione dell' organico porta a situazioni radicate

CONTINUA A PAG. 3



GEMELLI O DIVERSI?

Antonio Cavallera e Sergio Cota vi pare una bestemmia? Aspettiamo e verifichiamo se la nostra è solo una pregiudiziale di ignoranti che badano solo agli affari loro e non capiscono cosa significa sedere su quelle poltrone così stressanti nel loro accudire tanti pessimisti come noi.

DISOBBEDIENZA ALL'INERZIA

CONTINUA DA PAG. 2

negli anni con 4 infermieri negli ambulatori, con orario fisso e passaggi determinati, e 2 infermieri e 1 operatore sanitario, in un reparto di pazienti anziani e non autosufficienti.

Ospedali e medici di base. *Non crediamo proficuo e tanto meno più possibile appellarsi al loro spirito di collaborazione per contribuire a far sì che i loro pazienti non intasino i pronto soccorso. In quanto sono facenti parte, volenti o nolenti, del SSR e sono produttori, con le loro richieste, i loro orari ridotti, le loro assenze nei giorni di festa, devono essere portati per mano a dover prendersi carico dei problemi quanto un medico di PS.*

Ma c'è un punto che nè Chiamparino e nè Saitta considerano un aspetto vitale nella sanità. Il personale di tutte le professioni viene quasi invogliato a lavorare di malavoglia perchè stremato, anche mobbizzato dalla disorganizzazione svalorizzando la persona e la stessa professionalità. Per sostituire non solo i profondi buchi nell'organico, ma anche la stessa depressione nel lavoro, non basta la presenza del personale delle cooperative, anch'essi sfruttati se non peggio in quanto perennemente precari.

Per eliminarla perchè non prevedere nell'arco di questa legislatura l'eleminazione del ricorso alle cooperative assumendo personale da selezioni e bandi (con partecipazione dei tantissimi infermieri interinali che hanno lavorato nei nostri ospedali) e ci saranno posti di lavoro e continuita' assistenziale. Senza assunzioni è ipocrita parlare di continuità di cura!

A questo punto, per capire con quali occhiali guardano nella sanità che gestiscono e nella quale le professionalità sono problematicamente conviventi, sottoponiamo un quesito a Chiamparino a Saitta (ma anche a tanti altri "governatori" e assessori): ad esempio, sanno che gli infermieri sono sottoposti un grande demansionamento e che il loro codice deontologico non consente loro di opporsi?

Non rispondano per favore che è un quesito da porre all'IPASVI perchè se vi fosse stata una barriera politica contro il demansionamento oggi gli infermieri sarebbero più coperti nel loro lavoro e i malati più garantiti. E' o no un loro problema di amministratori?

Prima di rispondere consigliamo di leggere attentamente cosa dice la stessa Agenas: milioni di persone sono curati male a causa del disimpegno delle Regioni nelle politiche di salute.

Noi crediamo che dovrebbe essere la politica a rifiutare la violazione delle barriere deontologiche.

Ovvio che non è solo un problema della politica, esso assume un carattere emergenziale per noi lavoratori della sanità quando lo affrontiamo visitando, ma sempre più da spettatori passivi, gli spazi sindacali. La violazione delle barriere deontologiche chiama in causa l'interesse del malato e riguarda la capacità del sindacato di farci lavorare nella forma più ottimale.

Da troppi anni le azioni sindacali, generali e di luogo di lavoro, non fanno nemmeno più il solletico alle dirigenze politiche e aziendali. A volte fanno ridere di rabbia per la loro pochezza e la commistione insita nella innocua concertazione. Ecco perchè crediamo sia vitale, per le nostre condizioni nel lavoro, per la sicurezza sul lavoro e per lo stesso posto di lavoro, costruire al più presto una "deontologia della disobbedienza".

Una sola domanda ai sindacalisti capaci di leggere onestamente la validità delle proprie parole e azioni: vi pare etico lasciarsi imporre il blocco dei contratti, il blocco del turn over e di fatto estromettere il sindacato dalle decisioni aziendali, prima ancora che politiche, che riguardano il lavoro non vi pare che ci si lascia rubare la libertà sul piano pratico, rendendovi delle goffe comparse?

Non lo domandiamo a chi opera per i propri interessi mascherandosi RSU, passeggia ai cortei cittadine e nazionali ma non agli scioperi.

Negarsi la contrattazione, l'opposto della concertazione, accettando supinamente i dictat politici e aziendali, produce danni ai redditi dei lavoratori e ancor di più agli operatori che sono o precari o disoccupati. Vero o no che impoverire il lavoro in sanità danneggia i malati, anche se la nostra responsabilità di persone che hanno a che fare con la salute degli altri non ha messo in pericolo le garanzie per i malati, nonostante dagli anni 90 il sindacato ha regalato fette di salari con la concertazione?

Si dice che il blocco dei contratti è dovuto a problemi di sostenibilità ma è sostenibile un patto per la salute che alloca al lavoro zero risorse e alla corruzione e al malaffare almeno un quarto del fondo sanitario nazionale?

Il conflitto quindi non è tra contratti e spesa pubblica ma è tra contratti e corruzione. Liberare con il conflitto la spesa sanitaria dalla corruzione e dalle false economie è la nostra unica possibilità di liberare soldi veri per fare i contratti.

Infine, dalla nostra parte c'è la stessa Unione Europea che definisce la contrattazione un diritto. Ma oggi in sanità è negato.

Che facciamo?

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

Mani recidive sulla sanità

Così la cifra in tabella alla voce Ministero della Salute è di 11,3 milioni, tagli che saliranno a 33,3 nel giro di tre anni. La parte del leone la farà il settore della prevenzione con quasi 11 milioni di euro per i prossimi tre anni. L'intervento più ovvio naturalmente, riguarda il preannunciato taglio ai servizi, fra i quali rientra la chiusura di alcuni ospedali. Intanto le indagini e gli studi parlano di 23,6 miliardi che se ne sono andati nel 2013 in corruzione, sprechi e inefficienze nel SSN.

SANITA' PIEMONTESE INDAGATA

Recenti articoli di quotidiani scrivono di "Pronto Soccorso" funzionanti e altri no. Di ospedali dove non viene ricoverato nessuno e altri che sono strapieni. Una sanità di eccellenza, e l'altra scarsa: questo è il loro messaggio.
A quanto pare Chiamparino e Saitta concordano, quindi questa è la nostra proposta: tagliare ancora i fondi alla sanità per renderli tutti scarsi e fare un concreto passo verso il diritto del malato a una assistenza pessima per tutti.
E noi, di concerto con le aziende, annulleremo la disparità fra lavoratori stachanovisti e fannulloni. Una conquista sindacale, la prima da decenni, senza agitazioni.

6 ospedali su 10 lavorano poco?

Stiamo attenti a parametri della nostra attività che potrebbero trasformarsi in atti politici per impallinare la già ferita sanità pubblica

Lo studio Agenas, per conto del ministero della Salute, sui luoghi di cura di tutta Italia ha preso in esame anche le prestazioni fornite ai piemontesi in una valutazione comparativa di efficienza e qualità delle cure che tiene conto di 129 indicatori
IL 60 per cento degli ospedali piemontesi avrebbe reparti con livelli di attività ancora troppo bassi. Diagnosi: frammentazione e dispersione; cura: correzioni.
Il rapporto certifica che in Piemonte la percentuale più bassa di mortalità a 30 giorni è il Santa Croce e Carle di Cuneo, ben al di sotto della media nazionale del 2,5 per cento. Chi invece supera di molto quei valori, con una mortalità che sfiora il 5 per cento, sono altri due ospedali piemontesi: il Mauriziano di Torino e il Maggiore della Carità di Novara.
Altri sono in linea con la media nazionale: Villa Maria Pia e le Molinette di Torino.

La praticabilità effettiva degli atti aziendali, chiamati a correggere questo stato di cose con la riorganizzazione della rete sanitaria, ci dirà se il Piano Sanitario, presentato nei giorni scorsi, avrà un impatto funzionale alla ripristino del rapporto tra esigenze di bilancio, sempre presentate come impedenti al fare meglio, e bisogni di salute dei cittadini.
Intanto, noi che abbiamo cercato di seguire passo dopo passo il poco trasparente iter della bozza di Piano sanitario vedremo e valuteremo attentamente nei prossimi mesi, nel nostro interesse di operatori, e di conseguenza, dei cittadini.

Da una prima lettura veniamo a conoscenza dei passi previsti sulla carta del Piano Sanitario Regionale che rappresenta un'altro accorpamento di luoghi e specialità senza considerarne l'effettiva attuabilità.
Sulla bontà organizzativa e efficacia vedremo punto per punto nei prosimi mesi.
Fatte fuori le ridicole e anacronistiche Federazioni di Cota ora dovremo erudirci sui significati intrinsechi di termini come HUB (casi gravi e discipline complesse) e SPOKE (privi di alta intensità e con pronto soccorso di prima accoglienza) che articoleranno la nuova rete ospedaliera, mentre il progetto ancora in itinere della Citta della Salute composta da Molinette, Cto, S. Anna, Regina Margherita e da tutte le competenze universitarie. Quindi un altro gruppi di ospedali definiti di BASE immaginabili come una sorta di grossi poliambulatori più attrezzati di quelli territoriali.

Come nel Piano di Cota si continua a parlare, senza costrutto e pianificazione di utilizzo delle competenze, di chiusura dell'Oftalmico, dell'Amedeo di Savoia, del S. Lorenzo di Carmagnola e del Maria Adelaide. Mentre viene declassato il S. Luigi (?) viene premiato come ospedale HUB il Mauriziano. Così come vengono visti con occhi di riguardo il Giovanni Bosco di Torino, il santa Croce di Cuneo, il Maggiore di Novara.

Ovviamente le dichiarazioni di rito sono rassicuranti "*Maggiore sicurezza per i pazienti, sistema più efficace, e sostenibile con le normative*". Come operatori siamo molto perplessi sui risultati annunciati, non fosse altro e prchè questo Piano è stato scritto a tavolino solo dagli illuminati del sistema.

Redazione

CHIAMPARINO&RENZI

Patto insalubre

L'apparente conflitto istituzionale tra Stato e Regioni sulla Sanità - il classico gioco dello scopone in famiglia - finirà per ripercuotersi su cittadini, pazienti e famiglie, in particolare sulle fasce più deboli, la domanda sorge spontanea: la politica intende realmente tutelare la salute dei cittadini italiani oppure le schermaglie tra Stato e Regioni mirano a far accettare supinamente, cioè senza neanche un lamento dei cittadini, la strada dell'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati.
Pare evidente, ad occhi e orecchie attenti, che continuano a giocare a rimpiattino la Sanità pubblica.

Ad esempio, ai "governatori" guidati da Chiamparino è sfuggito il pericolo insito nell'art. 1 del Patto per la Salute che ha fissato le risorse per il triennio 2014-2016, "*salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico*".

Questa subdola clausola non mette in sicurezza il finanziamento del SSN anche se formalmente previsto.
In questa formale conflittualità tra Stato e Regioni, venduto come ricerca del salvataggio della Sanità pubblica, continua a non essere previsto il contributo attivo delle professioni sanitarie, considerate incapaci di personalità politica.

E intanto che gli amministratori politici, con il codazzo dei Direttori Generali perde tempo a discutere, ad esempio, della presunta e onorosità dei Direttori delle Strutture Complesse ospedaliere, il privato non dorme e prospera sulle venti sanità diverse per cittadini della stessa nazione.
Così come nascono dubbi, nelle sfere colte, dell'effettiva utilità degli screening di massa, del calcium score alla coronaro TC in pronto soccorso, delle misurazioni seriate di e.c.g. e troponina, del test al cicloergometro pre dimissione in OBI. E prospera la confusione, anche quella pseudoscintifica.

La "sanità" è da anni territorio di mercificazione e questo "conflitto" stato-regioni non è che un fatto, l'ultimo in senso cronologico ma non quello definitivo, che tende a realizzare ulteriormente questa mercificazione favorendo il sistema privato sfavorendo il SSN.

Molti dicono che oramai la sanità italiana è privatizzata, Non crediamo sia così lo stato d'animo degli operatori e dei cittadini, piuttosto, viene spudoratamente svenduto dai media compiacenti.

Ma è vero che assistiamo frotte di mutue e associazioni di "benificienza" forniscono prestazioni per ipotetiche prese in cura mascherate da esami diagnostici e terapie, come fossero un qualsiasi banco del mercato, e tutti paiono felici.

Intanto, se Renzi volesse fare concreta beneficenza potrebbe "regalare" risorse al SSN, e Chiamparino potrebbe utilizzarle in modo trasparente, senza Se e senza MA. Noi operatori e i cittadini, in particolare quelli non abbienti, saremmo grati al duo.

RICORSO AL TAR CONTRO IL PATTO PER LA SALUTE

Il Patto per la Salute fra Governo e Regioni (Intesa rep. n. 82/CSR del 10/07/2014), che ha stabilito lo stanziamento per il Fondo Sanitario nazionale per i prossimi 3 anni ha definito all'articolo 6 che per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze gli interventi socio-sanitari sono effettuati nei limiti delle risorse previste. In altri termini i servizi di cui usufruiscono e necessitano le categorie più deboli possono essere eliminati per ragioni di bilancio: una grave decisione che andrà a colpire proprio coloro che hanno più bisogno e che è in evidentissima contraddizione con gli articoli 3 e 32 della Costituzione e con le norme sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29/11/2001, legge 289/2002 art. 54).
Per questa ragione, l'associazione firmataria della presente, insieme a molte altre (1), ha promosso ricorso al TAR del Lazio, (competente a livello nazionale), per chiedere che tale norma venga abolita.
La posizione del Governo (questa volta insieme alle Regioni) ci rimanda a quando, intorno al 1850, i bisogni sociali e sanitari della popolazione erano affidati alle associazioni caritatevoli. Ed infatti oggi, l'eliminazione dei diritti viene chiamata "innovazione" ed inserita nell'ambito delle cosiddette riforme!

p. l'associazione Senza Limiti
Fulvio Aurora *fulvio.aurora@virgilio.it*

(1) L'ASSOCIAZIONE "PROMOZIONE SOCIALE" Torino la U.T.I.M. – UNIONE PER LA TUTELA DELLE PERSONE CON DISABILITÁ INTELLETTIVA (già U.T.I.M. – UNIONE PER LA TUTELA DEGLI INSUFFICIENTI MENTALI la U.L.C.E.S. – UNIONE PER LA LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE SOCIALE Torino, il G.V.A. - GRUPPO VOLONTARIATO ASSISTENZA HANDICAPPATI ED EMARGINATI, Acqui Terme (AL), la ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "BUONI AMICI" ONLUS, Favria, la A.DI.N.A. – ASSOCIAZIONE PER LA DIFESA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI, Firenze, la ASSOCIAZIONE "IN NOME DEI DIRITTI" ONLUS, Scandicci (FI la ASSOCIAZIONE UMANA ONLUS – UNIONE PER LA DIFESA DEI DIRITTI DEI MALATI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI, Perugia e la A.I.A.S. – ASSOCIAZIONE ITALIANA ASSISTENZA SPASTICI TORINO.

LETTERA INFERMIERE

Questi concorsi nelle asl

Salve sono un'infermiere Torinese precario ormai da quattro anni.
Vi scrivo per farvi notare una delle tante anomalie del nostro sistema sanitario piemontese.

Mi sono laureato nel novembre 2010 e come tanti di me in quel periodo ci siamo iscritti per sostenere il concorso presso un'ASL della provincia.
Nel 2012 finalmente riusciamo a fare questo concorso e comicia la prima anomalia ovvero la graduatoria viene pubblicata dopo circa nove mesi.
Le procedure concorsuali sono sembrate idonee e infatti non vi scrivo per questo motivo ma perchè questa ASL ha un sacco di lavoratori interinali, quando invece vi è una graduatoria aperta dal 2013 e da questa hanno chiamato pochi infermieri.
Nel maggio 2014 tutte le asl piemontesi hanno assunto da graduatorie e invece udite e udite cosa ha fatto l'ASL presso la quale ho sostenuto il concorso??? ha continuato ad assumere personale tramite agenzie interinali.

Dunque, essendo uno di questi infermieri in graduatoria, mi sono recato come molti altri presso dei sindacati; almeno due di questi sindacati ci hanno detto che sicuramente vi sono grosse perplessità nel rapporto con le agenzie interinali che però non si può denunciare per mancanza di prove, anzi si rischierebbe una denuncia per diffamazione. Adesso la mia domanda è: E' normale che in un'azienda sanitaria dove si tende a risparmiare il più possibile vengano presi dipendenti a tempo determinato da un'agenzia interinale dove il singolo infermiere costa molto di più che prendere da una graduatoria?? Che fine farà la nostra graduatoria? Verremo mai chiamati?

Vi scrivo perchè vi seguo da tempo e sembrate l'unico giornale serio che smaschera il marcio che c'è nella nostra regione e vi chiederei se possibile di segnalare questa cosa perchè almeno 60 infermieri sono nella mia stessa situazione, con la speranza che arrivi la raccomandata per l'assunzione e visto che questo posto ce lo siamo sudati e abbiamo vinto anche un concorso pubblico non mi sembra il caso di speculare sulle nostre spalle e spendere più soldi per l'assunzione di personale da agenzie interinali.

Preferirei mantenere l'anonimato
Cordiali Saluti.

NB: Lettera firmata

RISPOSTA

Il problema dei concorsi, quei rari concorsi che vengono espletati è a nostro parere uno specchietto per le allodole, ovvero un escamotage per giustificare a tutta una serie di figure la loro stessa esistenza. Prima responsabile di questo sistema è l'università, sono troppi i corsi rispetto alle reali esigenze del mercato del lavoro.

A seguire la casta dei docenti, pochi gli universitari (dipendenti), troppi quelli che già lavorano in sanità.
Se poi uno avesse voglia di approfondire scoprirebbe che i docenti diciamo a ore (marchetta?), sono sempre gli stessi a riprova che esiste una consorteria. Bisogna aggiungere le varie agenzie interinali, studi associati e cooperative, tutti soggetti ai quali fa comodo un mercato da una parte che ha bisogno d'infermieri e dall'altra inflazionato da infermieri inoccupati.

A tutto ciò si aggiunga che i media generalisti, senza mai entrare nei dettagli dicono in tutte le salse che servono infermieri che non si trovano, veicolando così false aspettative. Il tutto viene poi condito con un pomposo test d'ingresso tanto per fingere che si tratta veramente di eccellenza. Devastante quadro di una perversa realtà. Avendo ben chiaro questo concetto, si capisce il perchè dell'incubo che stai vivendo e cerchiamo di affrontarlo adesso, dopo le cause in termini del perchè.

Primo aspetto la politica governativa che a suon d'annunci continua a perpetrare il blocco delle assunzioni, credendo e dicendo così di risparmiare. Stesso discorso vale anche per le aziende sanitarie gestite da direttori che se raggiungono gli obiettivi di risparmio si prendono a fine anno, un premietto di decine di migliaia di euro. Come fare a conciliare l'ineluttabile bisogno d'infermieri e quanto questi costano. Con un semplice trucco che si può definire lessical-contabile.

Nei bilanci ci sono varie voci di spesa, una delle più spesse è la voce "personale", seguita dai farmaci. Allora se uno dimostra che ha risparmiato dalla voce personale diciamo che è già a metà strada per il raggiungimento del suo premietto. Quindi tu caro collega vieni a tua insaputa riciclato, declassato alla voce "beni e servizi". Hai capito perfettamente: sei un bene e un servizio. Infatti rivolgersi a uno studio associato, piuttosto che a una agenzia, offre molte garanzie in più a TUTTI, meno che a te. Per prima cosa l'agenzia guadagna sulle tue braccia la sua percentuale, riesce a collocarti in una struttura a prezzi stracciati, perchè si sa che un mercato inflazionato, porta al ribasso dei prezzi, le stesse persone che in università erano i tuoi docenti in ospedale sono spesso il RID o l'ufficio infermieristico e sanno benissimo quanto sei ricattabile, spendibile e sottomissibile.

In poche parole sei un oggetto. Amara verità. Per quanto riguarda i tuoi dubbi (sottolineo dubbi, perplessità) in merito all'utilizzo della graduatoria che dire? Questo Paese è marcio, marcio al punto che gli emiri arabi evitano d'investirci per le troppe richieste di tangenti o mazzette. Non è una nostra affermazione, ma della stampa perbene di qualche mese fa.

Per questo motivo Lavoro&Salute ti dà spazio, un giusto spazio, nella speranza che altri leggano il tuo sfogo, la tua rabbia e abbiano il tuo medesimo coraggio di uscire fuori, di dire "basta", di non vivere da rassegnati. Noi saremo sempre li, pronti a darvi voce, spazio, libertà di parlare. Magari in modo diverso esternare alle istituzioni, Assessorato, Procura della Repubblica i tuoi dubbi potrebbe funzionare. Noi abbiamo messo in rete il tuo pensiero.

Redazione

DENUNCIA DELLA CGIL
Questi appalti nelle asl

Torino, 10 novembre 2014

URGENTE

> Spett.le A.N.AC.
via di Ripetta 246 - 00186 Roma

> Spett.le Assessorato alla Sanità Regione Piemonte c.a. D.re Antonio Saitta

> Spett.le Direzione Generale Sanità Piemonte c.a. Dre Fulvio Moirano

> Spett.le ASL TO 2 c.so Svizzera 164 - 10149 Torino

> e.p.c. RSU Cgil-Cisl-Uil Asl To 2

> Spett.le ASL TO 4via Po 11 - 10034 Chivasso (To)
> Economato/Provveditorato

> e.p.c. RSU Cgil-Cisl-Uil Asl To 4

Oggetto: affidamento del servizio di pulizia e servizi accessori per Asl To 2 e Asl To 4, gravi inadempienze. Diffida e richiesta di intervento urgente.

Con la presente come O.S. denunciamo i seguenti fatti venutisi a creare presso l'ex-Federazione Torino Nord in merito all'affidamento dell'appalto dei servizi di pulizia e accessori dell'Asl To 2 e asl T0 4.

L'appalto in oggetto è stato posto in gara con Codice Identificativo n. 5348441921della Federazione Sovrazonale Piemonte 2 Torino Nord;

è stato assegnato con Determina 576/004/2014 del 10 ottobre 2014 alla RTI Eporlux/Pdp Soc.Coop/ Barbara B. scs/la Lucente spa;

tale assegnazione è stata fatta sulla base di un evidenti errori nell'esame di congruità avvallando il taglio del 36% delle ore sul monte ore complessivo dei servizi di pulizia, sanificazione e attività accessorie;

le attività previste nel bando di gara delle due Assll in oggetto risultava addirittura in aumento su alcune parti, non comportando sostanziali modifiche sul monte ore complessivo attualmente in essere, certificato nello stesso bando negli allegati della gara, pari a 565.930,4 ore annue;

sulla base delle proprie valutazioni la Commissione dichiara le ore derivanti dalla base economica pari a 240.645,6 ore annue, reputando conseguentemente più che congrue le 355.256 previste dall'offerta economica della RTI Eporlux/Pdp/Barbara B/La Lucente;

la base economica del bando corrisponde a 9.300.000 euro annui, pari a un massimo di 560.241 ore annue che, senza considerare altri costi (materiale e macchinari, organizzazione, amministrazione), risultano inferiori di 5.689 ore annuali a quelle effettive sull'appalto,

calcolando un costo medio orario del fattore lavoro di 1 6,6 euro l'ora, desumibile dalle tabelle Ministeriali del personale dipendente da imprese servizi di pulizia, disinfestazione, servizi integrati/multiservizi, tale differenza di ore corrisponde a 94.444 euro;

nel proprio giudizio di idoneità dell'offerta di Eporlux/pdp/Barbara B/La Fidente, la Commissione calcola e dichiara le ore annue nell'appalto in corso pari a 240.645,6 ore (corrispondenti a una cifra di 3.994.717 euro annue) di gran lunga inferiore, e dunque inverosimile, rispetto alla base d'asta di 9.300.000;

dall'allegato di gara n.10 le ore risultanti sull'appalto in corso su base annuale sono 565.930 e non 240.645,6 ore dichiarate dalla Commissione.

Pertanto ci troviamo di fronte ad un evidente grossolano errore della Commissione di valutazione della congruità dell'offerta della RTI di cui sopra, un errore che rischia di essere pagato duramente dal servizio di pulizie e sanificazione nei reparti, nei presidi delle due Assll in oggetto per i prossimi quattro anni, avendo una riduzione di ore di servizio annue pari a 210.674.

Se il nuovo appalto dovesse partire con questa mastodontica riduzione di ore di servizio si avrebbero delle pesanti ricadute non solo sociali (esubero di personale, riduzione dei già bassi salari), ma anche sulla tenuta e sicurezza degli ambienti in cui vengono erogate prestazioni sanitarie di alto livello, con possibili ripercussioni anche sulla tenuta del SSR in una congiuntura storica critica segnata dall'approssimarsi dei nuovi rischi pandemici che potrebbero riguardare anche i nostri territori.

Come O.S. chiediamo un pronto, urgente intervento delle autorità preposte al fine di bloccare e invalidare tale assegnazione fallace dell'appalto in oggetto.

Nell'attesa di un intervento in merito ci appresteremo comunque ad informare l'opinione pubblica, l'utenza, i dipendenti delle Assll interessate, i nostri lavoratori ponendoli anche in stato di agitazione.

Rimaniamo a disposizione per le comunicazioni del caso.

Distinti saluti

Filcams CGIL Piemonte e Torino - *Marinella Migliorini - Marco Prina*

FILCAMS

Segnalazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Assessorato,

sulle modalità con le quali la Commissione di Valutazione di congruità ha con un pacchiano errore assegnato l'appalto delle pulizie e sanificazioni delle due AASSLL.

Le conseguenze, con un taglio del 36% saranno terribili su tutti gli ospedali, sui presidi, ambulatori dei due territori: riduzioni dratiche delle ore, dei salari, scadimento della qualità del servizio.

Risparmiano due milioni di euro l'anno a scapito di utenza, lavoratori degli appalti e dipendenti delle AASSLL su un servizio essenziale e importante per ridurre l'impatto delle infezioni nosocomiali

Fiction di cura

racconto *prima puntata*

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

Tutti parlano di risparmio, di controllo della spesa, di sacrifici da fare per salvare l'Italia.
Pare che solo attraverso l'abolizione dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, si possa dare slancio all'economia. Quest'affermazione è, a essere gentili una gran sola, una leggenda.

Basta partire da un solo dato, ovvero che il 70% del bilancio della regione Piemonte è assorbito dalla sanità. Questa benedetta e maledetta sanità.
Oggi come oggi tutti si sono dimenticati di Poggiolini, un tizio, simpaticone che negli anni 1992 nascondeva, in quanto funzionario massimo del ministero della sanità, milioni di euro in uno sgabello, poi trovati dalla Guardia di finanza. Per fortuna tutto oggi è cambiato: massima trasparenza, massima onestà, questo mi rincuora.
Ai tempi nostri solo gente incompetente o in malaffare gestiva la sanità pubblica. Parlare di sprechi nella sanità, oggi come oggi è come sparare a pallettoni su una formica. Tanti e tanti ancora, potrebbero essere gli esempi di gestione creativa.

In questo articolo parlerò dei rapporti tra Aziende sanitarie e strutture private. Non è un discorso facile da spiegare, è pieno di tecnicismi, sigle strane e percorsi ancora più strani.
Per questo motivo cercherò di essere il più semplice possibile, evitando termini tecnici, al limite del banale, questo però non dev'essere scambiato per superficialità. Se dopo questa pubblicazione qualche tecnico volesse capire meglio, Lavoro&Salute sarà ben lieto di approfondire per, diciamo, addetti ai lavori.

Partiamo dal dato che una giornata di ricovero in ospedale costa tra i 600 e gli 800 •. il paziente (d'ora in poi il Sig. Bianchi) entra, riceve la prestazione che può essere medica o chirurgica, dopodichè inizia il percorso di "guarigione" il quale ha molteplici aspetti. Diciamo che a un certo punto la via della guarigione è arrivata a un livello che non necessita più che il Sig. Bianchi stia in ospedale a 600 • al giorno. Poniamo si tratti di una riabilitazione motoria.

A questo punto il Sig. Bianchi viene trasferito in una struttura privata convenzionata con il servizio sanitario regionale a un costo che oscilla tra i 140 e 180 • al giorno.

Solitamente viene inviato in questa struttura con una previsione di 30/60 giorni di trattamento dopo il quale potrebbe tornare o a casa o in una residenza assistenziale, a seconda della propria situazione (famiglia, etc.). Fino qui sulla carta tutto bene; in quei 30 giorni passati in struttura convenzionata teoricamente il servizio sanitario ha risparmiato, rispetto alla permanenza in ospedale circa 12.000 •. dico teoricamente perchè ciò se tutto funzionasse come si deve, le cose marcerebbero da sole.

Non sta a noi avanzare teorie del complotto o del malaffare, non c'interessa in questo momento. Partiamo che per quanto ci riguarda ci troviamo di fronte a una gestione disattenta, sciatta e raffazzonata.
Potrebbe essere che il Sig. Bianchi dopo 30/60 giorni non sia ancora del tutto stato riabilitato e che necessiti di ulteriore tempo, pertanto l'Azienda sanitaria decide di prolungare la sua permanenza.
E' chiaro che il Sig. Bianchi ha bisogno di un tipo di assistenza, sempre seguendo la logica del discorso semplice, che richiede meno tempo, meno uso di materiale, quindi meno costi.
Il Sig. Bianchi non è perfettamente guarito, ma quasi. Sarebbe logico che il costo addebitato al servizio sanitario scendesse proporzionalmente a ciò che riceve come prestazione.
Per questo motivo si parla di tre tipi d'intensità di cura: bassa, media, alta, alla quale sono legati i costi che vengono rimborsati alle strutture.

Nella realtà le cose non stanno in questo modo, credo che lo spreco e la confusione regnino sovrane su questo versante e se già solo con la gara regionale dei pannoloni salta fuori che si possono risparmiare 20 milioni di euro, qui le cifre diventano da capogiro, mi spingo fino a dire quasi pari al buco dichiarato nella sanità piemontese.

CONTINUA A PAGINA 9

CASE DI CURA, ASL E...

CONTINUA DA PAGINA 8

Tutto il percorso del Sig. Bianchi troppe volte è pura teoria. Infatti, tutto questo percorso dovrebbe seguire una logica precisa, ovvero: il Sig. Bianchi viene inviato presso la struttura. Il medico di reparto lo fa accompagnare da una lettera di dimissioni dettagliata e da tutta la documentazione clinica necessaria (terapia, trattamento, etc.).
Passati i primi 30/60 giorni se ci fosse bisogno di prolungare, qualcuno dall'azienda sanitaria va nella struttura, lo visita e valuta. Sempre molto semplicemente si fa quello che chiunque pratica durante la spesa quotidiana: si controlla il peso e il prezzo, non si viaggia a fiducia, anche perchè è interesse delle strutture private trarre il maggior profitto abbattendo i costi.

Pare che ci siano casi di persone che stazionano in queste strutture per tempi biblici che oscillano dai 180 giorni (6 mesi) fino a casi limite oltre i 900 giorni (3 anni?). Non è credibile che una persona resti inchiodato per quasi tre anni in una struttura.

Queste cose accadono perchè le aziende intese come i vari servizi semplicemente non controllano, tutto qua. Magari ci troviamo di fronte a persone non dimissibili perchè non hanno residenza o nazionalità italiana, ciò significa che la macchina Asl nei suoi vari servizi (UVG-UVH-Riabilitazione sia motoria che psichiatrica, servizi sociali) si sono semplicemente dimenticati di queste persone, o peggio ancora, preferiscono dimenticarsene proprio per la problematicità che queste persone portano con loro.

Altra pratica della quale si sente parlare con una sconcertante naturalezza, è ciò che in gergo gli addetti ai lavori definiscono "giro ville" e qui i dubbi vengono per forza anche se non vuoi farteli venire.
Quando un paziente supera un certo numero di giorni

di degenza in struttura privata, il medesimo viene letteralmente scaricato 24 ore in un pronto soccorso e poi inevitabilmente reinviato o nella medesima struttura o in una diversa.
A questo punto il nostro Sig. Bianchi diventa nuovo, nuovo e pronto per farsi un tot di giorni di ricovero a tariffa alta, visto che arriva da un pronto soccorso e lo hanno pure ripulito da degenze troppo lunghe. Forse anche in questa pratica incivile sta il discorso dei pronto soccorso intasati.

Personalmente ho visto pronto soccorso che della loro natura d'intervento d'urgenza non avevano più nulla, bensì la connotazione di una geriatria a cielo aperto (di barellati) da girone dantesco.
Penso che qui sia evidente la sciatteria, la noncuranza, il disinteressamento che costa alla collettività una marea di soldi per altro sprecati. Il Sig. Bianchi se sta 1 anno in una struttura in modo improprio costa circa 51 mila •, se si fossero attivati i meccanismi corretti sarebbe costato 16 mila • e con gli stessi soldi si sarebbero potute assistere altre 2 persone.

Forse anche qui sta la mancanza di attenzione; nella parola PERSONE che troppo spesso viene dimenticata. Lavoro&Salute è perfettamente consapevole della portata di un discorso come questo. Voglio essere estremamente chiaro ancora una volta, l'articolo è stato scritto in modo semplice e semplicistico, tanto per cominciare a far capire ai non addetti ai lavori, come funziona questa vicenda, sia chiaro, molto chiaro che la linea editoriale di questa testata non si basa su dei "si dice", bensì su evidenze.
Diciamo che questa potrebbe essere l'inizio di un'inchiesta giornalistica molto più tecnica e dettagliata. Tutto il discorso dei rapporti tra il pubblico e il privato è un vero e proprio arcipelago e siamo convinti sia nostro dovere cominciare a puntare l'attenzione dell'opinione pubblica o di chi deve occuparsi di far funzionare la cosa pubblica.

Arnaldo Sanità

Istituzioni, salute e referto epidemiologico

I sindaci potrebbero migliorare lo stato di salute dei propri cittadini. Invece non lo conoscono e quindi non agiscono. Eppure con il "referto epidemiologico" potrebbero, e noi con loro, avere coscienza in tempo reale delle criticità sia per gruppi di residenti che di lavoratori.
L'epidemiologo Valerio Gennaro ci sollecita a richiedere in tutti i Comuni il referto epidemiologico, cioè i dati che i Sindaci già hanno a disposizione, le morti nell'ultimo anno (il 2013), confrontati con le morti degli anni precedenti.
Avremmo senza spesa e senza attese lunghe la situazione sanitaria della popolazione, almeno nel suo dato di fondo.

RICHIESTA DI REFERTO EPIDEMIOLOGICO A TUTTI I COMUNI

L'IMPORTANZA DI SAPERE "COME STA" LA COMUNITA'. REFERTO CLINICO E REFERTO EPIDEMIOLOGICO

Con un appropriato esame di laboratorio, ematologico, radiologico, o di altra natura, il medico può capire lo stato di salute del singolo paziente. Potrà così formulare una corretta diagnosi ed individuare la cura più efficace. Analogamente, mediante il referto epidemiologico (RE), ovvero con un esame epidemiologico basato sulle principali informazioni relative a tutti i malati di una popolazione in un preciso periodo di tempo, l'epidemiologo potrà diagnosticare lo stato di salute dell'intera comunità. Sarà sufficiente raffrontarlo con un opportuno standard, il complesso dei dati demografici e socio-sanitari correnti già presenti. Intendiamo i dati riferiti a diagnosi, ricoveri, decessi, uso di farmaci, ecc. per l'insieme dei pazienti della comunità in esame.

MA COS'E' IL REFERTO EPIDEMIOLOGICO?

Il referto epidemiologico si basa sul "conteggio" di tutti i deceduti e dei nuovi malati (ad esempio malformazioni neonatali, complesso dei deceduti, complesso dei tumori ecc.) diagnosticati in una specifica comunità come può essere un gruppo di lavoratori o i residenti in particolari aree in un ben definito periodo di tempo.

Saranno considerati tutti i casi sulla base dell'età, del genere, dell'area geografica, del periodo e di altre caratteristiche. I valori osservati dovranno poi essere raffrontati con il valore atteso proveniente da una popolazione standard. Se la differenza tra questi due valori risulterà superiore a 1 (ci sarà quindi un eccesso di casi osservati) saremo in presenza di un fenomeno più frequente del previsto. A questo punto, con altri specialisti, dovranno essere indagate casualità e causalità dell'evento.

L'utilizzo di questi dati, se adeguatamente aggiornati, potrebbe permettere di identificare eventuali criticità, di origine ambientale, lavorativa o sociosanitaria e intervenire su di esse. Ciò aiuterebbe a individuare tempestivamente le soluzioni, migliorando la qualità di vita dei cittadini, salvando molte vite, mantenendo sano il tessuto sociale e risparmiando risorse economiche utilizzabili altrove, magari proprio per attivare una efficace prevenzione primaria, rimuovere le cause di queste malattie ed evitare analoghe epidemie.

Per esempio, se il referto epidemiologico fosse stato già concepito e utilizzato, grazie all'indagine epidemiologica che nel 2001 ha confermato il grave stato di salute dei residenti nel quartiere di Cornigliano di Genova esposti all'inquinamento siderurgico, si sarebbe potuto ridurre drasticamente anche il numero di vittime osservate a Taranto (sede di un simile impianto siderurgico) dove solo recentemente sono stati stimati ben 30 decessi/anno in più rispetto al previsto.

CONTINUA A PAG. 11

RICHIESTA DI REFERTO EPIDEMIOLOGICO

CONTINUA A PAG. 10

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E REFERTO EPIDEMIOLOGICO

La realizzazione di un referto epidemiologico non è così complessa. Infatti i dati correnti in Italia esistono già, e sono presenti negli assessorati alla salute, nelle ASL, negli ambulatori medici e negli ospedali. Sono già informatizzati, codificati e riferiti a ogni individuo che abbia avuto contatti con strutture sociosanitarie pubbliche o private. Attualmente tali dati non sono utilizzati in modo sistematico, continuo e applicato all'epidemiologia, ma servono solo per scopi amministrativi, economici e statistici.

In questo contesto il Medico di Medicina Generale (MMG) potrebbe svolgere un ruolo cruciale, sia come attore (fornitore di dati relativi alla sua esperienza), sia come utente, perché questo strumento potrebbe consentirgli una maggiore conoscenza della situazione da cui proviene il paziente che ha in cura, favorendo la diagnosi e offrendo utili elementi per agire in ambito preventivo. Infine il MMG potrebbe svolgere anche un ruolo di verificatore dei dati di sua competenza.

CONCLUSIONI

La proposta è di incoraggiare la creazione del referto epidemiologico su tutto il territorio italiano, o almeno nelle aree più critiche. Il suo uso è assolutamente necessario per conoscere in tempo reale lo stato di salute dell'intera comunità valutandone lo spread rispetto al valore standard della morbilità e mortalità realmente osservata.

Valerio Gennaro

Azienda Ospedale Università San Martino Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro - Genova

Medico epidemiologo, specialista in Oncologia, Igiene e Medicina Preventiva, ha acquisito il Post Doc in Environmental Health Sciences (JHU, USA)

ESEMPIO DI LETTERA **RICHIESTA DI REFERTO EPIDEMIOLOGICO**

Al Sindaco del Comune di ...

Ai Capigruppo consiliari del Comune di ...

E per conoscenza all'ASL di ...

Oggetto: richiesta atti Legge 241 90 e s.m.i. - Referto epidemiologico, stato di salute della popolazione comunale.

Si avanza la presente richiesta al Sindaco (quale primo responsabile della salute della popolazione comunale) alla quale si attende circostanziata risposta entro 30 gg, secondo la legge.

Si richiede il check-up sullo stato di salute della popolazione comunale basato sui dati già presenti (ricoveri, mortalità, farmaci assunti, ecc.), in altre parole un referto epidemiologico basato sui dati elettronici già presenti, che fornirebbe una informazione fondamentale: lo stato di salute della popolazione. Se disponibili, si chiedono anche le cause di morte, per fasce di età, negli ultimi 10 anni.

Non si chiede per il momento uno studio epidemiologico teorico, piuttosto costoso, arbitrario soprattutto nella lettura, e poco utilizzabile in sede processuale e preventiva.

Il raffronto con gli analoghi valori dei Comuni vicini, della Provincia e/o della Regione, può essere molto utile per diagnosticare lo stato di salute della popolazione del comune.

Nell'attesa di una sollecita esauriente risposta, si porgono distinti saluti.

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

NEWSLETTER PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI

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

LA PREVENZIONE DEI RISCHI PER I LAVORATORI OSPEDALIERI

Le misure di prevenzione e protezione per i lavoratori del settore sanitario e ospedaliero: indicazioni per la valutazione del rischio, misure preventive specifiche, formazione, sorveglianza sanitaria e vaccinazioni.

In ambito sanitario gli infortuni a rischio biologico sono la prima causa di infortunio, seguiti da cadute, distorsioni, urti.

Secondo le stime, in Europa si verificano ogni anno 1 milione di ferite da puntura di ago; lo Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV (SIROH) e da altri patogeni a trasmissione ematica ha raccolto una grande quantità di dati epidemiologici che possono offrire un significativo apporto in termini di prevenzione e che hanno rilevato che le modalità di esposizione prevalenti sono due:

- muco cutanea (25% delle esposizioni totali): quando il materiale biologico potenzialmente infetto entra accidentalmente in contatto con le mucose degli occhi e/o della bocca e con la cute (integra o lesa) dell'operatore esposto;
- percutanea (75% delle esposizioni totali): quando l'operatore si ferisce accidentalmente con un tagliente contaminato, per esempio con un ago, una punta, una lama, un frammento di vetro; di queste esposizioni il 63% è riconducibile a punture con ago cavo, il 33% con pungenti o taglienti diversi quali ad esempio aghi di sutura e lancette, il 4% ad altri dispositivi; è questa la modalità di esposizione con la maggior probabilità che gli agenti patogeni potenzialmente presenti nei materiali biologici (e soprattutto nel sangue) infettino l'operatore esposto (siero conversione).

A parità di altre condizioni, la profondità della ferita e il volume di sangue trasferito/inoculato sono variabili in grado di influenzare significativamente la probabilità di infezione.

Per quanto riguarda il paziente fonte, le 70.810 esposizioni percutanee, documentate dal SIROH tra il 1994 ed il 2011, hanno evidenziato fonte negativa per HIV, HCV, HBV nel 47% dei casi, fonte non testata nel 18%, fonte non identificabile nel 15%, in particolare nei laboratori e nella fase di smaltimento, fonte positiva per almeno uno dei tre patogeni testati (HIV, HCV, HBV) nel 20%.

L'infortunio da puntura di ago e/o tagliente rappresenta, con un'incidenza del 41%, l'infortunio occupazionale più frequentemente segnalato tra gli operatori sanitari.

Oltre a ciò, vanno considerate anche le possibili conseguenze connesse al pericolo di contagio di infezioni e di altre patologie gravi, configurando l'esistenza di un vero e proprio "rischio professionale", non solo per i medici e gli infermieri, ma anche per il personale addetto ai servizi assistenziali e di supporto.

In tale contesto, va anche valutato l'impatto economico, considerando che il costo medio ad evento è di circa 850 euro, per un totale di 72 milioni di euro.

Peraltro, gli incidenti segnalati dagli operatori rappresentano notoriamente solo una parte di quelli effettivamente verificatisi, e quindi questa stima va ulteriormente corretta tenendo conto del problema della "mancata notifica" (underreporting) con un tasso che ammonta al 50% circa.

Per quanto riguarda la frequenza delle esposizioni percutanee, tra il 1994 e il 2013 tra le varie categorie gli infermieri sono la categoria maggiormente coinvolta (54%), seguita dal personale in formazione e dai chirurghi (10% per entrambe le categorie), successivamente da medici, laboratoristi, ostetriche, addetti pulizie.

L'area maggiormente interessata è quella chirurgica (41% di frequenza di esposizioni professionali), seguita da quella medica (26%), terapia intensiva (6%), servizi (6%), Pronto Soccorso 5%, successivamente dall'area laboratoristica e dalle infettivologie.

Anche la Regione Piemonte partecipa dal 1999 al sistema di sorveglianza nazionale con il SIOP (Sorveglianza Incidenti Occupazionali Piemonte) evidenziando circa 1.500 incidenti percutanei e 500 esposizioni mucocutanee ogni anno, con una frequenza (nel periodo 1999-2009) di circa 3-4 incidenti percutanei ogni 100 operatori sanitari e 1,5 esposizioni mucocutanee ogni 100 operatori sanitari, dati pressoché confermati nel 2011.

E' stato ribadito in un recente Interpello della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri che il ruolo del medico competente nella valutazione del rischio deve essere attivo con una fattiva collaborazione con il datore di lavoro; premesso questo, è fondamentale non considerare mai come inesistente un rischio (articolo 286 quater, comma 1, lettera d) D.lgs.81/08), applicando la legge anche in settori a volte "dimenticati"

CONTINUA A PAG. 13

LA PREVENZIONE DEI RISCHI

CONTINUA DA PAG. 12

e su soggetti che operano nella sanità non prettamente inquadrati come operatori sanitari (per esempio personale ausiliario come addetti alle pulizie e alla lavanderia), che sottostanno a un rischio altrettanto importante.

L'adozione di adeguate misure di protezione deve essere particolarmente mirata ai lavoratori a rischio quali:

- lavoratori disabili,
- lavoratori immigrati,
- lavoratori giovani e anziani,
- donne incinte e madri in allattamento (che devono essere allontanate dall'esposizione al rischio biologico),
- personale inesperto,
- addetti alla manutenzione,
- lavoratori con sistema immunitario compromesso.

Occorre inoltre valutare tutti i rischi aggiuntivi (articolo 286 quater, comma 1, lettera b) D.lgs.81/08) quali ad esempio l'eventuale stress o disagio derivante da eccessivo carico di lavoro o attribuzione di mansioni improprie, da verificare in sede di stesura e aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi e nell'espletamento della sorveglianza sanitaria.

Peraltro è importante anche la valutazione del rischio per terzi che può derivare da una alterazione dello stato di salute psicofisica di un lavoratore e investe numerosi ambiti.

Nell'ambito delle modalità di esposizione inoltre, non bisogna trascurare il rischio da punture ipodermiche o da aghi di sutura, con un rischio di infezione più basso rispetto ad altri incidenti controbilanciato da un maggior numero di occasioni di utilizzo nell'ambito di tali contesti (casi di infezioni da HIV o HCV, sono stati ben documentati e descritti in letteratura).

In questo quadro è di interesse la crescita relativa delle esposizioni in sala operatoria a testimonianza della difficoltà dell'attuazione degli interventi preventivi in quel contesto.

Dopo aver identificato i rischi occorre mettere in atto le misure di protezione e di prevenzione (articolo 286 sexties D.lgs.81/08) attraverso un piano di definizione delle priorità (probabilmente non tutti i problemi possono essere risolti immediatamente), e individuare le persone responsabili di mettere in atto determinate misure e il relativo calendario di intervento, nonché i mezzi assegnati per attuare tali misure.

Le punture accidentali sono in larghissima parte prevenibili attraverso il rispetto delle Precauzioni Standard, l'adozione di dispositivi di sicurezza NDP (Needlestick Prevention Devices) e un adeguato programma di sensibilizzazione, informazione e formazione.

Tutto ciò è possibile implementando varie misure preventive e di protezione quali:

- soppressione dell'uso non necessario di oggetti taglienti o acuminati;
- fornitura di dispositivi di recente introduzione che sono in grado, teoricamente, di rimuovere il rischio da

patogeni a trasmissione ematica dal luogo di lavoro eliminando la possibilità di ferita con aghi e oggetti taglienti.

In Italia, l'introduzione di questi dispositivi, secondo i dati raccolti dal SIROH, ha dimostrato la possibilità di ridurre del 75% i tassi di esposizione specifici.

Anche in Piemonte, in questi primi anni di parziale e disomogeneo utilizzo, si è evidenziata una riduzione degli incidenti con aghi a farfalla del 40% e con agocannula dell'80%.

E' importante sottolineare, inoltre che, a differenza dei dispositivi di protezione individuale, un NPD è assimilabile ad una "misura di protezione collettiva" in quanto i benefici ottenuti dall'utilizzo di tali dispositivi sono goduti da tutti gli operatori che potenzialmente potrebbero venire a contatto con il dispositivo utilizzato.

Numerose agenzie internazionali hanno fissato alcuni importanti criteri guida per la corretta definizione e valutazione di un dispositivo per la prevenzione delle punture accidentali:

- il meccanismo di protezione deve essere preferibilmente attivabile in modo automatico (innesco attivo o passivo) e, comunque, con una sola mano;
- le mani dell'operatore devono sempre trovarsi dietro la parte acuminata del dispositivo;
- l'attivazione del meccanismo di protezione deve essere la più precoce possibile;
- il dispositivo deve essere affidabile, di facile ed intuitivo uso;

CONTINUA A PAG. 14

LA PREVENZIONE DEI RISCHI

CONTINUA DA PAG. 13

- il meccanismo di protezione deve creare una barriera efficace, permanente e irreversibile tra la parte acuminata del dispositivo e l'operatore;
- il meccanismo di protezione non può essere disattivato e deve assicurare la sua funzione protettiva anche durante e dopo lo smaltimento;
- il dispositivo deve essere dotato di un segnale (udibile e/o visibile) che consenta di verificare l'avvenuta attivazione del meccanismo di protezione;
- il meccanismo di protezione deve essere una parte integrante del dispositivo e non un accessorio;
- l'utilizzo del dispositivo non deve generare rischi addizionali per la sicurezza (ad esempio rischio di esposizione mucocutanea);
- il dispositivo non deve in alcun modo compromettere la qualità dell'intervento e la sicurezza per il paziente.

Sussiste la problematica relativa al maggior costo, destinato comunque a diminuire nel tempo, che quasi tutti i NPD hanno rispetto al dispositivo convenzionale; sicuramente sono utili le gare regionali, per evitare la diversità di costi per vari presidi; comunque numerose esperienze dimostrano che la prevenzione delle punture accidentali è economicamente praticabile e vantaggiosa (il saldo tra costo della prevenzione e costo della gestione delle esposizioni percutanee è attivo); infatti, ogni infortunio ha sia costi diretti, quali prelievi, visite, profilassi, sia indiretti, come le ore di lavoro impiegate per la notifica e i controlli, il costo del personale coinvolto, ecc.

Oltre al problema dei costi, sussistono problemi nella scelta del dispositivo adatto e della strategia migliore da adottare per la sua implementazione.

Il principale ostacolo a un corretto utilizzo e conseguentemente a una piena efficacia dei NPD sembra infatti risiedere nell'addestramento insufficiente degli operatori; a questo proposito European Biosafety Network ha realizzato un sito dedicato al problema:
www.europeanbiosafetynetwork.eu/resources

Tra le misure di prevenzione risultano fondamentali inoltre: l'applicazione di sistemi di lavoro sicuri, l'attuazione di procedure di utilizzo e di eliminazione sicure di dispositivi medici taglienti, il divieto della pratica di reincappucciamento degli aghi, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, ormai ben accettato dagli operatori.

I datori di lavoro e i rappresentanti dei lavoratori devono consultarsi in merito ai programmi di formazione e addestramento, alla modifica di pratiche operative e alla scelta dei dispositivi di sicurezza.

Le componenti fondamentali di un buon programma di prevenzione e protezione sono la valutazione dei rischi nell'ambito specifico, la sensibilizzazione, informazione e formazione degli operatori sanitari sui rischi associati che accrescano in essi la percezione del rischio nel lavoro quotidiano, sull'importanza di attenersi alle procedure di sicurezza, sull'uso efficace degli strumenti di protezione, sulla necessità di segnalare ogni evento; necessari l'addestramento, l'applicazione delle Precauzioni Standard

e delle "pratiche di iniezione sicure" (safe injection practices), l'adozione e l'utilizzo di aghi e dispositivi incorporanti una protezione messi a disposizione dall'evoluzione tecnologica; inoltre deve essere dato molto spazio all'obbligo della notifica di infortunio per permettere un'analisi epidemiologica attendibile e a fini medico legali.

Devono essere diffuse le procedure post infortunio, comprese le tempistiche per la profilassi anti HIV, che devono essere avviate entro quattro ore dall'esposizione; la formazione deve essere implementata con refresh delle procedure a tutti i lavoratori, specialmente a quelli " itineranti" come gli studenti in tirocinio, che svolgono la loro attività in ambiti ospedalieri differenti.

E' importante avviare processi formativi differenziati per dirigenti, preposti, lavoratori e non trascurare di inviare sistematicamente le procedure ai coordinatori.

E' importante avviare processi formativi differenziati per dirigenti, preposti, lavoratori e non trascurare di inviare sistematicamente le procedure ai coordinatori e direttori, diffondendo materiale informativo su intranet, dotando il personale di materiale informativo.

E' inoltre infine indispensabile informare sulla possibilità di vaccinazione per l'epatite B per i pochi non vaccinati e sull'opportunità di richiamo per i soggetti non responder.

E' assodata l'importanza dell'esecuzione dei controlli sierologici sull'operatore infortunato, variabili per tipo e periodismo in base allo stato sierologico del sangue del paziente fonte di infortunio; in caso di fonte sconosciuta , i controlli devono essere eseguiti come se il paziente fosse positivo
sia per HCV che HBV e HIV;
invece, per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria periodica, indicazioni regionali e la letteratura nazionale e internazionale ritengono non giustificata l'esecuzione routinaria dei marcatori virali di infezioni ematogene occupazionali in assenza di eventi infortunistici, nell'ottica di una sorveglianza mirata esclusivamente al lavoratore; ma poiché le procedure invasive condizionano un rischio di trasmissione di virus anche da operatore a paziente, pare opportuna una sorveglianza in tal senso.

La revisione dei casi di trasmissione di HIV, HBV e HCV da operatore sanitario a paziente, segnalati in letteratura, evidenzia che, dal 1972, sono stati riportati 50 casi di Operatori Sanitari infetti (la maggior parte chirurghi), che hanno trasmesso l'infezione a circa 500 pazienti.

CONTINUA A PAG. 15

LA PREVENZIONE DEI RISCHI

CONTINUA DA PAG. 14

Inoltre, sono stati segnalati tre casi di lavoratori che hanno trasmesso l'HIV (8 pazienti infettati) e otto casi di HCV (18 pazienti infettati).

Inoltre, è auspicabile una sorveglianza periodica finalizzata anche alla ricerca di situazioni di forte suscettibilità individuale alle infezioni (per esempio condizioni di immunodepressione) che conduca a sconsigliare l'adibizione a mansioni a rischio.

La normativa attuale, relativamente alla sorveglianza sanitaria concede poco spazio di intervento in quanto rivolge l'attenzione del medico competente esclusivamente alla tutela dal lavoratore e non alla tutela della salute di terzi, eccetto che per controlli mirati all'alcol-dipendenza e al consumo di sostanze stupefacenti; ma il medico competente deve necessariamente occuparsi anche della tutela della salute e della sicurezza delle collettività, sia nell'esercizio delle sue funzioni, sia in considerazione del suo ruolo di promotore della salute, prescritto dal D.lgs.81/08 e di consulente globale, auspicato dalle associazioni di settore.

Il fatto che la tutela dei lavoratori rischiosi per altri coinvolga inevitabilmente interessi legittimi e contrapposti fa sorgere dilemmi etici che comunque non possono, alla fine, che privilegiare la salute del singolo e della collettività rispetto ad altre problematiche; il giudizio di idoneità dovrà comunque sempre tener conto anche del diritto al lavoro e alla salvaguardia della professionalità.

Il programma SIROH ha sviluppato raccomandazioni nazionali ed europee per la gestione delle esposizioni ad HIV, HBV e HCV (trasmissione paziente-operatore e operatore-paziente), inclusa la profilassi con antiretrovirali in caso di esposizione a rischio con HIV positivi o soggetti sierologicamente non noti ma fortemente a rischio.

Le procedure di monitoraggio richieste sono molto analitiche e non si limitano quindi alla semplice compilazione, ricalcando sostanzialmente il modello SIOP SIROH.

In una strategia di riduzione del rischio di trasmissione ematica un ruolo centrale assume la vaccinazione anti HBV che dovrebbe essere eseguita, se non effettuata in precedenza (per le nuove generazioni è obbligatoria nel primo anno di vita), all'inizio del percorso formativo o all'atto dell'assunzione; è importante la valutazione dell'avvenuta immunizzazione attraverso il controllo post vaccinazione (da eseguirsi a cura del medico competente), il monitoraggio degli eventuali non responders e di coloro che rifiutano la vaccinazione, con particolare attenzione per questi soggetti della formulazione del giudizio di idoneità specifico alla mansione.

La disponibilità di un vaccino efficace sia come prevenzione che nella gestione post-esposizione ha profondamente modificato la situazione epidemiologica; l'Italia è oggi un paese a bassa endemia (la prevalenza stimata di soggetti HBsAg positivi è al di sotto dell'1%) e pur persistendo un pericolo di esposizione a fonte HBV positiva (soggetti portatori) l'infezione occupazionale è divenuta un evento raro.

Anche il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 ne promuove l'esecuzione su tutti gli operatori suscettibili possibilmente prima dell'inizio dell'attività a rischio; in caso di esposizione a rischio già avvenuta è possibile una vaccinazione rapida a 4 dosi; in caso di soggetti non responders (4-5% dei vaccinati) possono essere ripetuti richiami fino al numero totale di sette dosi; nel protocollo di sorveglianza è utile inserire un controllo che attesti l'avvenuta sieroconversione per avere la certezza dell'instaurazione della memoria immunologica, che permetterà di non eseguire più ulteriori richiami.

E' quindi necessario un intervento corale e multidisciplinare per la prevenzione delle punture da ago e dalle lesioni da taglienti, ponendo l'attenzione su problematiche spesso sottovalutate o valutate superficialmente, tendendo alla omogeneizzazione sul territorio nazionale e europeo con un target in ascesa, aumentando l'attenzione verso la sorveglianza sanitaria a rischio biologico emotrasmesso e soprattutto sulle misure di prevenzione, responsabilizzando datori di lavoro e dirigenti, sanzionati in caso di mancata ottemperanza della legge.

Infatti il mancato impiego delle risorse e delle tecnologie disponibili per la riduzione delle esposizioni occupazionali individua gravi profili di responsabilità civile e penale, sia a carico dei diversi preposti e responsabili sia a carico dell'organizzazione nel suo insieme.

Per questo è indispensabile la corretta e puntuale notifica e un successivo monitoraggio per l'individuazione di adeguate misure di prevenzione; la registrazione e l'analisi delle cause di ogni infortunio dovrà infatti essere utilizzata per rivalutare ogni procedura per permettere di risolvere ogni possibile criticità.

Roberto Arione,
Fabrizio Meliga,
Antonella Spigo
(Città della salute)
Carla Maria Zotti
(Università di Torino)
Pier Angelo Argentero
(Ospedali Riuniti Rivoli)

Fonte "Io scelgo la sicurezza"

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

MASSACRI SUL LAVORO

Eternit, licenza di uccidere?

Per il pm Raffaele Guarinello, però, "non bisogna demordere. Non è una assoluzione. Il reato c'è. E adesso possiamo aprire il capitolo degli omicidi". "La Cassazione - ha commentato Guariniello - non si è pronunciata per l'assoluzione. Il reato evidentemente è stato commesso, ed è stato commesso con dolo. Abbiamo quindi spazio per proseguire il nostro procedimento, che abbiamo aperto mesi fa, in cui ipotizziamo l'omicidio". "Questo non è - ha aggiunto il magistrato - il momento della delusione, ma della ripresa. Noi non demordiamo".

comunicato delle Parti Civili

Medicina Democratica e Associazione Italiana Esposti Amianto

Il 19 novembre Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute - onlus e l'Associazione Italiana Esposti Amianto - onlus hanno seguito il processo per Cassazione al seguito delle richieste di riforma della sentenza della Corte d'Appello di Torino del maggio 2013, formulate dai difensori dell'accusato, Stephan Schmidheiny (condannato a 18 anni di reclusione) e dei responsabili civili.

Alle ore 21 i responsabili di MD e AIEA hanno ascoltato insieme ai famigliari delle vittime, alle associazioni, ai sindacati, agli esperti, alle molte delegazioni stranierepresenti, il dispositivo della sentenza che "ha liberato", non con l'assoluzione, ma con la prescrizione, gli imputati dalle pene e dai risarcimenti loro comminati. La reazione, tanto evidente, quanto pronta e spontanea è culminata con un coro dominato dalla parola "vergogna!".

MD e AIEA hanno seguito il convegno internazionale indetto, da BANAsbestos Italia e dal Coord. nazionale Amianto, della mattina del 20, presso la Sala della Mercede della Camera dei Deputati cui hanno partecipato delegazioni straniere comprendenti BanAsbestos Francia, CAOVA (Svizzera), BanAsbestos Spagna.

Sono stati citati due libri appena scritti, i cui titoli sono sembrati adeguati a descrivere la sentenza: il primo dello spagnolo Francisco BaetzBequet "Un genocidio impune" (un genocidio impunito) e il secondo di Annie Thebeau-Mony (Associazione Henry Peserat - Francia) con il titolo "La science asservie" (la scienza asservita). Libri che sono sembrati essere stati scritti nella notte dopo la sentenza e di cui il primo esprime la più immediata conseguenza e il secondo le modalità cui ad essa si è arrivati.

Un'enorme divaricazione fra verità storica e verità giuridica, sintetizzata dal Procuratore Generale Francesco Iacoviello che ha chiesto alla fine della sua requisitoria "l'annullamento senza rinvio" della sentenza d'Appello, propendendo per il diritto (o una concezione burocratica del diritto come ha affermato il sen. Casson) piuttosto che per la giustizia. Una posizione di sconforto che offende le migliaia di vittime ed aumenta la diffidenza nei suoi confronti da parte dei cittadini.

Abbiamo imparato che "il disastro" viene, dalla concezione di cui sopra considerato a sè, senza valutarne le conseguenze e che il principale accusato, una volta uscito dalla direzione dell'impresa, doveva essere sciolto dalla sua imputazione. In questo modo i processi che riguardano lavoratori o cittadini, esposti a sostanze tossiche e cancerogene che producono danni e morte dopo decenni, come nel caso dell'amianto, non potrebbero mai essere celebrati.

E' evidente che deve essere posta la questione della prescrizione per riformarla concretamente, per togliere ogni alibi. Potrebbe essere eliminata, per via legislativa urgente, per i crimini da lavoro e ambientali che producono malattia e morte. Ma, temiamo, in un momento in cui "l'impresa" assurge a centro del momento storico che si sta vivendo , dove tutto viene ad esserle subordinato, questa posizione non troverà molto spazio. (Si pensi anche a quanto si sta preparando in tema di relazioni e accordi internazionali: TTIP- TISA. Le leggi nazionali e pure la Costituzione dovrebbero essere sottomesse alle necessità - di profitto- delle multinazionali e di coloro che, con un nome e cognome, le reggono e ne decidono la politica).

Che fare dunque? Proseguire nella lotta - è l'unanime grido dei partecipanti, vittime ed ex esposti, rafforzare i rapporti, costruire piattaforme comuni, dando una forma organizzata a BanAsbestos Europa, così come espresso nel "Manifesto di Roma" approvato alla fine del incontro alla Camera.

Per quanto concerne lo specifico della sentenza ETERNIT verificare ed agire, dove è possibile, con denunce che partano dai singoli ex esposti, danneggiati moralmente e fisicamente; verificare altresì la possibilità, una volta lette le motivazioni della sentenza, di ricorre alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU).

Roma, 20 novembre 2014

Per **AIEA** ***Armando Vanotto***
Per **MD** ***Fulvio Aurora***

Adesione della redazione di Lavoro e Salute

Per una rete di sportelli, osservatori, operatori ASL, RLS, medici

"La legge di stabilità andrebbe chiamata con il suo vero nome: legge di instabilità, precarietà e insicurezza sul lavoro, stando a quanto prevede il Jobs Act e i tagli alla sanità che riguarderan-no anche alcuni servizi/uffici ASL legati alla prevenzione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

In silenzio, con il Jobs Act, sta passando un ulteriore ridimensionamento degli uffici preposti al controllo della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, una riduzione degli ispettori che già sono sottodimensionati rispetto alle reali necessità (attualmente gli Ufficiali di Polizia Giudiziaria delle ASL riescono a controllare non più del 5% delle aziende).

Dopo avere svuotato e indebolito, negli ultimi anni, il D.Lgs.81/08 "Testo Unico sulla sicurezza" (con il D.Lgs.106/09 di Berlusconi e con il Decreto del Fare di Monti), nell'ottica di alleggerire e ridimensionare le responsabilità dei datori di lavoro, dopo sentenze di Tribunale che riscrivono la giurisprudenza penalizzando i lavoratori, ora arriva anche la legge di stabilità che va ridimensionando quel complesso di figure tecniche e mediche le quali dovrebbero essere parti integranti dei dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo del Governo Renzi è lo smantellamento delle strutture ASL che si occupano di salute e sicurezza, o almeno il loro ridimensionamento ai minimi termini che si tradurrà nella impossibilità di operare sui territori.

Tutto questo si inserisce in un contesto in cui il Jobs Act aumenta anche la precarietà del lavoro e di conseguenza (come le statistiche degli infortuni mostrano chiaramente) diminuisce la tutela dei lavoratori che sono più ricattabili e quindi che hanno sempre più paura a lamentare condizioni di lavoro a a rischio per la salute e la sicurezza.

E con ciò potranno dormire sonni indisturbati gli imprenditori, i palazzinari, gli speculatori e quanti ritengono le normative a tutela dei lavoratori un ostacolo ai loro interessi ("un lusso che non ci possiamo permettere" come disse Tremonti), ostacoli da rimuovere (come l'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori) con la compiacenza di un governo che fa gli interessi dei banchieri e dei poteri forti a discapito della tutela e della dignità dei lavoratori".

Federico Giusti
Marco Spezia.

Sono usciti gli atti del convegno Sfide attuali, passate, future: il percorso di Ivar Oddone (Otto Editore, Torino, 2014) del 29 novembre 2012 a cui l'ISMEL ha partecipato, per ribadire l'importante acquisizione e il lavoro di valorizzazione dell'archivio del prof. Oddone (1923-2011), medico, psicologo che con le sue ricerche e i suoi studi ha approfondito il tema della nocività sui luoghi di lavoro e il rapporto fra medicina e psicologia del lavoro.
Gli atti sono attualmente consultabili in formato elettronico al link *www.otto.to.it/catalogue/detail/*

CANCELLATA LA VOLONTA' DELLA QUASI TOTALITA' DEL POPOLO

Altro ordine dei poteri forti eseguito fedelmente dal governo PD/Berlusconi ben coadiuvato da questo Parlamento ignorante di democrazia e giustizia sociale

Il governo cancella il diritto all'acqua e benedice i distacchi idrici

Il 13 novembre scorso la Camera ha approvato il Collegato Ambientale alla legge di stabilità 2014, cancellando un articolo che impediva i distacchi del servizio idrico e garantiva il diritto all'acqua tramite il minimo vitale.

Infatti, la formulazione originaria di suddetto provvedimento conteneva tre articoli sulla gestione del servizio idrico integrato, uno dei quali riguardante la disciplina della morosità.
In caso di utenti morosi l'articolo 26 imponeva ai gestori l'istallazione di limitatori di flusso idonei a garantire la fornitura giornaliera essenziale di 50 litri al giorno per persona, evitando così il distacco completo.

Assume particolare rilevanza anche la modalità poco trasparente con cui questo articolo è stato cassato. Infatti, nonostante in un primo momento sia stato oggetto di discussione e modifiche con intenzioni migliorative, successivamente è stata imposta la sua cancellazione in Commissione Ambiente senza ulteriore possibilità di approfondimenti e dibattito neanche da parte dell'aula.

Questa soppressione è un vero schiaffo in faccia alle migliaia di famiglie colpite, giornalmente, dai distacchi idrici da parte di gestori che utilizzano questo strumento in modo diffuso e indiscriminato, al solo scopo di rendere più efficace il proprio recupero crediti e più consistenti gli utili aziendali.

In un momento in cui il Governo Renzi lavora alle nuove privatizzazioni, si vuole rendere il servizio idrico ancor più appetibile alle lobbies economiche e finanziarie, cercando di dimostrare che l'acqua non è un diritto, ma una merce come le altre.

La maggioranza degli italiani però non la pensa così: in 27 milioni hanno votato ai referendum del 2011 affinché l'acqua fosse svincolata dalle logiche di mercato e sarebbe necessario che il Governo tenesse conto di una volontà popolare così chiara.

Per questo il Forum Italiano dei Movimenti per l'acqua si sta mobilitando in tutto il Paese contro il rilancio delle privatizzazioni, per impedire che "passo dopo passo" il Governo Renzi faccia tornare indietro il Paese.

Inoltre annunciamo sin da subito che ci attiveremo affinchè nel passaggio al Senato tale articolo venga ripristinato.

Il futuro è in una gestione dell'acqua pubblica, partecipata, senza profitti. E senza distacchi!

Forum Italiano dei Movimenti per l'Acqua

20 Novembre 2014.

speciale
da pag. 19
a pag. 22

A cura di
Marilena Pallareti

Dall'acqua alla sanità vogliono commercializzare tutta la nostra vita

Per sottomettere qualsiasi libertà e diritto, non solo individuale ma anche nazionale.

Come vogliono fregarci

Sapete cosa è il TTIP? Certamente no perchè non ve lo vogliono far sapere, come i rapinatori non avvertono mai prima le vittime.
E' un accordo epocale Stati Uniti/Europa che se approvato scomparirebbe lo stesso concetto di servizio pubblico statale e ogni servizio diverrebbe merce perchè sarebbe solo materia di commercio, a loro dire, libero.
Ad esempio non ci sarebbe più alcun diritto all'acqua, alla scuola e alla salute.
Il TTIP darebbe nuovi poteri alle multinazionali europee e statunitensi di sfidare tutte quelle leggi nazionali ed internazionali che impediscono o attenuano i profitti delle multinazionali.
Un'altra conseguenza, certificata dalla stessa UE, sarebbe la perdita di milioni di posti di lavoro perchè le aziende sarebbero agevolate, ancor di più di oggi, a procurarsi merci e servizi dove sono molto più bassi e i diritti sindacali e giuridici.
Hanno già deciso che il TTIP passerà, visto il silenzio imposto agli ubbidienti giornali e TV, e visto l'assenso dei grossi partiti di governo (spicca l'indecente entusiasmo di quello italiano) e non si fermeranno di certo per paura dei soliti criticoni di sinistra, senza voce nell'informazione e deboli nel consenso elettorale, se milioni di cittadini non si sveglieranno dal torpore prima che sia troppo tardi.
Meglio iniziare tutti a capirci qualcosa e nelle prossime 3 pagine ci tentiamo.

redazione

segreti di Stati STOP TTIP

TTIP significa: Accordo Transatlantico sul Commercio e gli Investimenti. E' un accordo che si sta negoziando tra Unione Europea e Stati Uniti in forma segreta in modo che i cittadini non ne sappiano niente.

La sostanza di quanto verrà ratificato con il TTIP è un enorme processo di privatizzazione totale di tutto ciò che è pubblico è bene comune e di ciò che è politica e istituzione. Si vogliono livellare al ribasso tutte le norme che tutelano l'ambiente, la salute, il lavoro, l'agricoltura… nel solo interesse delle grandi multinazionali.

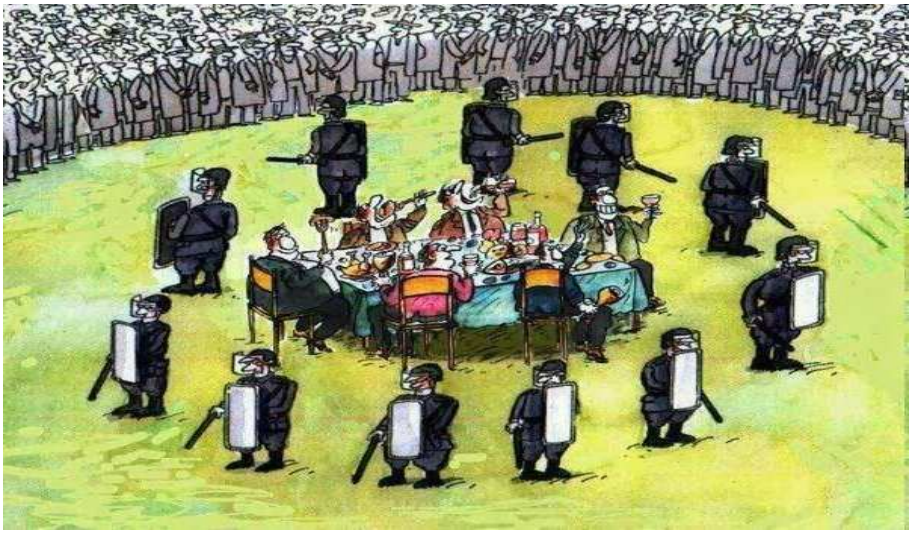
Poiché negli Stati Uniti la sanità non è un diritto ma si paga al 100%, anche da noi vorrebbero farla funzionare così: non più la tessera sanitaria, ma il bancomat per curarsi!

Poiché negli USA si possono allevare gli animali con ormoni, o coltivare organismi geneticamente modificati, anche da noi d'ora in poi vorrebbero farla funzionare così!

Poiché negli USA l'acqua è nelle mani delle multinazionali vorrebbero fosse così ovunque.

Poiché negli USA si può licenziare dall'oggi al domani senza che chi lavora possa opporsi in alcun modo vorrebbero fosse così ovunque.

Per non avere intoppi, il TTIP prevede l'istituzione di un tribunale internazionale privato a cui ogni multinazionale possa rivolgersi perché vengano condannati gli Stati che approvano norme a tutela del lavoro, della sanità, dell'ambiente e della scuola pubblica. In modo che quegli stati siano multati in nome del primato della proprietà e della concorrenza!!



cos'è il TTiP?

In Europa, Acqua, energia, scuola, sanità, trasporti, previdenza in gestione agli USA e alle multinazionali

ALCUNI ELEMENTI DI INFORMAZIONE

Bio-combustibili: tra diritto al cibo e materiali di scarto

Il trattato si baserà sull' unica logica di regolamentazione riconosciuta dalle lobby internazionali: il profitto, provocando gravi conseguenze all'ambiente dovute agli alti livelli di inquinamento e un uso improprio delle risorse naturali.
L'agro-business per la produzione dei biocombustibili sarà in aumento a fini energetici causata dai biocarburanti incidendo sui prezzi agricoli.

La produzione di bio-combustibili a causa dell'alto rendimento economico, ha determinato la conversione di molti terreni passati dall'agroalimentare all'agro-business diventando immense distese a monocoltura di mais, colza, soia e palma destinate alla produzione dei bio-carburanti. Inoltre anche se i bio-carburanti alterano meno rispetto al petrolio l'equilibrio di CO_2 nell'atmosfera, il metodo e la produzione è tutt'altro ecologica. Basti pensare i fertilizzanti e i pesticidi utilizzati per le coltivazioni, l'energia elettrica utilizzata per estrarre le componenti naturali e il metanolo utile per la reazione chimica l'impatto ambientale risulta distante da qualsiasi logica "verde".

I negoziatori si stanno orientando verso l'eliminazione di standard obbligatori per la produzione dei bio-carburanti, concedendo la facoltà alle grandi corporation di scegliere discrezionalmente i criteri che permettono di individuare liberamente l'opzione tecnica che meglio soddisfa i bisogni dell'industria energetica.

La scelta di produrre bio-combustibili non può tradursi nella riduzione del diritto al cibo e a un ambiente sano. Qualsiasi trattato che affronti il tema dei bio-combustibili deve assumersi l'onere di impegnare le parti a non sovvenzionare colture energetiche intensive non destinate ad uso alimentare, monoculture e processi di deforestazione.

Si dovrebbe invece incentivare l'uso di tecnologie che producono bio-combustibili da materiali di scarto (grassi, rifiuti dei macelli, olio da cucina...). Il concetto di

CONTINUA A PAG. 21

STOP TTIP

CONTINUA DA PAG. 20

libero commercio non può e non deve attuarsi in violazione del principio di precauzione e di sovranità alimentare, deve bensì impedire che qualsiasi attività pericolosa per la salute umana, animale o vegetale, ovvero per la protezione dell'ambiente sia posta in essere.

Un'arma di distruzione al servizio del TTIP: il fracking

Un' altra prassi che diventerà realtà con il TTIP è la fratturazione idraulica per l'estrazione del gas e del petrolio di scisto, detta "fracking" non privi di catastrofiche e conseguenze ambientali.
Negli USA questa tecnica estrattiva si è ampiamente sviluppata. Il fracking consuma enormi risorse idriche, circa 9-29 mila metri cubi di acqua con un impatto devastante sulla sostenibilità idrica.
All'acqua sono poi aggiunte sostanze chimiche e fluidi che penetrano nel terreno attraverso la fatturazione idraulica. I fluidi che contengono metalli pesanti, idrocarburi, sostanze radioattive naturali e concentrazioni saline insieme a gas metano, ritornano in superficie come acqua di reflusso rischiando di causare scosse sismiche e pericolose esplosioni.
Gli USA intensificheranno le esportazioni di gas naturale in UE che è il più grande importatore al mondo di shale gas (gas ottenuto da argille che si trova nelle microporosità della roccia) per competere con la Cina nazione con grande riserva di gas da argille.
La conseguente ondata di

esportazioni di gas naturale aumenterà i prezzi dell'energia per i consumatori americani per incentivare la pratica del fracking, creando immensi danni ambientali.

Difendere i beni comuni e i servizi pubblici

Il TTIP si prefigge l'eliminazione di ogni barriera "non tariffaria" alla libertà di investimento da parte delle imprese multinazionali.
Se il TTIP sarà approvato scomparirebbe lo stesso concetto di servizio pubblico universale e ogni servizio diventerebbe frutto di uno scambio privatistico fra l'erogatore e il "cliente". Non ci sarebbe più alcun diritto universale ed esigibile all'acqua, alla scuola e alla salute.
Darebbe nuovi poteri alle multinazionali europee e statunitensi di sfidare tutte quelle leggi nazionali ed internazionali che avrebbero un impatto negativo sui profitti attesi dagli investimenti.

I governi europei potrebbero vedere le proprie leggi nazionali che proteggono l'interesse pubblico (dalla salute all'ambiente) messe in stato di accusa in tribunali privati e segreti internazionali (tribunali d'arbitrato commerciale) in cui le leggi e la politica nazionale non hanno alcun potere di intervento.
Ciascuna parte nomina il proprio difensore, pagato profumatamente, e quindi entrambe convengono sulla scelta del giudice portando vantaggi alle grandi Multinazionali.

Ricordiamo il recente caso mosso dalla Philip Morris contro i governi di Uruguay e Australia.
L' Impregilo contro il governo dell'Argentina per 21 milioni di dollari ritenendo di essere stata danneggiata nella gestione privata del servizio idrico di Buenos Aires, non sono da meno le multinazionali che detengono il Servizio Idrico Integrato.
Quindi avremo molti casi di imprese statunitensi che richiederanno indennizzi ai governi europei da pagare con i soldi dei contribuenti. Come dichiarato dai rappresentanti della Chevron "la società vede la protezione sugli investimenti come uno dei più importanti temi globali", meccanismo che era il cuore della proposta dell'accordo MAI (accordo multilaterale sugli investimenti) alla fine degli anni '90 che l'opposizione popolare in europea e negli Stati Uniti fermò.

LE CONSEGUENZE DEL TTIP

- **Perdita di posti di lavoro** derivanti dall' accordo di libero scambio. Confermato dalla Commissione Europea il TTIP porterebbe le aziende a procurarsi merci e servizi dagli Stati Uniti dove gli standard di lavoro sono più bassi e i diritti sindacali inesistenti con una disoccupazione giovanile che supera il 50%.
Sempre la Commissione europea ammette "timori fondati" che quei lavoratori rimasti senza posto di lavoro, con l' approvazione del TTIP non saranno più in grado di un'altra occupazione. Come accadde in America col NAFTA (accordo di libero scambio tra Stati Uniti, Canada e Messico).

- **La Deregolamentazione della sicurezza alimentare**. Le norme sulla sicurezza alimentare compresi gli OGM, pesticidi e sulla carne bovina trattata con ormoni promotori della crescita è uno degli obbiettivi del TTIP. I prodotti di generi alimentari statunitensi non devono attenersi agli stessi standard di salvaguardia ambientale o di salute del bestiame.
Il governo USA ha già dichiarato l' intenzione di avvalersi delle trattative del TTIP per attaccare le normative dell' UE in particolare

CONTINUA A PAG. 22

STOP TTIP

CONTINUA DA PAG. 21

sulla sicurezza alimentare. Attualmente il 70% dei prodotti alimentari venduti nei supermercati statunitensi contengono ingredienti geneticamente modificati.
Oltre il 90% della carne bovina viene prodotta con l'uso di ormoni della crescita a cui è stata attribuita correlazione con patologie cancerogene negli esseri umani. Negli USA gli avicoltori trattano le carcasse dei
volatili con cloro prima di venderli, pratica vietata dal 1997 nell' UE.

- La Deregolamentazione ambientale. Pericolo per le risorse naturali e la biodiversità. Aumenterà la quantità di CO_2 presente nell' atmosfera.
Le Direttive Europee sulla qualità dei carburanti verrà minata per facilitare le raffinerie americane alla esportazione verso l' Europa di petrolio estratto dalle sabbie bituminose del Canada con conseguenze devastanti per l' ambiente. Il TTIP aprirebbe le porte all' esportazione in massa di gas di scisto americano verso l' Europa. Quindi fratturazione idraulica (fracking) sfidandone i divieti.

- L'attacco ai servizi pubblici locali. Liberalizzazione del mercato dei servizi come sanità, istruzione e fornitura idrica.
Le compagnie americane sono seriamente intenzionate a ottenere l'accesso ai sistemi sanitari pubblici europei come vasti mercati per essere sfruttati.
Riguardo la sanità i deputati britannici sono molto preoccupati per l'appalto che otterranno le compagnie americane sul loro Servizio Sanitario Nazionale.

Quindi verranno consegnati i servizi pubblici a società con scopo di lucro. I servizi pubblici una volta privatizzati diventa di fatto impossibile ripristinarli pubblici. Saranno inclusi tutti i servizi pubblici escludendo i servizi relativi alla sicurezza; magistratura, polizia di frontiera, e il controllo del traffico aereo. Gli investitori stranieri saranno in grado di citare a giudizio i paesi ospitanti per la perdita di profitti.

- La sfera privata a rischio. Il diritto di proprietà, il diritto d' autore, brevetti, marchi si pone di Esercitare il controllo sul "sapere" a spese dei cittadini europei ed americani. Andrebbero dispersi i diritti d' autore previsti per le scuole, biblioteche, persone disabili e per la formazione a distanza.
L' industria farmaceutica sta usando il TTIP per limitare l'accesso dei cittadini ai dati relativi agli studi clinici sarà quindi in pericolo la trasparenza che farà aumentare i costi sanitari.
Il TTIP metterà in pericolo le leggi sulla Privacy.

Da entrambi i lati dell' Atlantico si registra una forte opposizione al TTIP poiché la gente sta prendendo coscienza della gravità del trattato che va a minacciare la propria vita. Parlamentari di tutta Europa hanno dato voce alla loro preoccupazione con un acceso dibattito. I mercati di tutto il mondo nutrono preoccupazione per l' impatto potenziale del TTIP sugli interessi nazionali.

In definitiva il TTIP è un accordo per portare benefici alle società transnazionali della Comunità Europea e degli Stati Uniti col tentativo di ampliare le vie di accesso al libero mercato e di eliminare norme che limitano i profitti.

E l' Italia cosa sta facendo???
Il Governo Renzi è d'accordo per APPROVARE QUESTO TRATTATO NON TRASPARENTE E SEGRETO, portando le nostre vite al collasso definitivo!!!!!!

Contributo per Lavoro e Salute
di **Marilena Pallareti**
dell'associazione Attac di Forlì

Marilena Pallareti
con Stefano Rodotà a Torino

Stop TTIP, firma anche tu

L'Unione Europea si appresta a firmare due accordi commerciali di vasta portata: una con Canada (accordo CETA = globale economico e commerciale) e uno con gli Stati Uniti (TTIP = Trattato transatlantico sul commercio e gli investimenti).

Il CETA e il TTIP aumenterebbero il potere delle multinazionali a scapito della democrazia e di tutte le persone.
Non dobbiamo permettere che questo accada! Sottoscrivi la nostra "Iniziativa dei Cittadini Europei"!

E' stata lanciata una raccolta di firme a livello europeo per una petizione contro il TTIP con l'invito a tutt* a firmare ed a diffondere l'informazione, sino ad oggi a livello europeo sono state raccolte più di 900.000 firme per dar seguito all'iniziativa dei cittadini europei occorre che in Italia vengano raccolte ancora molte adesioni. Con un minimo sforzo si può far sentire la vera voce dell'europa al parlamento europeo.

Firma la petizione digitando
https://stop-ttip.org/%20firma/

Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

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

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

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

Visita il sito: *www.podererigopesci.it*

inserzione concessa gratuitamente

CONSIDERAZIONI VARIE

L' "AFFAIRE STAMINA"

Gli animali adulti sono fatti da tante cellule diverse; si tratta di cellule differenziate: cellule della pelle, del fegato, del sistema nervoso, del sangue, ecc; alcune di queste cellule differenziate si moltiplicano perdendo però le caratteristiche più peculiari: ad esempio una cellula della pelle che si moltiplica non ha ancora la capacità di produrre cheratina.

A differenza dell'animale adulto, negli embrioni ai primi stadi di sviluppo tutte le cellule sono uguali e capaci poi di dare origine a tutte le cellule dell'organismo (CELLULE STAMINALI TOTIPOTENTI); questo avviene perché parte del patrimonio genetico (uguale in tutte le cellule di un individuo) viene represso, mentre vengono attivati particolari geni (geni epigenotipici) che inducono quella cellula a differenziarsi in una determinata e obbligata direzione (ad esempio verso una cellula nervosa).

Distinguiamo quindi:

a) cellule differenziate con morfologia e funzioni tipiche;
b) cellule indifferenziate, capaci di moltiplicarsi per dare origine a cellule differenziate ma di un tipo solo;
c) cellule staminali, cellule capaci di moltiplicarsi e di differenziarsi in cellule adulte con una determinata funzione, sotto stimoli vari (contatto cellulare, ormoni, ecc). Vere cellule staminali sono solo le embrionali capaci di dare origine a ogni tipo di cellula differenziata; da qui la richiesta di poter utilizzare gli embrioni come fonte di cellule staminali totipotenti.

Tuttavia, con accorgimenti particolari è possibile far regredire allo stato embrionale cellule già competenti a formare un determinato tessuto; ad esempio è possibile, sperimentalmente, indurre cellule indifferenziate a differenziarsi in cellule miocardiche, capaci di rimpiazzare le cellule miocardiche morte a seguito di un infarto.

Il Prof. Vescovi, da alcuni decenni utilizza metodi, via via sempre più raffinati, che permettono a cellule nervose, prelevate a feti morti in utero, a trasformarsi in cellule staminali nervose, capaci di vivere e moltiplicarsi una volta introdotte all'interno del cranio o del rachide (con puntura lombare o con interventi chirurgici quindi). Altri ricercatori in America invece utilizzano cellule nervose prelevate da embrioni da aborti provocati.

Sia gli esperimenti di Vescovi, sia quelli americani (American Accademy of Neurology), pubblicati su riviste internazionali dopo verifiche dell'"editorial board" descrivono i metodi utilizzati; quindi gli esperimenti sono riproducibili in tutto il mondo.

Quando dal laboratorio si passa alla sperimentazione sull'uomo, le metodiche e le tecniche sono valutate da un comitato etico e i risultati sono verificati da un'équipe di esperti; una volta pubblicati sono giudicati dagli scienziati e specialisti di tutto il mondo.

Vescovi ha potuto dimostrare che le cellule nervose staminali introdotte nel rachide di un animale di laboratorio, non "rimpiazzano" le cellule malate, ma si "giustappongono", elaborando varie sostanze che bloccano fenomeni tossici, infiammatori, di disregolazione metabolica che porterebbero le cellule malate alla morte.

Prima di procedere alla sperimentazione sull'uomo ci sono stati anni ed anni di ricerche, in cui centinaia di ricercatori hanno aggiunto ciascuno un piccolo tassello; tutti questi dati preliminari mancano per quanto riguarda il prodotto "Stamina"; sembra che le cellule iniettate, fornite da colture di cellule del midollo osseo siano un misto di cellule mesenchimali (non nervose quindi) in gran parte morte; non risulta che i pazienti trattati siano sottoposti a terapie particolari che permettano la sopravvivenza delle cellule somministrate; inoltre sembra che nell'iter procedurale venga usato anche siero bovino col pericolo di iniettare virus o sostanze potenzialmente pericolose; le procedure per ottenere il miscuglio che viene iniettato non sono note, con la scusa del segreto di fabbricazione.

Questa possibile pericolosità è stata segnalata anche in prestigiose riviste scientifiche che hanno espresso a loro perplessità sul fatto che in Italia si possano utilizzare prodotti così poco sperimentati; in particolare i biologi coinvolti nella produzione di Stamina, non hanno dimostrato che cellule

CONTINUA A PAG. 25

L' "AFFAIRE STAMINA"

CONTINUA DA PAG. 24

mesenchimali in presenza di acido retinoico si trasformano in neuroni, come Vannoni sembra sostenere. Sorge quindi il problema del perché il nostro Paese permette che malati affetti da gravissime patologie possano andare incontro ad aspettative ingiustificate in un contesto di approssimazione e di confusione.

Il caso non è nuovo ma si ripete: siero Bonifacio, terapia Di Bella, ora terapia Vannoni. Indubbiamente si avverte la necessità di una legge sulla ricerca e sulla sperimentazione clinica che puntualizzi norme e regolamenti attualmente disorganici, nonché prese di posizione dubbie di vari comitati etici; vari tentativi sono naufragati in una dialettica infruttuosa, a volte tesa più a salvaguardare l'autonomia regionale che la correttezza scientifica.

L'AIFA (agenzia italiana sul farmaco) ha cercato, nel caso di Stamina, di far capire la differenza tra mondo della ricerca che offre trattamenti sicuri e "venditori di illusorie speranze". Il 6.2.2014 il direttore dell'AIFA (Prof. Paci) in una audizione al Senato, ha sostenuto che Stamina va oltre il caso specifico; infatti circuiti commerciali internazionali vorrebbero sfruttare questa pseudoterapia come grimaldello per inficiare regole a tutela dei malati allo scopo di allentare i controlli sulle terapie. In questo modo specifici interessi personali, commerciali, pseudoscientifici possono sfruttare senza regole quelle raffinate strategie di marketing per immettere sul mercato vari interventi terapeutici. Se le cose stanno così, penso che questa strategia si interfacci molto bene colla proposta di modificare le regole del commercio mondiale (Trattato Transatlantico) permettendo alle multinazionali perfino di citare in giudizio governi che ne controllano la correttezza.

Il ministro Balduzzi ha però nel 2013, bypassato l'opinione dell'AIFA con un Dlgs, in cui si affermava che il metodo Stamina doveva rientrare nelle normative dei trapianti d'organo e non di quelle di farmacovigilanza. Inoltre, con notevole superficialità, affermava che queste cure "compassionevoli" potevano essere continuate anche se quanto si inietta "è preparato in laboratori non conformi ai principi delle norme europee di buona fabbricazione"; questi erano "i tecnici" del governo Monti! Questo modo di procedere è stato denunciato anche dall'Associazione L. Coscioni.

La Regione Lombardia si comporta in modo pilatesco; infatti ora Maroni addossa tutte le colpe al Governo, anche se qualche settimana fa aveva affermato che cercava di estendere la possibilità di somministrazione del preparato Stamina anche ad altri ospedali oltre quello di Brescia. Resta comunque il fatto che le prestazioni eseguite sono pagate dalla Regione, anche se in assenza di una delibera specifica; come? Come prestazioni ambulatoriali o di Day hospital o di degenza?

Il fatto che gli Spedali Civili di Brescia abbiano accettato di praticare infusioni di cellule mesenchimali getta una cattiva luce sul livello delle sperimentazioni cliniche in Lombardia, anche se la Magistratura ha ritenuto che eventuali colpe siano da ricercare nella complicità individuale tra medici e managers regionali. Anche la Magistratura si è mostrata poco rispettosa delle indicazioni fornite da una corretta ricerca scientifica, ordinando di continuare la somministrazione a scopo compassionevole.

È opportuno però esaminare il contesto in cui nasce e si sviluppa il caso Stamina; per avere una visione meno ristretta bisogna fare qualche accenno allo stato della ricerca in Italia ed ai rapporti Università - Industria farmaceutica.

Lo scarso interesse con cui, specie negli ultimi 20 anni, in Italia è vista la ricerca scientifica chiama in causa non solo la politica (responsabile di tagli lineari) ma anche la "mitizzata" Società Civile; quest'ultima affronta il problema della ricerca in modo schizofrenico, attribuendole da un lato mitiche capacità di rilanciare lo sviluppo e l'economia e dall'altro demonizzandola come portatrice di danni ambientali ed alla salute. Inoltre l'Italia investe in ricerca solo l'uno % del PIL collocandosi al 32° posto dei 37 paesi OCSE.

Però la ricerca da sola non basta a creare innovazioni di prodotto; è necessario avere un sistema industriale capace di interreagire con gli istituti di ricerca trasformando la conoscenza in progetti e un sistema creditizio aperto al rischio.

Il basso livello di intereazione tra Università e imprenditoria ha effetti negativi anche sul sistema scolastico, avendo l'industria bisogno solo di un basso numero di personale altamente qualificato; ad

CONTINUA A PAG. 26

L' "AFFAIRE STAMINA"

CONTINUA DA PAG. 25

esempio l'industria farmaceutica utilizza chimici non per seguire processi industriali e sintesi chimiche, ma per fare i rappresentanti di medicinali.

Recentemente Minerva e Monfardini hanno pubblicato un libro ("Il bagnino e il samurai. La ricerca biomedica in Italia: un'occasione sprecata"), in cui si ricorda che negli anni 60-70 la più importante industria chimica pubblica italiana, la Montedison, aveva sintetizzato farmaci importanti ed innovativi come le antracicline che hanno rinnovato completamente la terapia oncologica; ora questo brevetto è stato acquistato da una impresa svedese. La distruzione dell'industria chimica e farmaceutica italiana ha portato ad una perdita non solo di competitività internazionale ma di posti di lavoro pregiato per maestranze qualificate.

Questo è un esempio assai significativo di come un basso livello delle imprese si ripercuote anche nel sistema scolastico dove si diffonde l'impressione della inutilità dello studio; ne consegue che i giovani hanno smesso di desiderare un lavoro di qualità.

In conclusione la vicenda "Stamina" si inserisce in un panorama di disprezzo per la cultura e rispecchia una società in declino che ha smantellato una industria pubblica che poteva realizzare politiche industriali avanzate; le imprese pubbliche potevano così colmare l'arretratezza media dell'industria privata, tutta tesa al profitto immediato e quindi non interessata ad investire in ricerca ed innovazione.

Gaspare Jean

NdR. Articolo pubblicato anche sull'ultimo numero della rivista "Medicina Democratica"

Associazione onlus

Medicina Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

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

www.medicinademocratica.it

Iscriviti. 50 euro: tessera e abbonamento alla rivista nazionale

Medicina Democratica è Parte Civile

Comunicato stampa

TORINO PROCESSO STAMINA

In data odierna il giudice dell'udienza preliminare (GUP), dott. Petito Giorgio, Tribunale di Torino, nel procedimento N.R. 17178/09 R.G.N.R. - N.R. 2091/10 R.G. G.I.P. contro Vannoni ed altri ("Stamina") ha emanato l'ordinanza di esclusione delle parti civili. Sono stati ascoltati gli avvocati delle difese degli imputati i quali hanno chiesto che la parti civili che avevano presentato la costituzione , venissero, in tutto o in parte, escluse, cioè non riconosciute tali.

Sono seguite le repliche degli avvocati delle parti civili fra cui, per Medicina Democratica (MD), l'avv. Sergio Bonetto (foro di Torino), quindi del Pubblico Ministero (PM) Raffaele Guariniello il quale si è pronunciato a favore del riconoscimento degli enti esponenziali. Il PM ha citato la sentenza della Corte di Cassazione del 24.04.2014 (processo contro Hespenhan e altri -ThyssenKrupp) a riguardo, nello specifico, del riconoscimento di Medicina Democratica.

Il GUP ha così deciso:

- Riconoscimento di quasi tutte le parti civili offese
- Riconoscimento delle Istituzioni: Regione Lombardia, Ospedali Civili di Brescia, Ordine dei Medici di Torino
- Riconoscimento degli Enti Esponenziali: Medicina Democratica, Altra Economia
- Esclusione della Casa del Consumatore.

Da notare l'assenza del Ministero della Salute, sollecitato invano (da MD) a costituirsi.

MD ritiene che questo sia un ulteriore tassello a difesa del diritto alla salute: per una sanità pubblica, universale, gratuita e priva di eventi truffaldini e corruttivi.

Torino, 15 novembre 2014

Medicina Democratica nazionale

Medici senza camice

Una cultura fuori dal sistema dato, dalle gerarchie sociali, e acculturato dagli interessi di profitto delle case farmaceutiche. Una sperimentazione che può diventare comunità socioscientifica e influenzare i percorsi universitari dei medici e degli infermieri?

Medici senza camice, la rivoluzione che non corre in corsia. Sono un gruppo informale di attivisti della salute.
Si tratta di salvare la vita delle persone, partendo da quest'ultime e non dal bisturi.

Parla Alessandro Rinaldi di "Medici senza Camice".

"Io la tachipirina la posso dare per abbassare la febbre ma la diagnosi non è verificare l'alterazione che alza la temperatura corporea. La diagnosi è capire che la febbre gli è venuta perché ha dormito all'aperto e magari non ha mangiato. La diagnosi deve indagare sulle condizioni di vita del paziente, determinanti sociali di salute, in questo caso la diagnosi è che non ha una casa, non che abbia la febbre che è una conseguenza del fatto di non avere una casa".

Al re la corona, al poliziotto la pistola, al giudice la toga e il martello, al medico il camice". Il camice rappresenta simbolicamente il ruolo codificato e lo strumento del potere medico: perché mai dei giovani medici vogliono toglierselo? L'esperienza di un gruppo informale di attivisti per la salute. Così si sono definiti nella prefazione del libro edito dalla casa editrice Sensibili alle Foglie dal titolo "Medici senza camice. Pazienti senza pigiama".

Come gruppo siamo nati durante gli studi universitari. L'esigenza di formare un gruppo è nata dal bisogno di completare il nostro percorso di studi con tematiche che non venivano e non vengono affrontate nelle facoltà di Medicina e Chirurgia. Queste tematiche sono principalmente i determinanti sociali di salute e le diseguaglianze in salute, i rapporti tra i processi di globalizzazione e la salute dei popoli a livello mondiale, la relazione medico-paziente. Tutti questi argomenti guidano le pratiche del nostro gruppo.

Fino a oggi ci siamo preoccupati soprattutto di contribuire a integrare la formazione degli studenti e delle studentesse in medicina organizzando corsi di formazione e partecipando a diversi dibattiti accademici e non per cambiare la formazione e la cultura medica.

Per determinati sociali di salute si intendono tutti quei fattori sociali, come istruzione, occupazione, reddito, abitazione, lavoro, che influenzando la posizione sociale delle persone ne condizionavano anche in maniera diseguale la salute.

La probabilità di ammalarsi di qualunque malattia non è frutto del caso ma segue uno specifico gradiente sociale, le persone che vivono nelle fasce sociali più svantaggiate hanno maggiori possibilità di ammalarsi. Noi crediamo che sia diretto compito del medico e della medicina evidenziare il ruolo patogeno delle condizioni sociali e coinvolgere le persone e altre figure professionali al loro cambiamento.

Tra gli argomenti affrontati dal nostro gruppo c'è anche la tematica della "medicina delle migrazioni" che si occupa di indagare le condizioni di salute dei migranti e di tutelare il loro diritto alla salute. Insieme ad altre realtà, molto più auterevoli di noi in questo campo (come la Simm- Società Italiana Medicina delle Migrazioni), ci occupiamo di diffondere, attraverso dei corsi di formazione, alcune informazioni essenziali per ridurre gli stereotipi esistenti su questa tematica all'interno della classe medica e della società in generale.

Alcuni di noi sono singolarmente impegnati nell'assistenza sanitaria alle persone straniere ma come gruppo nell'insieme non ci siamo mai occupati, fino ad ora, di fornire assistenza sanitaria alle persone straniere.

Dallo scorso anno abbiamo deciso di dedicarci non solo alla formazione universitaria ma di provare ad incontrare le diverse realtà esistenti sul territorio e provare a condividere con loro la nostra esperienza e le nostre riflessioni sul tema della salute. Così siamo entrati in contatto con l'associazione A Sud e abbiamo collaborato per un progetto di promozione della salute a Civitavecchia. Scopo del progetto coinvolgere attivamente la comunità sulle questioni riguardanti il ricatto salute/vita-lavoro e inquinamento ambientale. Approfondendo la collaborazione siamo arrivati a conoscere la realtà di Santa Croce e ora stiamo provando a costruire qualcosa tutti e tutte insieme.

Se l'ordine dei medici si interroga se rivedere la formula del codice deontologico, per esempio la rivisitazione del giuramento di Ippocrate, se in questi giorni i test per l'accesso alla facoltà di Medicina sono finiti scandalo sui giornali, quindi da rifare, ci sono loro dei medici, che fanno una piccola rivoluzione: si levano il camice entrano nel vivo della mission che ogni medico dovrebbe avere, cioè salvare vite umane.
Non si tratta di mettere la firma sotto l'operazione chirurgica d'avanguardia e magari avere una pubblicazione. Qui si tratta di salvare la vita delle persone partendo dalle persone e non dal bisturi."

Medici senza camice
la rivoluzione che non corre in corsia
di Cristina Volpe Rinonapoli
su www.globalist.it del 3/11/2014

lavoro&salute/RICERCA

Lavoro e sfruttamento della risorsa umana primaria: uno studio propone un percorso. La gestione del rischio psicosociale potrebbe costituire una grande opportunità per la salute e la sicurezza dei lavoratori, oltre che per la produttività aziendale unamizzata? La realtà del mondo del lavoro ci dice che oggi questi due elementi sono separati.

Ergonomia e Rischio Psicosociale

Come in ogni disciplina scientifica anche lo studio delle regole che reggono il mondo del lavoro contiene due anime: la classica e la sistemica. Il metodo d'osservazione del mondo del lavoro classico si basa su una cultura lineare dove ogni aspetto o segmento del fenomeno osservato può essere separato dal resto della linea e analizzato in laboratorio per ogni sua, anche infinitesima, manifestazione. In generale l'esperienza scientifica classica ha generato il mondo che conoscevamo fino alla fine degli anni '80 del secolo scorso. In seguito il pensiero sistemico ha rivoluzionato il nostro mondo di vita, le macchine da scrivere, i dischi di vinile, le cassette videoregistrate, la cornetta del telefono, sono strumenti raccolti dalle botteghe di antiquariato.

(.....)

Il pensiero sistemico applicato ai processi produttivi, cosciente delle difficoltà prodotte dai cambiamenti culturali, promuove e produce un riordino delle materie riguardanti la sicurezza e salute sul lavoro a livello comunitario. Il recepimento delle direttive comunitarie si struttura in Italia attraverso l'emanazione del D.Lgs. 626/94 oggi D.Lgs. 81/08: una legge sulla sicurezza e la salute dei lavoratori che se applicata in tutta la sua complessità è in grado di aiutare i datori di lavoro nelle necessarie trasformazioni culturali legate alla qualità produttiva. Secondo la nuova cultura sistemica il datore di lavoro attraverso la sua "attenta" valutazione dei rischi aziendali, oltre a conoscere approfonditamente la propria azienda, produce e documenta un progetto di miglioramento nel tempo di tutte quelle variabili che ne determineranno l'evoluzione.

(....)

è arrivata

Questa legge, frutto di un confronto culturale sulle basi produttive del futuro, è stata spesso osteggiata e "banalizzata". In particolare nel nostro paese, la carenza culturale su questa tematica ha prodotto un esito meramente burocratico, facendo percepire più l'aggravio documentale che l'opportunità di sviluppo imprenditoriale.

In questo modo il pensiero classico come nel medio evo ha oscurato la possibilità di ampliare la conoscenza dei fenomeni della crisi strutturale del vecchio modo di produrre, costringendo molte aziende che avrebbero potuto ristrutturarsi alla chiusura o dismissione di parti.

(....)

I nuovi luoghi di lavoro devono essere immaginati rispondenti alle necessità di socializzazione e di comunicazione umana per cui diviene necessaria la collaborazione tra differenti figure professionali già nella prima fase di studio del progetto. Architetti, psicologi, sociologi, ecc.. dovrebbero unire le loro competenze attraverso una conoscenza comune data dall'ergonomia cognitiva e delle organizzazioni.

Le leggi Italiane ed Europee fin dall'inizio degli anni '90 del secolo scorso impongono alle aziende un impegno significativo in queste direzioni. Purtroppo in Italia, abbiamo assistito ad un vuoto legislativo e regolamentare sulla qualità di sistema capace di inibire qualsiasi vantaggio competitivo basato sulla gestione qualitativa dei processi produttivi. Le imprese così isolate e incapaci di reagire di fronte alle difficili prove della concorrenza globale, dell'evoluzione tecnologica, della crisi economica e strutturale, non sono riuscite nemmeno a ipotizzare un rinnovamento culturale delle organizzazioni del lavoro perché eccessivamente preoccupate del mantenimento produttivo e perciò poco inclini a pensare nuovi orizzonti di sviluppo.

CONTINUA A PAG. 29

Ergonomia e Rischio Psicosociale

CONTINUA DA PAG. 28

Eppure, un valido aiuto, in particolare per le piccole e medie imprese italiane, sarebbe venuto dalla necessità di ripensare l'organizzazione del lavoro attraverso la riflessione articolata sui vari rischi nelle aziende, ma in particolare su quelli psicosociali
La gestione del rischio psicosociale potrebbe costituire una grande opportunità sia per la produttività aziendale, sia per la salute e la sicurezza dei lavoratori, purtroppo ancora oggi questi due elementi sono ancora considerati separati (ciò é dimostrato dal fatto che non esiste un termine per descriverli insieme) ma di fatto non lo sono.

Le opportunità che potrebbero derivare dalla gestione di questo rischio sono diverse: diminuzione di fenomeni quali mobbing, bournout, molestie, stress, infortuni, miglioramento dei sistemi sociotecnici, della comunicazione all'interno dell'azienda, maggiore trasparenza di procedure aziendali quali l'evoluzione della carriera ecc.; miglioramento dei processi decisionali; miglioramento delle interazioni tra le diverse parti componenti l'azienda ecc. Purtroppo la cultura classica (di tipo causale) impostata su modelli di ergonomia correttiva ha condizionato e ridotto la necessaria riflessione sistemica a un mero intervento correttivo da effettuarsi attraverso l'arcaico modello della check-list scartando, di fatto, il principio base dell'ergonomia stessa: l'uomo al centro del processo.

L'osservazione corretta dei fenomeni psicosociali non può che tenere conto della logicasistemica che vede l'uomo (sistema vivente) in relazione con i sistemi circostanti (organizzativo, tecnologico, culturale….) che compongono l'intero mondo (azienda) e questo in relazione con gli altri mondi, in breve: l'uomo come sistema di sistemi.
(.....)

Come nella vita, le cose cambiano e si trasformano, per cui il datore di lavoro è tenuto a valutare nel tempo questi cambiamenti trasformando i rischi che essi comportano in opportunità di miglioramento dell'intero sistema.
Se questo concetto basilare dell'ergonomia cognitiva e delle organizzazioni fosse divenuto un patrimonio culturale, anche degli "addetti ai lavori", ci saremo evitati di avere come linee guida, per l'intervento sui rischi psicosociali, prodotti paradossali ed ambivalenti frutto dell'assenza di una corretta mediazione tra le due culture. Le culture manageriali, datoriali, sindacali, devono comprendere che le dinamiche prescrittive di risultato sono fallimentari e ormai "obsolete" di fronte alla complessità e alla crisi dei sistemi.
Forse nel panorama presente conviene ricercare spazi di miglioramento continuo dell'intero processo produttivo, facendo della valutazione delle dinamiche psicosociali tra gli operatori (considerati come parti fondamentali dell'intero sistema) un elemento indispensabile allo sviluppo produttivo dell'intero processo.

Nota: Tratto da Ergonomia e Rischio Psicosociale (2014) in ISL n3 Inserto Ergonomia e lavoro 2013: i compiti degli ergonomi. Ed Ipsoa di Franco Simonini, Gabriele Corbizzi Fattori e Vincenza Bruno

www.orizzontedeglieventi.it

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

Questo rapporto, risultato di una ricerca condotta nell'ambito del Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF), evidenzia i problemi di accesso e di fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante nella città di Torino. Partendo dal contenuto normativo del diritto fondamentale alla salute come sviluppato a livello internazionale, lo studio descrive la situazione esistente nell'area torinese e analizza le questioni che non trovano adeguata soluzione. In sintonia con il metodo proprio di LDF, con ampio ricorso a interviste agli operatori del settore, il testo offre una panoramica della realtà studiata, andando oltre gli aspetti teorici o astrattamente legali e concentrandosi invece maggiormente sul grado di attuazione concreta del diritto alla salute. L'attenzione è particolarmente concentrata sulle conseguenze che la realtà sociale produce sul godimento effettivo e non discriminante del diritto fondamentale alla salute, da parte degli appartenenti a fasce sociali specialmente vulnerabili.

Irene Biglino* e *Anthony Olmo
ricercatori del Laboratorio dei Diritti Fondamentali.
www.ilmulino.it

Lavoro, psiche &Selfie
A PAG. 42

Vai a Roma per piacere o per lavoro?

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

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

Recensione di f.c.

inserzione concessa gratuitamente

SCIOPERO GENERALE obbligato per tutte/i

La molto ponderata decisione di indire lo sciopero generale è finalmente arrivata, il prossimo 12 dicembre si è chiamati, senza distinzione di appartenenza sindacale e opinioni politiche, in piazza contro un governo che vuole smantellare definitivamente, dopo le picconate dei governi gemelli Berlusconi-Monti-Letta, i diritti al (e nel) lavoro e condannare i giovani alla precarietà a vita; affidare il welfare (le nostre condizioni di vita) e i beni comuni (acqua, ambiente e salute) alla gestione dei profitti privati; demolire definitivamente la Costituzione (le regole della convivenza civile); trasformare la democrazia parlamentare in un ricordo antico; ridurre le libertà di opinione e di protesta in un crimine da perseguire .

Vero che arriva in ritardo se il governo approva entro il 26 novembre il famigerato Jobs Act, ma è comunque uno sciopero obbligato per il mondo del lavoro e della disoccupazione per dire al governo che non ha seppellito i nostri diritti.

L'obbligo lo si può dedurre facilmente facendo mente locale sulle nostre condizioni di lavoro, di vita e di futuro che ci prospettano. Oggi faremmo il loro gioco (per la verità lo facciamo da tanti anni) se non scioperassimo tutte e tutti, facendoci legare dalle nostre opinioni politiche e di sigla sindacale.

E' obbligato anche per lo stesso sindacato che dopo decenni di collaborazione coi governi forse sì è accorto che è messa in discussione anche la propria esistenza. Se ne accorta anche la UIL dopo che la CGIL aveva indetto da sola lo sciopero per il 5 dicembre.

La Cisl ha dichiarato di non starci confermando la loro intenzione di continuare a giocare con i luoghi comuni per indirizzare i loro iscritti all'inerzia contro questo governo, come con i precedenti. Questa è la natura della Cisl (e della Uil fin'ora, dopo lo sciopero e il suo congresso si capirà la bontà delle loro intenzioni). Quindi non meraviglino le parole della Cisl, meraviglierebbe se i loro iscritti seguissero ancora queste elucubrazioni di gente che è oltre la nostra cruda realtà di lavoro e di vita.

Ci meraviglia anche l'oblio e la passività di tanti, troppi, sindacalisti sui luoghi di lavoro, come se invece di essere "rappresentanti dei lavoratori" fossero robot esecutori di ordini esterni ai luoghi di lavoro. Solo uno sciopero di tutte e di tutti potrebbe riportarli alla realtà e partecipare a non consentire più al governo di scaricare la crisi sui lavoratori e sui poveri mentre aumenta spudoratamente la ricchezza di pochi.

Non sappiamo quanto possa reggere lo stato di cose aattuale, stanno contribuendo alla formazione di comunità di egoisti che si confrontano sui diritti con la logica del "prima a me e poi a te, se qualcosa resta". E' tutto fuori controllo, l'emergenza sociale è alta, a tutti i livelli, e il governo dei nominati, con gli spettatori grillini, alimenta consapevolmente questo massacro con leggi che ci portano indietro di un secolo, per trasformarci in servi senza diritti, dove a una piccola parte attiva sarà concesso un minimo di salario per la sola sopravvivenza e la riproduzione di nuova servitù.

Agli altri, l'accattonaggio per la sopravvivenza e la pietosa benedizione in attesa dell'altro mondo.

A tanti che hanno oggi un posto fisso può apparire catastrofismo il nostro ma la realtà è dietro l'angolo, basta alzare la testa per non farsi sorprendere.

Facciamoci tutte/i una domanda: preferiamo perdere per nostra scelta i soldi una giornata di lavoro e preferiamo dire che siamo persone pensanti, o individui masochisti che aspettano le frustrate delle sadiche leggi del governo Renzi/Berlusconi?

Redazione

lavoro e rischio sociale Breve scheda di approfondimento

Cosa prevede il Jobs act? Meno diritti e più precarietà! Per tutti!

Nonostante la propaganda televisiva del governo, il Jobs act non serve affatto a tutelare i precari che oggi hanno meno diritti, ma casomai a ridurre i pochi diritti di chi oggi ha un posto di lavoro a tempo indeterminato, tagliando ancora il sistema di ammortizzatori sociali, manomettendo lo Statuto dei lavoratori e cancellando quel che resta dell'art. 18, i cui pesanti tagli della Fornero già hanno dimostrato nel 2012 di non essere in grado di creare mezzo posto di lavoro in più! Anche rispetto alla riorganizzazione degli ammortizzatori sociali, il disegno di legge non serve a dare più tutele a quei precari che oggi non ce l'hanno.

Anche questa considerazione fu utilizzata già dalla Fornero nella sua riforma: fu il pretesto per tagliare dal 2017 la mobilità a tutti. La conclusione - oggi come allora - è che in caso di crisi e disoccupazione involontaria ci saranno meno tutele per tutti.
Insomma, uniformare il mondo del lavoro, sì, ma al ribasso! Non è un caso che il Jobs act sia stato presentato dal ministro del Lavoro Poletti, che da presidente delle Cooperative italiane, ha di fatto sperimentato da tempo tutte le forme di precarietà e bassi salari. E non è un caso che le forze di destra stiano dando il loro più totale consenso alla accelerazione di Renzi.

Qualunque governo che voglia tutelare i precari, non ha che da estendere loro lo Statuto dei lavoratori, gli ammortizzatori sociali e i diritti di cui dovrebbero godere tutti i lavoratori e le lavoratrici. Così come, qualunque governo voglia affrontare il tema dell'occupazione e della crescita del paese riduca l'orario di lavoro e l'età pensionabile!
Ecco le misure più pericolose contenute nel disegno di legge che rischia di essere approvato a breve.

Art. 18 e Statuto dei lavoratori

- "previsione per le nuove assunzioni del contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti in relazione all'anzianità di servizio". Con questa misura - che non sarebbe in via sperimentale ma a regime da subito - il Jobs Act distrugge quel che resta dell'art.18, già ampiamente manomesso dalla legge Fornero.

Oggi l'art. 18 prevede il reintegro del lavoratore licenziato soltanto nel caso di licenziamento discriminatorio e laddove il giudice verifichi che di un licenziamento disciplinare non sussista il fatto (caso assai difficile da dimostrare). Nei licenziamenti economici (soppressione della mansione) e in gran parte di quelli disciplinari al lavoratore già oggi non resta che il risarcimento economico. Il Jobs act vuole eliminare del tutto il reintegro. Con il contratto a tutele crescenti, anche nel caso di assunzione a tempo indeterminato, entro i primi anni potrai essere licenziato in qualsiasi momento con un indennizzo proporzionato all'anzianità di servizio, senza quindi il reintegro. E la tutela del reintegro sembra essere esclusa anche alla fine del periodo, visto che il testo - non a caso - non ne parla in modo esplicito;

- "individuare e analizzare tutte le forme contrattuali esistenti, anche in funzione di eventuali interventi di semplificazione delle medesime". Scritto così, non è affatto scontato, come si vuole invece far credere, che il contratto a tutele crescenti sostituisca tutte le altre forme di lavoro precario e a termine. E' già difficile che vengano cancellate quelle di fatto meno utilizzate. Del tutto illusorio pensare che venga abrogato il tempo determinato, il contratto di somministrazione e la para-subordinazione, soltanto per citare quelli di fatto più utilizzati;

- "revisione della disciplina dei controlli a distanza" (art. 4 dello Statuto). Oggi il controllo dei lavoratori a distanza tramite videocamere o altri sistemi elettronici è vietato. Il Jobs act vuole abolire o comunque indebolire questa norma, sarà così possibile ai datori di lavoro di spiare a distanza i lavoratori, con evidenti ricadute disciplinari;

- "revisione della disciplina delle mansioni" (art. 13 dello Statuto). Con questa norma si vuole permettere al datore di lavoro di demansionare un lavoratore - con la relativa riduzione di salario - in caso di riorganizzazione, ristrutturazione o conversione aziendale. Ti diranno che se non vuoi perdere il posto di lavoro, devi essere disponibile a ridurre il tuo salario e la tua professionalità;

- introduzione in via sperimentale del "compenso orario minimo per il lavoro subordinato e le collaborazioni coordinate e

CONTINUA A PAG. 33

Cosa prevede il Jobs act?

CONTINUA DA PAG. 32

continuative". Questa potrebbe in linea teorica essere una misura positiva, se non fosse che si chiarisce subito che sarà soltanto per quei settori dove non ci sono contratti nazionali e quindi di fatto del tutto scollegato da questi. Anzi, rischia di essere uno strumento per scardinare definitivamente i contratti nazionali;

- "possibilità di estendere il ricorso a prestazioni di lavoro accessorio" (tramite i voucher, che oggi sono previsti per colf, baby sitter etc) "per le attività lavorative discontinue e occasionali in tutti i settori", ampliando quindi la possibilità di lavorare senza diritti né pagamento dei contributi.

Ammortizzatori sociali

cassa integrazione:

- "impossibilità di autorizzare le integrazioni salariali in caso di cessazione di attività aziendale o di un ramo di essa". Già ora, dopo la riforma Fornero, è molto complicato ottenere la cassa integrazione nei casi in cui l'azienda sia cessata o fallita. Con il Jobs act sarà semplicemente impossibile e a quei lavoratori non resterà che l'indennità di disoccupazione;

- "semplificazione delle procedure burocratiche, considerando anche la possibilità di introdurre meccanismi standardizzati di concessione": significa, per esempio, possibilità di superare le procedure obbigatorie di consultazione sindacale quando l'azienda debba far ricorso agli ammortizzatori sociali;

- "necessità di regolare l'accesso alla cassa integrazione solo a seguito di esaurimento delle possibilità contrattuali di riduzione dell'orario di lavoro": significa che prima di attivare la cassa integrazione, l'azienda può utilizzare tutte le ferie, i permessi, la banca ore che dovrebbero essere invece a disposizione del lavoratore e della lavoratrice;

- "revisione dei limiti di durata, rapportati ai singoli lavoratori ed alle ore complessivamente lavorabili in un periodo di tempo prolungato": significa che la cassa integrazione, così come l'aspi (la nuova indennità di disoccupazione introdotta dalla Fornero), avranno durata variabile, dipendente dall'anzianità di servizio dei singoli lavoratori. Si passa da una logica di tutela collettiva e universale a una tutela sempre più individuale;

- "riduzione degli oneri contributivi ordinari e rimodulazione degli stessi tra i settori in funzione dell'utilizzo effettivo": significa che l'indennità sarà diversa - non soltanto a seconda di ogni lavoratore - ma anche per ogni settore, con il rischio che siano penalizzati proprio quei settori che hanno avuto più bisogno di cassa integrazione;

indennità di disoccupazione:

- "rimodulazione dell'aspi con omogeneizzazione della disciplina ai trattamenti brevi, rapportando la durata alla pregressa storia contributiva del lavoratore": significa che la aspi sarà diversa per ogni lavoratore a seconda dei contributi versati;

- "incremento della durata massima per i lavoratori con carriere contributive più rilevanti": è un prolungamento dell'aspi ma soltanto per quelli che hanno una lunga anzianità di servizio... forse gli esodati!

- "estensione dell'aspi ai lavoratori con contratto di collaborazione coordinata e continuativa (...) con un periodo almeno biennale di sperimentazione a risorse definite": significa che la possibilità di estendere l'indennità di disoccupazione ai para-subordinati, tanto propagandata, è in realtà vincolata alle risorse che verranno stanziate, quindi tutta da verificare!

- "introduzione di massimali in relazione alla contribuzione figurativa": l'importo dell'aspi varierà a seconda della contribuzione figurativa, quindi sarà minore per quei lavoratori e quelle lavoratrici che hanno periodi più lunghi di ammortizzatori sociali alle spalle. Se non verrà specificato diversamente, questa norma sarà penalizzante anche per i periodi di maternità e congedo parentale, quindi in larga misura per le donne;

- "eventuale introduzione, dopo la fruizione dell'aspi, di una prestazione, eventualmente priva di copertura figurativa, limitata ai lavoratori, in disoccupazione involontaria, che presentino valori ridotti dell'indicatore della situazione economica equivalente, con previsione di obblighi di partecipazione alle iniziative di attivazione proposte dai servizi competenti". Non è un reddito minimo di cittadinanza, perchè spetterebbe soltanto a chi ha perso il lavoro e in ogni modo viene chiarito che questa norma verrà sperimentata soltanto se ci saranno risorse sufficienti;

- "eliminazione dello stato di disoccupazione come requisito per l'accesso a servizi di carattere assistenziale";

- "individuazione di meccanismi che prevedano un coinvolgimento attivo del soggetto beneficiario dei trattamenti di cassa integrazione e disoccupazione, al fine di favorirne l'attività a beneficio delle comunità locali": significa introdurre l'obbligo ai lavori socialmente utili anche nel caso di cassa integrazione e disoccupazione.

Il sindacato è un'altra cosa
Componente della CGIL | *www.sindacatounaltracosa.org*

La truffa del TFR in busta paga

Discutendo di farmacologia è consentito dubitare che risponda a verità che "Tutto quello che non fa male, fa bene al malato".
E', invece, certamente vero (e documentato dalle sue scelte) che tutto quello che va bene al governo fa molto male ai lavoratori e - direttamente o indirettamente - concorre alla tutela d'interessi più affini alle parti datoriali!

Ecco un'altra delle boiate dei cavalli di Troia del PD nel sindacato e nel mondo del lavoro

Gli 80 euro in busta paga non sono stati un regalo, ce lo stiamo pagando con i contratti bloccati e non rinnovati, con l'aumento delle tasse, con la sicura restituzione a fine anno, quando arriverà il conguaglio per i tanti che avranno superato di poche decine di euro la soglia prevista per il bonus e saranno obbligati alla restituzione.

Molti sono poi gli esclusi dal bonus di 80 euro e pensiamo alle migliaia di precari, e non, che non arrivano a 8.000 euro annui, alle partite IVA di chi è costretto a trasformarsi in lavoratore autonomo anche se è un dipendente a tutti gli effetti, ai pensionati molti dei quali hanno assegni previdenziali al di sotto della soglia di povertà.

Ora arriva l'ennesima menzogna, quella del Trattamento di Fine Rapporto (TFR) in busta paga.
Un guadagno per i lavoratori e le lavoratrici?

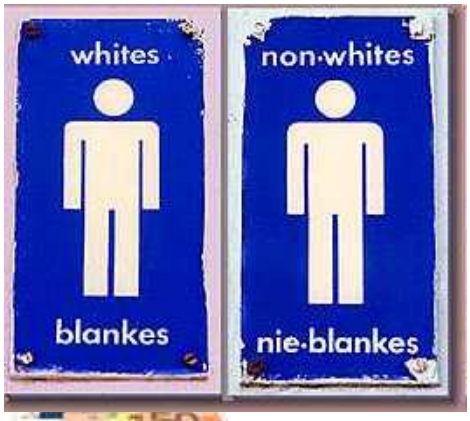
Una rimessa, a guadagnarci saranno sempre e solo le imprese e le banche.
Infatti il TFR è del lavoratore, presto o tardi sarà pagato, quindi il Governo anticipa soldi nostri, soldi che sarebbero comunque arrivati al lavoratore, per altro sottoposti a una tassazione più favorevole;

- *per anni ci hanno raccontato che investire il TFR nei fondi previdenziali era conveniente, ma i fatti dimostrano l'esatto contrario perchè il TFR è una forma previdenziale a costi di gestione zero, un accantonamento che garantisce il potere d'acquisto; ogni mese la quota accantonata è rivalutata all'1,5 per cento, più il 75 per cento dell'inflazione: questo valore viene tassato all'11 per cento, meno dei titoli di stato tassati al 12,5%;*
- *il TFR in busta paga non è una soluzione, non aiuta le imprese perchè toglie loro liquidità (e quindi anche un "leit motive" liberista verrebbe a cadere), rischia di creare il deficit dell'INPS (e a guadagnarci sarebbe solo la previdenza integrativa privata);*
- *ci guadagna lo stato che riscuoterebbe di anno in anno le imposte sul TFR;*
- *ci guadagnano le banche chiamate a finanziare le imprese anticipando loro, con elevati tassi di interesse, i soldi necessari per il pur parziale pagamento del TFR ai lavoratori e alle lavoratrici.*

Renzi è il solito incantatore di serpenti, gioca con i nostri soldi e sulla nostra pelle, fa gli interessi del grande capitale (FIAT) e delle banche.
Il Governo Renzi e il PD danneggiano i lavoratori e le lavoratrici. Non farti ingannare!

RAZZISMO: italiani ingrati

Quanti sanno che l'invecchiamento della popolazione italiana fa si che una parte consistente dei trattamenti pensionistici erogati a cittadini autoctoni, grillini o padani che siano, sussistono anche grazie alla presenza di lavoratori e lavoratrici migranti che difficilmente riusciranno ad andare in pensione recuperando i contributi versati? Ascoltando i talk show è facile notare come ricomincino a circolare messaggi di carattere xenofobo e platealmente razzista che rischiano di divenire verità inconfutabili nella pubblica opinione.



pensioni

Il governo ci ruba i soldi gli immigrati ce li danno con il loro lavoro

Antirazzismo: istruzioni per l'uso.

"gli immigrati sono troppi, costano e non ce li possiamo più permettere". Secondo i dati Istat, il rapporto fra spesa e introiti, derivanti da tasse, consumi e mobilità economica, fa sì che in periodo di crisi la presenza migrante abbia garantito, per il 2013, un "saldo positivo" sulla bilancia dei pagamenti di circa 1 mld e 500 milioni di euro.

Una cifra senza la quale il crollo del Pil nostrano assumerebbe caratteristiche ancor più catastrofiche. L'invecchiamento della popolazione italiana fa inoltre si che una parte consistente dei trattamenti pensionistici erogati a cittadini autoctoni, grillini o padani che siano, sussistono anche grazie alla presenza di lavoratori e lavoratrici migranti che difficilmente riusciranno ad andare in pensione recuperando i contributi versati.

Con molti Paesi non esiste infatti accordo di reversibilità o di esportabilità della pensione né di cumulo con quella che si maturerebbe nel proprio paese di origine. Insomma trattasi di contributi regalati agli italiani, quelli che, secondo l'autorevole nostro ministro dell'Interno, debbono sempre venire prima. Laddove l'accordo fra paesi esiste vale la riforma Fornero, quella che allieta anche le nostre pregiate vite, quindi è ben lontano il tempo in cui potranno usufruirne.

C'è poi concorrenzialità sul piano occupazionale con i lavoratori e le lavoratrici stranieri? Si certamente, anche se bisognerebbe adeguare, anche qui, la definizione. C'è un mercato del lavoro al ribasso di cui sono responsabili tutte le innumerevoli riforme a cui questo è stato sottoposto negli anni, al precariato galoppante (altro che flessibilità) alle mille forme di deroga al contratto nazionale.

Ma, se invece di colpire chi è costretto a lavorare con minori tutele e salari più bassi, pena il rischio di divenire irregolari (clandestini) si andasse a colpire chi lucra illegalmente su tale condizione, forse le cose cambierebbero.

Così come cambierebbero, in meglio e anche per gli autoctoni, le modalità di vita e di lavoro di chi è costretto nel sommerso. Ma, nonostante leggi formulate e mai applicate integralmente, chi è al nero si deve ancora nascondere. In caso di controlli da parte degli insufficienti ispettorati del lavoro, a rischiare è il lavoratore o la lavoratrice.

Il padrone (è improprio parlare di datore di lavoro) è colpito solo in caso di "grave sfruttamento" o "riduzione in schiavitù", quanto è grave lo sfruttamento e quanto è reale la schiavitù lo stabilirà un giorno un giudice, nel frattempo espulsioni per chi è stato sfruttato e non è in regola, nessun problema per chi commette simili odiosi reati.

Stefano Galieni

CHE SINDACATO!

Che senso ha ancora, o meglio a cosa è mai servita, la logica concertativa del sindacato di fronte alle illegalità dei governi. Il sindacato ci serve, quello che s'impegna a conoscere le condizioni di lavoro e ne contratta il miglioramento. Non servono certi sindacalisti, quelli come Bonanni che si fanno le pensioni d'oro cone quelli dei privilegiati rapporti con le amministrazioni aziendali e quelli ubbidienti nei luoghi di lavoro, delle promozioni facili, quelli incapaci di vedere il presente e costruire ogni giorno il futuro dei prossimi anni.

Il governo: evasore contributivo, truffatore, strozzino

Ciclicamente i giornali, le televisioni, i soliti professori universitari nonché il noto politico di turno ci ricordano (citando i dati europei piuttosto che l'OCSE, organizzazioni che hanno fatto fallire mezzo mondo) che il sistema previdenziale italiano sarebbe sull'orlo del collasso.

Tra i pensionati scatta il terrore che la loro pensione non sarà più pagata e tra i giovani l'idea che non avranno mai .

Come sempre la disinformazione è la cifra di questa dittatura mediatica che acconsente il passaggio delle sole notizie che fanno comodo e quando non sono utili o si ignorano o si falsificano. E' il caso dell'INPS.

Grande enfasi è stata data alla notizia che la grande INPS, che oggi unifica il sistema previdenziale del lavoro pubblico con quello privato, ha un bilancio in deficit di quasi 10 miliardi di euro.

Assolutamente vero, peccato che i pennivendoli dei grandi mezzi di comunicazione omettano di dire quali sono le cause di questo deficit, informando che il responsabile è lo Stato che per decenni, nel ruolo di datore di lavoro, non ha mai versato i contributi dei propri dipendenti.

Ma lo Stato evasore è anche Stato usuraio, Come Totò che truffando il bottegaio si riprendeva sia il danaro del pagamento che l'ipotetico resto, il governo italiano, che è debitore moroso verso la cassa previdenziale in qualità di datore di lavoro, si ripresenta come fisco offrendosi di prestare soldi all'INPAD creando nel bilancio di questo istituto un debito verso lo Stato. Mazziati e cornuti! Mitico. Da un lato evasore e dall'altro strozzino.

Vediamo con ordine e documentiamo quanto detto.
Il Governo italiano per i trattamenti pensionistici dei dipendenti dello Stato non ha mai versato una lira di contributo previdenziale a nessun fondo sino al 1 gennaio 1996.
Nello stesso tempo però incassava in entrata i contributi dei lavoratori. Sino a questa data comunque pagava direttamente le pensioni e il sistema era in equilibrio.

Dal 1996 è stato creato presso l'INPDAP il fondo per i dipendenti dello Stato (CTPS) quindi da questa data lo Stato paga i contributi come ogni altra azienda. Ma per il pregresso? Nulla. Infatti, non è previsto alcun trasferimento del capitale contributivo che lo Stato avrebbe dovuto accantonare come ha fatto ogni altro datore di lavoro. Contemporaneamente però all'INPDAP è imposto di pagare le pensioni anche per i soggetti ai quali lo Stato non ha versato una lira di contributi previdenziali.

La truffa si è poi conclusa quando con legge finanziaria del 2008 si esclude ufficialmente ogni apporto finanziario da parte dello Stato alla cassa delle pensioni statali. E se non paga il datore di lavoro "evasore", chi paga? "Pantalone" ovviamente, ovvero i lavoratori dipendenti del settore privato. Perché lo Stato che da una parte è evasore e non ci pensa nemmeno a saldare il proprio debito, dall'altro è "strozzino" e si offre di prestare soldi all'INPDAP. Questi prestiti a strozzinaggio eufemisticamente vengono chiamate "anticipazione".

Per capire la dimensioni di questa truffa si tenga presente che il "prestito" è passato da 5,6 miliardi di euro del 2009 a 8,4 miliardi di euro del 2011. Si ascolti bene: quando il governo Monti impone il passaggio dell'INPDAP all'INPS il montante dei cosiddetti prestiti all'INPDAP della Stato "evasore e strozzino" ammontavano a ben 25 miliardi.

CONTINUA A PAG. 37

Il governo evasore

CONTINUA DA PAG. 36

Questo fardello è la causa del disavanzo patrimoniale INPDAP, iscritto nel bilancio di chiusura della cassa dei pubblici dipendenti che in questo modo viene scaricata sull'INPS senza menzionare il debito dello Stato.

Ma udite, udite, con il gioco delle tre carte dove vince sempre il baro, il Governo con la legge di stabilità 2012 del governo Monti, istituisce con oneri a carico della fiscalità generale "la Gestione degli interventi assistenziali e di sostegno della gestione previdenziale" (GIAS) chiamata a pagare una parte delle pensioni dei pubblici dipendenti.

Quindi il proprio debito, prima l'ha scaricato sui lavoratori, poi quando è diventato enorme, l'ha trasferito sulla collettività mettendolo nella voce "assistenza", togliendolo dalle spese correnti del personale, facendo quindi un falso in bilancio perché i contributi sono dovuti e non carità. Iscrivendo il proprio debito nel capitolo assistenza si tolgono risorse ai veri interventi assistenziali quali ad esempio disoccupazione e sostegno al reddito per le fasce deboli della popolazione. Nel contempo si traferisce un pesante disavanzo finanziario di quasi 10 miliardi all'incolpevole INPS. Una scelta politica che però aiuta a supportare, di fronte all'opinione pubblica, i tagli alle pensioni ed avviare la privatizzazione del sistema previdenziale.

Potremmo chiudere qui. Ma nella speranza che un giorno la pena per questi governanti truffaldini possa essere più pesante possibile, ricordiamo l'altra parte di questa grande truffa attuata dai vari Governi contro i lavoratori e le lavoratrici che hanno accantonato i propri risparmi al fine di avere la pensione a sostegno della vecchiaia.

E' bene ricordare che il fondo pensioni del lavoro dipendente non produce nessun disavanzo grazie al versamento dei propri contributi, al contrario dei deficit dei fondi pensioni dei dirigenti, del clero e dei lavoratori autonomi di cui nessuno parla.

Ovviamente nei decenni passati l'INPS ha investito molte delle proprie risorse economiche accantonate acquistando immobili. Perché l'INPS non specula in borsa come i fondi previdenziali integrativi gestiti da CGIL CISL e UIL.

Cosa è successo nei decenni scorsi e si ripeterà nei prossimi mesi? Che i Governi, cioè gli stessi che blaterano di libero mercato e si dicono preoccupati del deficit dell'INPS, espropriano i lavoratori e le lavoratrici del patrimonio immobiliare di loro proprietà, (acquistati con i contributi trattenuti dalle busta paga) per ripianare il debito dello Stato.

Ma provate a immaginare cosa accadrebbe se lo Stato si appropriasse delle proprietà immobiliare delle Assicurazioni o delle Banche? Si parlerebbe di bolscevichi. Se invece si rubano ricchezze ai lavoratori, beh che dire… è la crisi.

Ricapitolando. Da un lato lo Stato non paga i contributi per i propri dipendenti, poi presta i soldi all'INPDAP, quindi espropria le case di proprietà dell'ente previdenziale per pagare il proprio debito pubblico, mettendo in crisi l'INPS.

Oggi siamo di nuovo all'ennesimo furto. La Legge di Stabilità 27 dicembre 2013, n. 147 ha stabilito un programma straordinario di cessioni di immobili pubblici.

Le unità immobiliari dell'Inps sono 25.440 per un valore di circa 2,4 miliardi di Euro. Difendiamole, sono soldi nostri.

Svegliamoci contro questi governi che non pagano i loro debiti e che rubano i nostri soldi accantonati per pagarci le pensioni. Mentre "loro", con le nostre tasse, si pagano vitalizi senza badare a spese.

Maurizio Scarpa

USB 31/10/2014

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

Il circolo di Nichelino
di Rifondazione Comunista

DENTISTA SOCIALE

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

una tazzina nutriente
gusto, qualità, solidarietà

cafè REBELDE

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

inserzione concessa gratuitamente

officina AURORA
l'autosicurezza

via Principe Tommaso 12 Torino 011.658080

inserzione concessa gratuitamente

IDRAULICA STAGLIANO'
Telefono 327.6546432
preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente

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

inserzione concessa gratuitamente

Hiv e Aids Pandemie

Abbiamo strumenti di prevenzione efficaci, il test diagnostico, le terapie salva vita, che a loro volta azzerano il rischio di trasmissione. Eppure In Italia ogni anno abbiamo ancora oltre 4mila nuove infezioni certificate, e di Aids si muore ancora anche qui, dove ben più della metà delle diagnosi di Hiv sono a persone la cui salute è già notevolmente compromessa.

L'allarmismo globale per la comparsa di Ebola in alcune regioni africane, per il timore che possa divenire pandemia, ha anche contribuito a riaccendere i riflettori su Hiv e Aids. Il paragone è stato immediato, a volte fuori luogo, ma è innegabile che la storia delle relazioni fra umanità e epidemie conosce un'evoluzione di cui l'Hiv è una tappa importante. Ma in continua evoluzione. Eventi e appuntamenti italiani e internazionali verso la Giornata mondiale di lotta contro l'Aids.

L'Hiv/Aids è un caposaldo nella storia della medicina e degli interventi globali di sanità pubblica, un'emergenza sanitaria globale causata da un virus inedito solamente 30 anni fa. Nel giro di una decina di anni sono stati sviluppati i farmaci necessari a impedire la mortalità per Hiv.

Abbiamo strumenti di prevenzione efficaci, il test diagnostico, le terapie salvavita, che a loro volta azzerano il rischio di trasmissione. Eppure l'Aids è ancora la causa di morte più importante nel continente africano, con un milione di vittime ogni anno. Persone giovani, che dovrebbero rappresentare il futuro, ma che non hanno accesso a terapia o prevenzione. In Italia ogni anno abbiamo ancora oltre 4mila nuove infezioni certificate, e di Aids si muore ancora anche qui, dove ben più della metà delle diagnosi di Hiv sono a persone la cui salute è già notevolmente compromessa.

La pandemia persiste nonostante i progressi clinici, nell'Est Europa e in Asia centrale si denuncia da tempo la crescita esponenziale delle nuove infezioni, dato in assoluta controtendenza rispetto al resto del globo, e le cause sono note. Stigmatizzazione, sommerso, criminalizzazione. Intere popolazioni escluse dall'assistenza sanitaria: è una rinuncia a intercettare il virus, a fermare la pandemia. Con in più la schizofrenia di chi poi vorrebbe il test obbligatorio e la messa alla gogna, oltre che in quarantena, delle persone con Hiv. O di chiunque abbia una qualsiasi malattia infettiva, come ha chiesto addirittura il sindaco di Padova, con toni medioevali.

Salute e sicurezza sanitaria sono temi globali. Non possono essere gestiti in assemblee di condominio, richiedono capacità di intervento e autorevolezza, senza dimenticare il rispetto delle persone.

A ridosso del 1° dicembre, Giornata mondiale di lotta contro l'Aids, Roma sarà il centro delle attività europee della lotta contro Hiv e Aids.

Sempre nei giorni precedenti il primo dicembre si tiene la European Testing Week, la Settimana Europea del Test.

www.lila.it

DOCUMENTAZIONE SULLE TROPPE OMERTA' DI QUESTO SETTORE DEL MONDO SCIENTIFICO

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

in libreria

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST

Ospedale Amedeo di Savoia
C/SO Svizzera 164 TORINO
011/4393788
tram: 3, 9; bus 59, 60

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

Informazione e disinformazione

L'Ebola e le chiacchiere in occidente

Nei Paesi occidentali, in particolare in Italia, dove ancora ci sono sistemi sanitari adeguati a prevenire e curare (fino a quando non entrerà all'opera il criminale accordo TTiP Europa/USA) ad oggi è entrato solo l'allarmismo mediatico.

Da mesi, l'epidemia di Ebola fa parte dell'attualità.

Si vedono certamente immagini scioccanti ma nessuna analisi di fondo del problema. Perché un'epidemia di tale ampiezza?

Per " Solidaire", alcuni studenti di medicina si sono immersi nella questione. Eccone un riassunto.

L'epidemia di Ebola che attualmente imperversa in Africa Occidentale è in misura notevole la più importante epidemia che l'Africa abbia mai conosciuto. Il 26 settembre scorso si contavano già 6.263 vittime di cui 2917 decedute. Ma le conseguenze vanno molto più lontano. Tutto il sistema di cure della Sanità nei paesi interessati è bloccato. I medici e gli infermieri scappano per paura di essere contaminati: in effetti non ci sono abbastanza strumenti di protezione. E' per questo che, in questi ultimi mesi, si è potuto ugualmente constatare un aumento di altre malattie, come ad esempio la malaria. Cos'è dunque questo virus che causa così tanti morti e perché non si riesce a controllare l'epidemia?

Ebola, una malattia della povertà

Le malattie infettive come Ebola sono quelle che chiamiamo " malattie della povertà " : si producono principalmente in paesi, regioni o gruppi di popolazione poveri. Non è un caso se l'attuale epidemia di Ebola tocchi precisamente tre dei paesi più poveri al mondo. La Liberia, La Guinea e la Sierra Leone figurano rispettivamente ai numeri 175, 179 e 183 sulla lista dei 187 paesi dell'indice di sviluppo umano delle Nazioni Unite. Diversi fattori rendono questi paesi più vulnerabili.

Prima di tutto, nell'Africa Occidentale, la popolazione è in generale meno resistente ai germi patogeni. Le persone in effetti soffrono di malnutrizione, la qual cosa indebolisce il loro sistema immunitario. Poi la propagazione è favorita dalla mancanza di acqua incontaminata e dalle condizioni di vita poco igieniche. Infine il sistema della Sanità è fortemente sottosviluppato.

E' qui la chiave nel trattamento di questa epidemia. La strategia più efficace per contenere l'attuale epidemia di Ebola è l'identificazione delle persone infettate per isolarle e curarle, seguita dalla ricerca e dall'esame dei loro contatti per fermare la catena di trasmissione. E' anche in questo modo che le precedenti apparizioni di Ebola sono state combattute. Si tratta dunque di misure che, in sé, sono semplici, ma che esigono un perfetto coordinamento. Le strutture delle cure della Sanità di prima linea sono a questo punto cruciali.

Questione di solidarietà

In altre parole, i paesi dell'Africa Occidentale mancano di mezzi. Di mezzi sì, ma anche di persone. Médecins sans Frontières sono stati i primi a suonare il campanello d'allarme. Il 24 giugno già lanciavano l'allarme: l'epidemia non era più controllabile e le équipes sul posto erano al limite delle loro possibilità. Lanciano un appello alla mobilitazione massiccia per fornire mezzi materiali e umani alla regione. Ma il silenzio è rimasto assordante.

Il solo paese che ha reagito immediatamente è stata Cuba. Una notizia che riscalda il cuore. Proprio come per le inondazioni in Pakistan o il Terremoto ad Haiti, il piccolo paese del Terzo Mondo ha mostrato ciò che può fare una società solidale. 165 professionisti della sanità andranno per sei mesi a rafforzare alla base la lotta delle autorità – ciò raddoppierà il numero dei professionisti stranieri presenti sul posto. Margaret Chan ha ringraziato e reso omaggio ai cubani :‹‹ Cuba è mondialmente reputata per formare dei medici e degli infermieri eccellenti e per la generosità del suo aiuto verso altri paesi in sviluppo.››.

Malattie "trascurate"

Amit Sengupta, del movimento internazionale People's Health Movement, ha seguito gli avvenimenti da vicino. ‹‹ Il problema non risiede nella

CONTINUA A PAG. 41

Ebola e chiacchiere in occidente

CONTINUA DA PAG. 40

patologia della malattia, ma nella patologia della nostra società e dell'architettura politica ed economica globale ›› , spiega. Come esempio cita il disinteresse della ricerca farmaceutica: ‹‹ Conosciamo il virus Ebola già da quarant'anni: Pertanto non c' è mai stato il vaccino o dei medicinali messi sul mercato. Nessuna casa farmaceutica è interessata ad un medicinale per una malattia che tocca solamente i poveri. ›› Un solo medicinale contro Ebola è stato analizzato in questi ultimi anni, il famoso ZMapp, sempre allo stadio sperimentale.

Ebola in effetti fa parte di quelle malattie dette ‹‹trascurate ››. Come la malaria, la tubercolosi, la Khala Azar, la malattia di Chagas e molte altre. Queste malattie sono tralasciate dall'industria della ricerca perché non possono smorzare sufficientemente la sete di profitto delle multinazionali farmaceutiche.

Responsabilità

La lentezza della reazione dell'OMS è anche il sintomo di un problema più grande. The Lancet, la celebre rivista medica, ne attribuisce la responsabilità agli stati membri che finanziano l'OMS. In questi ultimi anni, ne hanno ridotto il budget. Di conseguenza, questi ultimi due anni, il budget per le crisi le epidemie è stato diminuito, da 469 milioni nel 2012-2013 a 228 milioni nel 2014-2015. La crisi di Ebola mostra cosa può succedere nel momento in cui la Sanità Pubblica non è più una priorità per lo Stato.

La responsabilità dell'Occidente non sarà mai sufficientemente sottolineata. Per la riduzione dei contributi all'OMS, per il disinvestimento della ricerca farmaceutica, per avere ignorato gli appelli di urgenza di MSF e dell'OMS e dei paesi interessati. Ma soprattutto: per la storia secolare di sfruttamento, di colonialismo e neocolonialismo. Senza la stretta economica dei debiti e dei rapporti commerciali iniqui, questi paesi avrebbero

potuto svilupparsi da tempo: dispositivi sociali, sistema di insegnamento ben organizzato, miglioramenti delle infrastrutture, cure della salute di prima linea accessibili … Solo se l'Africa Occidentale si svilupperà potrà gradualmente riprendere forza e affrontare epidemie come Ebola.

Una nuova malattia?

Ebola non è una nuova malattia. E' stata registrata per la prima volta nel 1976 in Sudan e nella Repubblica Democratica del Congo. Il belga Peter Piotr è stato uno dei primi ad occuparsi della questione. In Congo l'infezione è apparsa vicino al fiume Ebola, da cui il nome dato al virus. Dal 1976 sono stati registrati 24 focolai d'infezione. Si suppone che la popolazione africana sia stata colpita dalle infezioni di Ebola da più di quarant'anni. Per molto tempo, sono rimaste non registrate nelle comunità rurali.

Trasmissione

Il modo di trasmissione più conosciuto è la contaminazione da umano a umano, attraverso il sangue e altri liquidi corporali. La cura dei pazienti deceduti è a questo proposito molto a rischio. Secondo certe ipotesi, l'uomo potrebbe contrarre il virus attraverso una specie particolare di pipistrelli frugivori (via saliva o deiezioni sui frutti). Si ritiene che anche gli scimpanzé , i gorilla, le piccole scimmie, le antilopi e i porcospini siano fonti di contagio animali. Dato che la possibilità di una fonte di contagio animale non è stata ancora sufficientemente rinforzata scientificamente, la prevenzione e il controllo restano molto difficili.

Quali sono i sintomi di Ebola?

Ebola comincia in modo tipico con un rapido aumento della febbre, brividi e malessere generale. Altri sintomi sono debolezza, diminuzione dell'appetito e forti mal di testa. La manifestazione clinica di Ebola è straordinaria con una rapida progressione dell'infezione verso la morte delle cellule e dei sintomi come sanguinamenti interni ed esterni, vomito e diarrea. Il tasso di mortalità è elevato, e varia tra il 50 e il 90%.

Tim Jov, Lien Mertens
Jakob Christiaens

essere o apparire?

Lavoro, psiche &Selfie

Alcune considerazioni sulla lettera pubblicata nel numero precedente di Lavoro e Salute. Altri contributi nel prossimo

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

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

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

lettera firmata

Le modalità con le quali oggi si comunica, o si crede di comunicare, i propri stati d'animo sono in veloce e incontrollata evoluzione, cambiano di giorno in giorno dando sempre di più l'opportunità al singolo di esprimersi e di emergere come meglio crede, proponendosi a secondo di quanto vuol comunicare e far apparire della propria persona, spesso e volentieri utilizzando citazioni e aforismi di altri.

Non vengono prese in considerazione i gradi di esposizione, nell'immaginario altrui, ai quali ci si sottopone di fronte a chi legge, i quali a loro volta cliccano "mi piace" e commentano con pareri e considerazioni estemporanee e consigli di comportamento, non conoscendo di fatto chi si sottopone. Amico/a o collega di lavoro che sia, non cambia. Ma a quanto pare moltissimi sono disposti a sopportare eventuali equivoci e una distorsione della propria personalità e degli stati d'animo, profondi o contingenti, pur di apparire sentendosi al centro dell'attenzione.

Non intendiamo giudicare chicchesia o fare i censori del fare altrui ma forse il problema è ben più grande e subdolo, riguarda la società dell'immagine e il modo in cui essa spaccia il messaggio di cosa sia giusto o meno fare, di cosa possa creare relazioni empatiche.
La domanda è diretta a tutti: fino a che punto, in rispetto della nostra solitudine, cercata o imposta, siamo disposti ad arrivare prima di rischiare di farci fraintendere e addirittura di svenderci del tutto al web, non sapendo che le nostre immagini non sono più di nostra proprietà?

I selfie degli adulti sono l'espressione di una personalità narcisistica che ha trovato il viatico ideale sul web?
A leggere alcuni studi psicologici il narcisismo è definito un disturbo della personalità caratterizzato da insicurezza e dalla mancanza di empatia verso gli altri ma nel contempo il web (facebook come prima scelta) alimenta in parallelo e senza freni l'esplicita richiesta di conferma agli altri, nella propria lista di amici, della propria personalità narcisistica. Risulta facile, troppo, e quindi invoglia tutti a dare un'immagine di sé e della propria vita, delle proprie fattezze, raccogliere facilmente consensi, vedi i "like" di Facebook. Spesso Anche messaggi di disagio e dolore che di persona risulterebbe difficile trasmettere e comunque sottoporsi al confronto e a verifiche di fatto.

Quindi spesso il selfie è un funzionale strumento in una sorta di richiesta velata di attenzione che consente di mostrare se stessi come si vorrebbe ma non si è nella sostanza. Come gli stessi post che ci svelano agli altri nelle attività quotidiane più varie.
Si può parlare già di sindrome da selfie con disturbi correlati? Esistono già indagini avvertono del pericolo sull'uso eccessivo del web come palcoscenico, si ipotozzano patologie come depressione, iperattività, voyeurismo e dipendenza invalidante da internet.
La sindrome da selfie, non vissuta come tale, rappresenta un riflesso della propria solitudine, oppure uno specchio confessionale autogratificante?

Di certo questo protagonismo virtuale non costruisce un pensiero collettivo e tanto meno un'azione mirata e funzionale all'affermamazione della personalità di soggetti sottoposti a dure pressioni concrete (mica virtuali) durante la giornata di lavoro, di socialità familiare e di relazioni amicali.
La domanda "*è una nuova moda per analizzarsi, invitare tutti a mascherarsi. O confessione della propria solitudine depressiva?*" è tesa a interloquire pur affermando che le praterie della virtualità ci rendono protagonisti passivi di questo stato di cose che difatti combattiamo col lamento.

La truffa del debito pubblico

Il nuovo libro di Paolo Ferrero

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

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

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

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

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

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

Noi da 30 anni

E siamo all'ultimo numero del trentesimo anno di pubblicazione di Lavoro e Salute cartaceo, e al sesto anno del sito web www.lavoroesalute.org.

Questo giornale continua testardamente a esistere, e resistere, consolidando il record di longevità sul territorio nazionale per quanto riguarda i mezzi d'informazione autoprodotti nel mondo del lavoro pubblico e privato in tutti i settori produttivi. E' il risultato di una profonda convinzione: o ci raccontiamo o saremo sempre più raccontati distorcendo la nostra opera di operatori della salute.

In questi ultimi dieci anni il brutto racconto che hanno fatto di noi è stato talmente persuasivo che è riuscito a farsi addirittura memoria collettiva, quasi azzerando la nostra personalità di soggetti pensanti, la nostra contrattualità. La stessa professionalità ci è stata declassata a manodopera spicciola e quindi poco significativa, a volte raccontata anche come controproducente per la salute dei cittadini, i quali sono invitati spudoratamente dalle politiche dei governi a rivolgersi in quegli spazi privati vergognosamente sponsorizzati e gonfiati coi finanziamenti, mentre ogni anno vengono ridotti drasticamente al Servizio Pubblico.

Noi in questi trent'anni di informazione sul campo abbiamo tentato, e tenteremo ancora per tanti anni, di dare elementi di conoscenza dei fatti che ogni volta ci cadono addosso senza nessuno avviso preventivo della loro pesantezza per il nostro lavoro e quindi per la stessa nostra capacità di operare per il bene della salute dei cittadini.

In un Paese onestamente democratico i percorsi politici volti al governo del lavoro, ancor di più per quello di cura, dovrebbero dare modo ai diretti interessati, lavoratori e fruitori del loro lavoro, di intervenire negli spazi costituzionali previsti: sindacato e istituzioni territoriali, per permettere la possibilità di confronto, proposte d'intervento critico in base all'esperienza quotidiana. Così non è!

Questo stato di cose contribuisce alla pianificata volontà di farci fuori come soggetti pensanti e operanti per il bene collettivo.
E questo stato di cose obbliga noi bersagli di queste politiche a non fare da spettatori inermi e tentare, perlomeno, di difendere la dignità professionale.
Lavoro e Salute lo ricorda in ogni numero, nei suoi racconti e nelle sue opinioni.

redazione

30° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

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

Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo

Redazione: *info@lavoroesalute.org*

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

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

N° chiuso in redazione: 19-11-2014
Suppl. alla rivista M. D. - n° 207

Pubblicati 217 *numeri*
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1533 *autori*
- 1138 operatori sanità
- 149 sindacalisti
- 53 esponenti politici
- 193 altri

Stampate 702mila *copie*
- 498mila ospedali e ambul.
- 132mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. naz.

sul web: www.lavoroesalute.org

Racconti e Opinioni lavoroesalute online www.lavoroesalute.org

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