Anno 32 ***n.3 maggio 2016*** 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*

Racconti e Opinioni
lavoroesalute
www.lavoroesalute.org

Airaudo sindaco
Pensaci, vedrai che altre alternative credibili al PD non ce ne sono. **VOTA**
inserto all'interno

Vedo tutto, ma che ci posso fare?

Le condizioni sui luoghi di lavoro, stanno sempre più peggiorando. Tutto ciò che gira intorno a noi è impalpabile. Il che fare riparte dalla critica pubblica e dalla ribellione all'esistente

pag. 2, 3, 4

storie di ordinaria corsia
pag. 9

Che fine faremo se ci sarà il TTIP?

Marilena Pallareti
a pag. 22

Jobs Act. Storia di inganni, furbizie e apparenze falsificanti

Umberto Romagnoli
a pag. 20

Appalti e voucher, due referendum di civiltà

a pagina 46

SISTEMI SANITARI REGIONALI Guidati verso la privatizzazione e sensibili alla corruzione
a pag. 5

Appalti e sfruttamento in Piemonte
a pag. 6

Val Susa: i cittadini parlano in un questionario del PRC sulla sanità
a pag. 7

L'aspetto criminale della austerità pensionistica
a pag. 14

Lo stress da lavoro, questo sconosciuto in Italia
a pag. 17

Infermieri senza frontiere: un esempio di professione sociale
a pag. 26

Racconto. Monologo di un etilista
a pag. 36

La condizione di migliaia di italiani che convivono con il virus dell'Epatite C
a pag. 38

Testimonianza: essere malati neuroinvisibili
a pag. 42

Basaglia, il dottore rivoluzionario
a pag. 43

E altro nelle 48 pagine

SCUOLA
TRIVELLE
INCENERITORI
BENI COMUNI
REFERENDUM SOCIALI

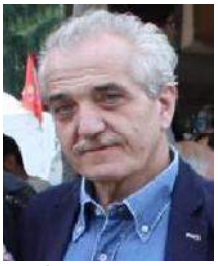
REFERENDUM CONTRO L'ITALICUM PER LA DEMOCRAZIA
FIRMA E SCEGLI IL TUO FUTURO

NO REFERENDUM MODIFICHE COSTITUZIONALI
COMITATO PER IL NO

a pagina 48

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

editoriale



di *franco cilenti*

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

Tutto vero, che ci posso fare?

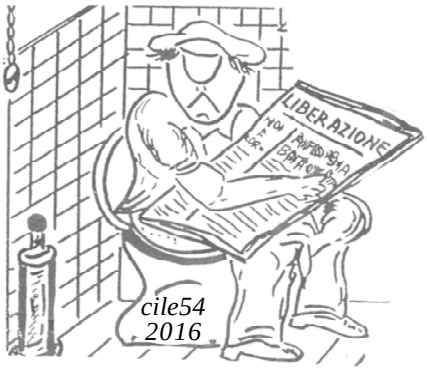
Ogni giorno verifichiamo uno stato di prostrazione generale crepato solo da atti di maniacale apparente stato di benessere, che nulla ha a che fare con il vivere la quotidianità del lavoro. Un mondo del lavoro vissuto in forma individuale senza interesse per una serie di lotte che lo hanno scosso, mentre le condizioni peggiorano e la disoccupazione dilaga amplificando sconforto e rassegnazione, un disinteresse, accentuato dalla disinformazione e malainformazione, che impedisce di raggiungere la consapevolezza del fatto che quando i lavoratori si mobilitano riescono anche a fermare la corsa verso il dirupo della disperazione e a riflettere sulle divisioni che ci mettono gli uni contro gli altri.

Accomodarsi in una virtuale poltrona e sentenziare masochisticamente: "*Mi rendo conto della situazione ma che ci posso fare*?". La risposta, sta nel riuscire vedere quel che ci vogliono nascondere. E' vero, non siamo noi a decidere i tempi di lotta, spesso riusciamo solo a dare una risposta post danno, ma nel contempo ci dovremmo essere consapevoli che dobbiamo attivamente "sporcarci le mani", perché comunque ce le sporchiamo col silenzio, dimenticando la nostra condizione materiale che sui grandi numeri ci dice che la ricchezza è detenuta dall'1% della popolazione mondiale.

All'interno di questo quadro l'Italia si distingue per diseguaglianze sociali tra le più crudeli, sul fronte della democrazia politica, della malainformazione e della malgiustizia. Per quanto riguarda la salute, il picco dei 68.000 decessi nel 2015 sono il più importante macroindicatore dello stato di salute di una popolazione sottoposta da oltre vent'anni ad interventi di malagestione e di tagli sulla sanità pubblica, senza dimenticare che il contesto sanitario è il luogo terminale di un processo di debilitazione che riguarda tutti gli aspetti del nostro modo di vivere. Quanto inciderà il voto del Parlamento Europeo che alza di oltre il doppio i limiti per le emissioni di ossido di azoto per i motori diesel Euro 6, portando a 168 mg per km contro gli 80 previsti nel 2007?

In Italia il clima sui luoghi di lavoro, privato e pubblico ormai senza nessuna differenza, sta rapidamente peggiorando: le aziende hanno sempre maggiore discrezionalità nei rapporti di lavoro con conseguenti diritti negati, mobbing, demansionamento, punizioni e licenziamenti.

SI PUO FARE DI PIU'?



Certo che si può, basta poco, basta fare qualcosa più del niente che ognuno di noi sta facendo. Come lavoratori basterebbe chiedere conto al sindacato delle perdite di stipendio e diritti che abbiamo subito. Come cittadini basterebbe smetterla di regalare il voto ai partiti di governo, ladri di stipendio e diritti. Ma anche a quelli che ci dicono di guardare le cinque stelle mentre loro di nascosto copiano quei partiti.

Sono le nuove generazioni ad essere profondamente colpite, nell'immediato quanto nel futuro, se non si porranno oggi le basi per uscire dalla guerra unilaterale al lavoro e dalle politiche di ristrutturazione, come i processi di riforma del mercato del lavoro che hanno disegnato i modelli contrattuali cosiddetti "a tutele crescenti". Intanto la disoccupazione giovanile è arrivata ben oltre il 45% dei dati ufficiali, in quanto tiene conto soltanto di chi sta attivamente cercando lavoro, trascurando chi vi ha rinunciato.

Altra grande innovazione è definito il "lavoro agile" tramite la collocazione logistica del telelavoro. In realtà si tratta di cacciata vera e propria dalla comunità del lavoro che ha un unico obiettivo: liberare le aziende dai "lacci e lacciuoli", come vengono chiamati dagli imprenditori i diritti e le tutele contrattuali. Come acutamente si è chiesto un giuslavorista "*Se non esiste una sede fissa di lavoro, cosa resta del concetto di orario normale di lavoro? Cosa ne è dei diritti relativi alla reperibilità, allo straordinario, al lavoro notturno, al riposo compensativo? Se le aziende non sono nemmeno obbligate a predisporre gli strumenti di lavoro, su chi pensiamo che ricadranno tutte le altre spese, quelle di luce, riscaldamento, connessione, pasto e via dicendo comunque necessarie allo svolgimento della prestazione di lavoro? Ma ancora più grave: se non si sa quale è il posto di lavoro, cosa ne è del rispetto delle norme di sicurezza e della responsabilità dell'azienda nei confronti dell'ambiente di lavoro?*".

Già, che ne sarà della dignità della persona che si troverà a produrre senza essere riconosciuto come entità fisica?

Un Paese in mano a serial killer. Fa rabbia leggere allarmi sulle morti nei luoghi di lavoro solo quando ci sono incidenti mortali eclatanti. Nel 2015, in rapporto alle ore lavorate, sono morti tanti

CONTINUA A PAG. 4

editoriale/2

di Antonio Recanatini

I luoghi comuni

Ogni tratto della nostra storia deve fare i conti con la maledizione dei luoghi comuni. Qualcuno, come lo scrittore Marcello Fois, concorda nel dire che i luoghi comuni sono il centro del nostro mondo:
frasi e spazi condivisi.
Perché "dentro queste case che siamo, resta il peso di ciò che abbiamo detto ma anche di ciò che non abbiamo osato dire.
Le parole di troppo e quelle mai pronunciate...".
Credo sia dannoso valutare un solo riflesso di una prassi, del resto, ogni farmaco ha le sue controindicazioni.

Viviamo in un tempo difficile, a un passo dall'impossibile, tutto ciò che gira intorno a noi è impalpabile, le stesse prove, che un tempo servivano a rafforzare le ragioni, appaiono semplici e nude, insufficienti. Solitamente indichiamo il paradosso come contrario del luogo comune.
In Italia, il luogo comune è un incentivo per classificare le opinioni, quasi un metro di valutazione, un rendiconto,
una risposta dettata dai canoni imposti. Addirittura, possiamo contare su un elenco infinito di detti e di dettami.
Mi suggestiona molto, nel nostro lessico classico, quel "che ci vuoi fare?" Spesso inserito solo per raffigurare l'impotenza di fronte allo stato di fatto.
"Che ci vuoi fare?" Quindi, impotenza e accettazione.
Lo dicevamo anche durante la dittatura, quando i padroni trattavano da schiavi gli operai. "Che ci vuoi fare?" Bisogna pur mangiare. Oggi è doveroso sottomettersi al padrone per tirare avanti, altrimenti si rischia il fallimento.
Allora? "Che ci vuoi fare?"
E quando parliamo a più persone, ognuno sente il dovere di ripetere, almeno una volta nella vita. "che ci vogliamo fare?"
L'accettazione diventa un luogo comune, come lo svendersi.
Il passaggio è molto più breve di quanto la nostra ragione possa immaginare. Ormai è costume svendersi per un posto di lavoro, per un posto meno freddo.
Chinare il capo, chiedere raccomandazioni, donare il corpo. Tutto ciò passa per costume di massa, quindi valore e risultato del luogo comune. La dignità diventa un accessorio, un bene superfluo, l'infelicità un luogo comune, un'attitudine.
Bisogna inchinarsi al più ricco, sottostare al comando, ringraziando i padroni per essere stati scelti come schiavi. La morale è stata archiviata da un pezzo e il debole soccombe, di questo passo morirà in ginocchio, mentre chiede un posto al datore di lavoro o chi ne fa le veci.
Il luogo comune è una bomba inesplosa, potrebbe non causare danni, ma ha più potenzialità di un ordigno atomico.
Esso va affrontato, contrastato e abbattuto, ne vale la qualità della nostra vita, per non ridurla in una prigione. A volte o molto spesso, "tanto va la gatta al lardo, che non deve più correre dietro ai topi per mangiare".
Il luogo comune è una delle conseguenze della ideologia piccolo borghese, è una delle conseguenze di 200 anni di capitalismo, che tramite esso consacra il fatalismo; esempio classico: il cattolicesimo. Il luogo comune è il recinto dove pascolano i mansueti, i poveri di spirito, coloro che si sono dati per vinti, non è soltanto una pessima abitudine di un popolo.

RICORDO DI LUIGI MARA

deceduto il 12 maggio

Sentenza definitiva della Corte di Cassazione di condanna degli imputati della ThyssenKrupp.

Luigi Mara ha finalmente avuto ragione. Occorre dedicare a lui questa sentenza e questa vittoria. Sono passati quasi 8 anni dall'inizio del processo con l'accusa di omicidio doloso da parte del Procuratore della Repubblica Raffaele Guariniello. Successivamente la Corte d'Assise d'Appello di Torino ha derubricato l'omicidio doloso in omicidio colposo, pur mantenendo elevate le pene.

In tutto questo Luigi Mara ha avuto una gran parte, con l'aiuto di altri esperti di Medicina Democratica (Thieme e Colombo) ha prodotto un grosso dossier su tutta la vicenda Thyssen, esponendola puntualmente davanti al Tribunale di Torino. Questo grande lavoro si è aggiunto a quello del Pubblico Ministero e degli altri consulenti che è stato in grado di provare la fondatezza delle accuse arrivando alla sentenza finale della Cassazione di ieri in tarda serata. Si consideri che Medicina Democratica è l'unico ente collettivo che è rimasto nel processo fino alla fine, mentre tutti gli altri, enti pubblici e sindacati, hanno accettato una transazione che li escludeva.

Diciamo ancora una volta finalmente e diciamo ancora una volta grazie a Luigi Mara. Grazie Luigi, il tuo lavoro è servito.

Tutti i processi nei quali ti sei impegnato a partire dal primo, ormai lontano nel tempo, contro il Petrolchimico di Marghera hanno portato ad una maggiore determinazione nei famigliari delle vittime e in tutti coloro che lottano per eliminare la nocività nei luoghi di lavoro e nell'ambiente; a richiedere giustizia, sempre e comunque, nonostante i tempi lunghi e le difficoltà di ogni tipo; non solo, ma hanno aumentato anche fra i cittadini una la presa di coscienza dei diritti, in particolare, quello costituzionale di tutela della salute.

MEDICINA DEMOCRATICA NAZIONALE
Milano 15 maggio 2016

Racconti e Opinioni
lavoroesalute BLOG
PAGINE DI LAVORO, SALUTE, POLITICA, CULTURA, RELAZIONI SOCIALI - A CURA DI FRANCO CILENTI
www.blog-lavoroesalute.org
Racconti e Opinioni di Lavoro, Salute, Politica, Cultura, Relazioni sociali
pagine a cura di franco cilenti

Che ci posso fare?

Editoriale

CONTINUA DA PAG. 2

lavoratori quanti nel 2014, ma a non fare notizia è la condizione dei lavoratori: precari, sotto ricatto, sfruttati, che svolgono lavori poco sicuri. Vanno annoverate, nelle analisi sociopolitiche, sindacali e statistiche, anche le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie pubbliche e private che sono strettamente correlate con malattie professionali e aumento mortalità in ospedale. E' possibile dimostrare la correlazione tra il sovraccarico e le restrizioni dei diritti sul lavoro degli operatori sanitari e la crescita della mortalità in ospedale? Certo che sì, ma siamo ancora agli antipasti di un pranzo di gala per i delinquenti che hanno prosperato con la crisi a senso unico.

Il pranzo di gala sarà rappresentato dal trattato TTIP tra USA e Unione Europea che spazzerà via ogni residuo di vita democratica, di protezione legislativa dell'ambiente, di standard di sicurezza sulla salute, a tutto vantaggio delle multinazionali, a cui verrebbe dato un potere imperiale. Ce ne stiamo accorgendo? Non crediamo proprio nonostante Facebook e i social, spazi e strumenti di discussione per una cerchia ristretta della popolazione italiana. Forse anche questa cerchia ristretta che delega alla rete la propria soggettività relazionale, fisica e intellettiva dovrebbe riflettere, in una società indotta al consumo delle immagini, sull'invasività con cui il potere utilizza l'immagine per condizionare le nostre scelte di vita.

Una riflessione che richiama alla responsabilità dei media che determinano condizionamenti del nostro immaginario, ma richiama anche alla nostra responsabilità di soggetti pensanti. Il web, è una grande risorsa per combattere il potere mediatico del Pensiero unico? Non ne siamo convinti se la considerazione è totalizzante perché è lo stesso invasivo messaggio sulla meritocrazia, considerata dalle retoriche dominanti il rimedio di ogni male e l'unico criterio di giustizia compatibile con l'efficienza e lo sviluppo di una società. Ma, guarda caso, da quanto hanno iniziato a produrre il virus della meritocrazia, come della flessibilità, il mondo del lavoro è stato impoverito e violentato da una crescente corruzione basata sul silenzio/assenso e se prima la povertà riguardava soprattutto gli anziani, ora riguarda anziani e giovani: minori, ma anche quei 20enni e 30enni che non riescono a lasciare la casa dei genitori perché privi di un'indipendenza economica.

Il dramma della disoccupazione di massa, si unisce oggi, da un lato a una crescita dei fenomeni di povertà, anche fra chi lavora, dall'altro a un più ampio senso di precarietà del lavoro. Oggi la deregolamentazione normativa e la frammentazione del lavoro rendono a volte più difficile distinguere chiaramente l'occupato dal disoccupato, riproponendo per alcuni versi la fragile condizione del lavoro salariato della prima metà del Novecento.

Senza ricambio generazionale risulta ovvio lo stato di prostrazione degli occupati vecchi, stabili, e nuovi, precari. Le loro condizioni non hanno più un'attenta lettura da parte delle istituzioni e degli organismi maggiormente rappresentativi in una sorta di non scritta alleanza per modificare nel profondo i rapporti sociali e individuali tra "datori di lavoro" e dipendenti salariati. Quindi nei luoghi di lavoro sono diventate base di programmazione organizzativa anche le intimidazioni (mobbing diffuso) che sul piano della salute fisica e mentale della vittima che li subisce, agiscono come stress, depressione, diminuzione dell'autostima, sensi di colpa, fobie, disturbi del sonno e degli apparati digestivo e muscolo-scheletrico.

Lo Stato ha smesso di essere sociale per diventare un ente che favorisce il mercato e le privatizzazioni. Il governo è contro il welfare e demolisce i principi d'uguaglianza, di solidarietà e di equità sanciti dalla Costituzione. E' indispensabile rifondare l'idea di una società elementarmente giusta, in una prospettiva di trasformazione complessiva e generale delle condizioni di vita e di lavoro per le classi subalterne, contro e oltre la logica della ricchezza in mano di pochi.

La stessa tutela della salute da elementare diritto costituzionalmente garantito è diventata parametro economico e finanziario. I tagli alla sanità rappresentano la regola amministrativa fondamentale. Il dato reale e drammatico è che la crisi economica e i costi dei servizi sanitari portano moltissimi cittadini a rinunciare alle cure a causa delle difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie, determinata da liste d'attesa troppo lunghe e da costi notevolmente aumentati. Ovviamente a favore del privato, come da programmazione.

Chi difende questo diritto di civiltà viene represso sistematicamente , come nel caso di Gina De Angeli, infermiera dell'Ospedale di Massa , aderente al Collettivo SOS sanità , figura storica nelle lotte per la difesa della sanità e dei lavoratori del settore, condannata per aver sostenuto la lotta delle lavoratrici dell'appalto delle puizie dell'Ospedale, oggetto dei tagli della spending review.

Uno dei tanti casi di repressione che nulla insegna a chi dovrebbe sentire sul proprio collo il fiato degli aguzzini anche nel proprio luogo di lavoro. Lo stato di depressione esternato nella frase " ma che ci posso fare", non ce lo possiamo permettere.

Di fronte allo stato di cose presenti, mai dire: MA CHE CI POSSO FARE, altrimenti si diventa complici inconsapevoli della delinquenza al potere

franco cilenti

SISTEMI SANITARI REGIONALI
Guidati alla privatizzazione e sensibili alla corruzione

Intreccio, politica, mafia, camorra, corruzione, scorribande nella sanità, sono 6 miliardi di euro all'anno solo quelli presumibili che vengono mangiati dalla voragine criminale di questo paese la denuncia esplicita, ancora una volta la speculazione per il profitto personale nell'ambito delle prestazione diagnostiche nei tempi delle aspettative per le operazioni chirurgiche, i ricoveri ecc. Nel contesto della denuncia non vengono proposte soluzioni alternative all'azione della Guardia di Finanza, Carabinieri alla Magistratura.

E' evidente il fallimento dell'aziendalizzazione privata del servizio sanitario e delle politiche dei Governi che con i tagli finanziari di miliardi al servizio sanitario ultima decisione del governo di destra Renzi con il Documento di economia e finanza per gli anni 2017 4 miliardi, 2018 circa 5,5 miliardi che contestualmente ai tagli in atto cancellano la sanità pubblica i segni sono evidenti anche in Piemonte.

Ad esempio per la sanità biellese e all'ospedale di Biella rispetto alla quota storica di finanziamento mancano 20 milioni di euro, un comunicato stampa dell' ASL di Biella annuncia drastiche riduzioni dei tempi di attesa per esami diagnostici, sarebbe utile sapere il perché sono aumentati gli orari di apertura degli ambulatori, se è stato assunto personale o c'è una riduzione delle richieste per i costi dei tickets.

La giunta regionale del Piemonte, a parole di centro sinistra ma nei fatti di destra, ha dato le strutture protette, comunità psichiatriche ai privati primo effetto mancano i medici mentre a chi gestirà verranno pagati fino 3,8 miliardi, all'Ospedale Molinette per una visita neurologica si va a Maggio del 2017.

Bisogna ridare i soldi per la sanità pubblica, i soldi ci sono, cambiare il sistema di finanziamento in atto che incentiva le attività diagnostiche le prestazioni ambulatoriali.

Vanno aboliti i direttori generali che rispondono alle direttive regionali, a seconda delle giunte politiche definire un percorso di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini nelle Asl con l'elezione diretta dei consigli di gestione.

I Sindaci, i Consigli Comunali devono essere i programmatori e i controllori della sanità territoriale.

Togliere la sanità privata all'interno degli ospedali fonte di diseguaglianze rispetto ai tempi di attesa per visite e prestazioni diagnostiche.

I medici debbono essere pagati per il ruolo professionale che svolgono in condizioni di lavoro atte a garantire evoluzione professionale e la ricerca.

Rinnovare il contratto di lavoro per il personale scaduto da sette anni assumere il personale necessario medici, infermieri, tecnici, per garantire una sanità pubblica efficiente e qualificata.

Appalti qualificanti e non al ribasso il materiale sanitario si usa sulle persone.

Cambiare le logiche privatistiche del piano sanitario regionale che cancella il territorio, aggrega servizi reparti ospedalieri presso ospedali di riferimento di quadrante per rendere i bilanci in pareggio incuranti del diritto alla salute.

Vanno cancellati i tickets, balzelli che ormai per alcune prestazioni diagnostiche costano di più di quelle effettuate in strutture private, per l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche, di laboratorio.

Occorre ribaltare la politica sanitaria per privilegiare
La prevenzione. Siamo la cenerentola del mondo, l'ultimo paese ad investire in prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro: da gennaio a marzo sono 160 i morti sul lavoro, una carneficina.

Il territorio come laboratorio di salute, filtri che rendano la sanità a portata di tutti. Ricomposizione dei distretti socio sanitari.
Ricordo che durante il mio lavoro in Ospedale a Biella il direttore sanitario, il Professor Campanà, sosteneva che la sanità avrebbe dovuto andare dai cittadini e come esempio evidenziava che furgoni appositamente attrezzati avrebbero dovuto recarsi nei Comuni, ad effettuare i prelievi e gli esami possibili ai cittadini. Esempio tutt'ora valido.

Cancellare le diseguaglianze sociali intollerabili, come ad esempio la nuova terapia per l'Epatite C, in Piemonte a marzo 2015 la situazione era grave circa 2000 aventi diritto, salvo interventi del Ministero, dovranno pagarsi le cure se hanno i soldi altrimenti la terapia non potrà essere effettuata. Le logiche dei bilanci in pareggio dei tagli economici non possono cancellare il diritto alla salute.
Infine, dopo la denuncia dell' autorità anticorruzione quali provvedimenti prenderà il Governo e il Parlamento?

Renato Nuccio
Segreteria Regionale P.R.C.

LETTERA

Piemonte: appalti e sfruttamento

Sono ormai passati quasi 10 anni dall' inizio della crisi ed esperti, professoroni e finti politici hanno provato a darci spiegazioni, ognuno con soluzioni diverse, ma nessuna ha portato ad una ricetta giusta, che possa definitavamente trovare la strada per uscire da questo incubo. Io ovviamente non ho la soluzione a questo problema, ma sono sicuro che una delle cause , almeno nel nostro paese, sia la mancanza del concetto di " bene comune ", quel bene pubblico che nell' ultimo decennio ci è stato tolto e in che modo? Privatizzandolo.
L'etimologia stessa della parola rende bene il significato, privare , non essere libero.
Nella mia città , il 70% dei lavori sono in appalto. La politica delle esternalizzazioni dei servizi pubblici e privati ha causato nella stragrande maggioranza lavoratori di serie A e di serie B, questi ultimi pur svolgendo lo stesso lavoro hanno un trattamento economico/ contrattuale decisamente diverso.
Questo non è più accettabile perché causa un disagio enorme sulla vita lavorativa e famigliare delle lavoratrici/ori, in più causa anche una peggiore qualità dei servizi per mancanza di risorse e questo ricade su tutta la collettività .
Questa è una reazione a catena che dobbiamo fermare , che possiamo fermare, ma dobbiamo farlo insieme, la politica ha l'obbligo di farsi carico di questo enorme problema e lo deve fare partendo dal mondo del lavoro, ripristinando tutti i diritti tolti, che hanno causato un tasso di disoccupazione giovanile che nella nostra città è uno dei più alti .
Le esternalizzazioni dei servizi pubblici e privati non sono altro che passaggi di manodopera, dove le lavoratrici e lavoratori si ritrovano improvvisamente senza Lavoro, Reddito e Dignità.

Luigi Romeo

I medici, il super lavoro e le ricadute sull'assistenza

L'inchiesta dell'Anaao-Assomed

Un medico ultracinquantenne svolge anche 5 turni notturni al mese nel sud Italia ma al nord, la media è di 3. Nel turno di notte negli ospedali del nord-ovest può arrivare a 200 pazienti.
Questi alcuni numeri allarmanti dell'Anaao Assomed da un'indagine su un campione di oltre 1000 medici.
E' il risultato di anni di definanziamento della sanità, di blocco del turn-over, di taglio dei posti letto con conseguenze pesanti sulla gestione del rischio clinico e relativo rischio sia per il medico che per il paziente.
Sull'aumento di mortalità denunciato dall'Istat nei mesi scorsi sia percepito da chi opera in ambito ospedaliero, i medici che hanno avuto maggiormente questa percezione operano nei presidi di medie-piccole dimensioni e prevalentemente nei medici sottoposti ad uno sfavorevole rapporto numerico medico/pazienti e ad un maggior carico di lavoro.
Le risposte hanno denunciato che nonostante l'entrata in vigore della norma sul rispetto dell'orario di lavoro, oltre 44% dei medici supera il limite settimanale delle ore lavorative previsto dalla legge, e più della metà lavora extra orario.
Allarmanti sono anche le risposte sulle dimissioni dei pazienti, spesso affrettate (59%)
"Sono numeri che dovrebbero far riflettere chi Governa e che ha il compito di intervenire per cambiare verso, commenta il Segretario Nazionale dell'Anaao Assomed Costantino Troise, ad una sanità pubblica avviata, anche attraverso il peggioramento delle condizioni di lavoro dei suoi Medici, lungo un piano inclinato che la porterà a curare i poveri destinando gli abbienti le magnifiche sorti del sistema privato ed assicurativo".
Quindi, come era prevedibile, lo stato psicofisico dei medici italiani è iniziato a cedere dopo decenni di stand-by professionale e sindacale nei confronti dei processi di privatizzazione della sanità pubblica. Processi decennali che da tempo hanno colpito duramente tutte le altre professionalità primarie come quelle infermieristiche. Il comparto, struttura portante del sistema sanitario, ha il contratto bloccato da oltre sei anni e nessun recupero salariale. Sei i medici capissero finalmente che la lotta per difesa della loro professionalità, e occupazione, passa per una lotta unitaria con tutti gli altri protagonisti, forse inizierebbe una ripresa di fiducia e forza contrattuale propedeutica a un rapporto sociale anche con i malati e i loro familiari che riporterebbe il sistema sanitario pubblico all'attenzione dell'opinione pubblica come bene comune.

Redazione Lavoro e 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

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - ONLUS
Medicina Democratica

Parlano le vittime predestinate dalla privatizzazione

Il paese è piccolo e la gente parla

I risultati del questionario popolare diffuso in Val di Susa dal circolo territoriale di Avigliana-Giaveno del PRC

Il circolo PRC di Avigliana e Giaveno ha organizzato una "ricerca-intervento", attraverso cui capire se la popolazione ha presente quali siano i servizi territoriali che vengono offerti dalle attuali strutture, e poi se ritiene che questi siano o meno sufficienti e accessibili.

Per realizzare questa ricerca è stato utilizzato un questionario, la cui compilazione veniva proposta sia a coloro che entravano nelle due strutture sanitarie di Avigliana e Giaveno, sia a chi era disponibile a fermarsi a compilarlo ai banchetti predisposti in due mercati (quello di Avigliana e quello di Buttigliera Alta-Ferriera). È stata realizzata anche una versione web dello stesso questionario, ma ha avuto meno "successo" di quanto non ci si aspettasse come numero di questionari compilati (su 465questionari, quelli compilati on-line, sono 91).

La maggior parte dei questionari è stata raccolta ad Avigliana (311 questionari) mentre a Giaveno ne sono stati distribuiti/raccolti circa la metà che nel primo caso (154 questionari restituiti compilati). Questa differenza nella distribuzione/raccolta dei questionari spiega probabilmente perché la maggior parte delle persone dichiari di risiedere ad Avigliana, ma nonostante ciò, la percentuale di persone che dichiara invece di risiedere in comuni limitrofi è comunque molto alta (35%), a riprova del fatto che sia il presidio sanitario aviglianese che il PPI di Giaveno servono comunque anche per comuni vicini.

La composizione del campione è molto varia, ma per quanto riguarda l'età è composta principalmente da persone con più di 60 anni (41%) e se si aggiunge a questa percentuale quella della fascia d'età immediatamente precedente, si può constatare che ben il 63% del campione è composto da persone che hanno più di 50 anni. Anche la tipologia di "professioni", vede una prevalenza di pensionati (34%) e di casalinghe, mentre la distribuzione del genere è un po' più sbilanciata verso quello femminile (57% donne e 43% uomini). Questa caratterizzazione del campione può essere facilmente collegata al fatto che i questionari sono stati distribuiti principalmente la mattina (ossia durante l'orario lavorativo) e al mercato o davanti ai presidi ospedalieri stessi. La maggior parte delle persone che hanno compilato il questionario ha frequentato una scuola secondaria (43%), e la grandissima maggioranza del campione non fa parte né d partiti né di qualche associazione (87%).

Alla richiesta di indicare dove si rivolgono maggiormente per avere un'assistenza sanitaria specialistica, il 40% risponde a Torino e provincia, ed il 30% dice di andare solitamente entro 20 Km da casa (presumibilmente a Rivoli); solo il 29% riesce ad ottenere una risposta sanitaria nella stessa città in cui vive, mentre fortunatamente solo l'1% deve spostarsi oltre la provincia di Torino.

A seconda di dove veniva distribuito, il questionario prevedeva 2 domande differenziate relative al presidio sanitario di Avigliana o al PPI di Giaveno. Le percentuali riportate di seguito, quindi si riferiscono a risposte date differentemente in base alla distribuzione del questionario.

Per quanto riguarda le domande riferite a Giaveno, a quella che indagava la conoscenza del PPI e delle sue funzioni rispetto al precedente ospedale, la maggior parte delle persone (29%) ha risposto di non conoscerle, mentre la percentuale immediatamente successiva (il 21%) ha risposto di averne usufruito e di trovarlo utile soprattutto per evitare di andare a fare code all'ospedale di Rivoli. Questa risposta è seguita a ruota da quella per cui le persone dicono di sapere cos'è il PPI ma di non aver capito quando è meglio usufruirne anziché cercare di rivolgersi direttamente al pronto soccorso (19%). Infine, il 12% dice di sapere cos'è, di averne anche usufruito, ma di non ritenerlo utile perché si viene comunque inviati al P.S. di Rivoli.

La successiva domanda, sempre riferita a Giaveno, riguardava invece i posti letto del PPI, e anche in questo caso la maggior parte delle persone (38%) ha risposto di non conoscere la situazione. La percentuale immediatamente successiva (31%) ammette di non saperne molto ma dice che avrebbe preferito che nella struttura fossero mantenuti dei "veri posti ospedalieri" anziché una degenza per evitare di mandare immediatamente a casa i pazienti dimessi dall'ospedale. Le altre risposte si suddividono poi in percentuali decrescenti da chi dice di averne sentito parlare e pensa che funzioni abbastanza bene (13%), chi ne ha sentito parlare ma pensa che funzioni male (11%) e chi l'ha utilizzato e ritiene che sia utile soprattutto per le persone anziane (7%).

Domande molto simili, fatte per il presidio sanitario di Avigliana, hanno dato percentuali un po' diverse solo per quanto riguarda la prima domanda, ossia

CONTINUA A PAG. 8

Il paese è piccolo e la gente parla

CONTINUA DA PAG. 7

quella che indagava la conoscenza del CAP e delle sue funzioni rispetto al precedente ospedale. Chi ha risposto al questionario distribuito ad Avigliana, infatti, sembra meglio informato perché in maggioranza (31%), ha risposto di sapere, anche se non l'ha mai usato, che è possibile rivolgersi al CAP anziché al Pronto soccorso.

Similmente a Giaveno, anche per chi ha risposto ad Avigliana,la percentuale immediatamente successiva (il 21%) ha risposto di averne usufruito e di trovarlo utile soprattutto per evitare di andare a fare code all'ospedale di Rivoli. Tale percentuale è seguita da due risposte scelte a "pari-merito", ossia per il 17%, sia da chi non conosce il CAP, sia da chi dice di sapere cos'è ma ritiene non sia facile capire quando rivolgersi al CAP e quando andare al P.S. Infine, una percentuale simile a quella di Giaveno, ossia il 13%, dice di sapere cos'è, di averne anche usufruito, ma di non ritenerlo utile perché si viene comunque inviati al P.S. di Rivoli.

Per quanto riguarda la successiva domanda, relativa ai letti di continuità assistenziale reintrodotti nella ex-struttura dell'ospedale di Avigliana, la distribuzione delle risposte è molto simile all'equivalente domanda fatta a Giaveno, con una piccola inversione di percentuali fra le risposte che sono più "quotate": in questo caso, infatti, la maggior parte delle persone (36%) ammette di non saperne molto ma dice che avrebbe preferito che nella struttura fossero mantenuti dei "veri posti ospedalieri" anziché i letti di "continuità assistenziale", mentre la percentuale immediatamente successiva (34%), ha risposto di non conoscere la situazione. Le altre risposte si suddividono poi in percentuali decrescenti da chi dice di averne sentito parlare e pensa che funzioni abbastanza bene (18%), chi l'ha utilizzato e ritiene che sia utile soprattutto per le persone anziane (8%), e chi ne ha sentito parlare ma pensa che funzioni male (3%).

Successivamente a queste 2 domande differenziate per i due comuni, il questionario riproponeva le stesse domande (indipendentemente dal luogo di distribuzione) incentrate maggiormente sui servizi sanitari di territorio, per cui il campione che ha risposto era nuovamente composto dalle 465 persone totali. La domanda che indagava la collaborazione fra i comuni di Avigliana e Giaveno per poter distribuire meglio l'assistenza sanitaria sul territorio, ha visto la maggior parte del campione (61%) rispondere apprezzando tale collaborazione, in virtù del fatto che i due comuni non sono così distanti e la distribuzione dei servizi può quindi diventare un modo per diminuire le liste d'attesa. Per contro, la percentuale immediatamente successiva (il 19%), ha risposto che, pur reputando la collaborazione una buona iniziativa, la propria situazione famigliare non permette di usufruirne perché risulta difficile muoversi anche fra comuni così vicini. Il restante 20% del campione ha invece risposto che tale collaborazione non interessa, suddividendosi fra una maggioranza (17%) non interessata perché ritiene che i servizi sanitari devono essere presenti in ogni comune, ed un 3% che non è interessato perché per gli esami specialistici si rivolge alla sanità privata (considerata più affidabile). Alla domanda relativa alla telemedicina (che potrebbe esser intesa come un aiuto che compensa la carenza dei posti letto di continuità assistenziale presenti sia ad Avigliana che a Giaveno), la maggior parte del campione (51%) risponde si non sapere di cosa si tratta. Se a questa percentuale si somma il 30% di coloro che sostengono che vorrebbero che venisse sviluppata, ma ammettono di non saperne molto, si arriva a un po' più dell'80% del campione che non risulta essere molto informato su cosa sia il servizio di telemedicina che l'ASL doveva sviluppare. Il campione rimanente riguarda persone che ne hanno sentito parlare bene (11%), persone che ne hanno sentito parlare male (4%) ed un 3% che ne ha usufruito e pensa sia utile per le persone anziane. (aggiungere alcune delle risposte "altro")

Le ultime 4 domande riguardavano il condizionamento dell'effettivo utilizzo del SSN dato dalle lise d'attesa (anche suddivise fra i 2 comuni) e dalla concorrenza privata.

La maggior parte del campione (56%) ha risposto di aver cercato di prenotare recentemente delle visite o esami specialistici ad Avigliana o Giaveno, ed una percentuale un po' inferiore (53%) dice di non essere comunque ricorsa al settore privato per i tempi d'attesa che si prospettavano con il SSN (il 47% però, sostiene di essersi rivolto al privato). I tempi d'attesa che sono stati impiegati per effettuare visite prenotate con il SSN, sono andati da 1 a 6 mesi per il 62% del campione, inferiori al mese per il 20%, oltre i 6 masi per il 16%, mentre la rimanenza (quasi il 2%) sostiene che non fosse possibile prenotare il proprio esame tramite SSN. (aggiungere le tipologie d'esami più quotate).

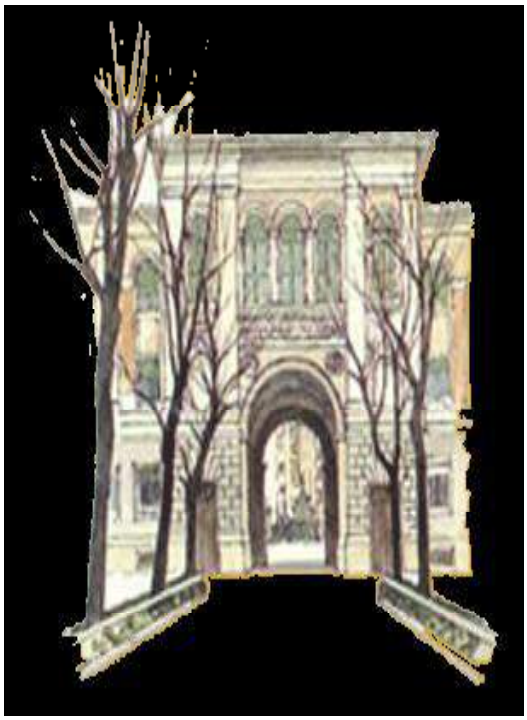
L'ultima domanda (a cui dovevano rispondere solo coloro che avevano dichiarato di essere ricorsi al settore privato per i propri esami), chiedeva infine se la prenotazione nel privato era stata fatta in regime di convenzione oppure il pagamento della visita era stato pagato interamente dal paziente; in questo caso il 71% ha risposto di aver usufruito della convenzione, mentre il 27% ha pagato interamente la visita privata. Il restante 2% ha risposto "altro" (portare esempi, anche delle strutture private a cui si sono rivolti).

Fiorenza Arisio
Segretaria circolo Rifondazione Comunista
Avigliana-Giaveno

Quaderni d'inchiesta sociale

REPORTAGE DA BOLOGNA

Questo fascicolo nasce dalla necessità di comprendere e avvicinarci meglio alle dinamiche che si sviluppano all'interno delle corsie ospedaliere.
Del rapporto professionale tra medico e paziente, della complessa relazione medico-infermiere e di tutte quelle contraddizioni che vive un settore sul quale si riversano politiche economiche nazionali e sovranazionali non possiamo che avere solo un vago sentore attraverso la nostra attività formativa curricolare.
L'inchiesta nasce dunque da un'esigenza fondamentale: spezzare la catena di una ritmicità tipica dello studente di medicina, che tra lezioni, esami, tirocini, un occhio alla tesi ed una preghiera alla dea della fortuna per la specializzazione, non riesce mai ad avere la necessaria conoscenza della realtà lavorativa in cui un giorno si troverà a vivere.
Durante le interviste a medici, infermieri, specializzandi, il corpo del nostro lavoro ha cominciato a delinearsi, vedendo emergere quattro principali macroargomenti che guideranno l'esposizione del suddetto fascicolo.



Storie di ordinaria corsia

Fascicolo d'inchiesta sulle condizioni di lavoro al Sant'Orsola

Formazione Medica

Una delle questioni che più ci ha colpito probabilmente riguarda la quantità di ore che il personale ospedaliero in formazione passa in ospedale. Sorprende venire a conoscenza che la media di ore che questi specializzandi trascorrono sul luogo di lavoro oscilla fra le 9 e le 11 ore al giorno, arrivando dunque anche ad un totale di 60 ore settimanali, quando il massimo contrattualmente concesso sarebbe di 38 (48 compresi gli straordinari).
E sorprende ancora di più scoprire che le giustificazioni che la maggior parte di loro dà a tali condizioni lavorative si riducano sostanzialmente a due tipologie: la dedizione e il senso di responsabilità ed il timore di essere ostacolati, nel proprio percorso formativo e professionale, da quegli strutturati che commettono favoritismi verso coloro che si dimostrano più propensi a prestarsi a certi tipi di sfruttamento.

Marco di cardiochirurgia ci racconta "Guarda, io sono qua da ieri mattina e ho dormito a malapena due ore [...] ma se non lo fai...cioè se non assecondi i turni organizzati per coprire i buchi e quindi agevolare gli strutturati, probabilmente ti ritroverai a ricucire safenectomie tutta la vita, sicuramente loro non ti guardano bene";

Federica di otorinolaringoiatria aggiunge "Il libretto formativo è praticamente una bufala, mediamente lo specializzando in chirurgia passa i primi quattro anni senza aver mai messo le mani su un paziente. Questo perché esiste troppa concorrenza tra chirurghi strutturati che, tendendo ad essere troppo possessivi nei confronti dei loro pazienti, tralasciano gli obblighi formativi che avrebbero nei confronti di noi specializzandi. Il risultato è che una volta fuori dalla specializzazione non si è ancora realmente autonomi";

Monica di ginecologia, mentre compila scartoffie burocratiche: "È davvero stressante, stiamo qua anche 10 ore al giorno...ma che fai? Lasci la paziente e te ne vai perché è finito l'orario di lavoro?
Penso che il lavoro del medico sia anche dedizione, impegno e sacrificio, e qua si impara tantissimo.
Più stai in reparto più impari, anche perché esci fuori dopo sei anni che non sai fare nulla di pratico. Però sì, fisicamente e psicologicamente parlando è davvero stressante...quelli di altre chirurgie poi sono messi anche peggio, noi siamo piuttosto fortunati";

E ancora **Davide** di cardiologia "Facciamo almeno il doppio delle ore da contratto: 10 ore per 5 giorni più una guardia al mese (55 ore di media) e tra l'altro l'80% di quello che fai è compilare scartoffie per pararti il culo. L'ambiente di lavoro è stimolante, ma gli strutturati non ti trattano da medico.
In reparto siamo ipersfruttati". Inoltre sconvolge

CONTINUA A PAG. 10

Storie di ordinaria corsia

CONTINUA DA PAG. 9

ancora di più scoprire come la formazione medica sia in realtà subordinata alle necessità ospedaliere, inf atti come ci dice **Chiara**: "Qua non esiste il concetto di medico in formazione. La specializzazione è una farsa, è soltanto sfruttamento di mano d'opera a basso costo.
Per farti un esempio, le rotazioni dei reparti, fondamentali per l'apprendimento multidisciplinare, sono state totalmente eliminate, e questo perché all'ospedale interessa soltanto che tu, una volta diventato funzionale in un reparto, possa continuare a esercitare lì il tuo ruolo di "tecnico" al meglio, in modo da poter continuare ad essere ottimale per la "macchina ospedale".

Condizioni lavorative

Abbiamo notato come il problema delle ore passate in ospedale non sia soltanto prerogativa del personale in formazione, ma anche di medici specializzati ed infermieri. Anche per loro si va da una media delle 9 alle 11 ore di lavoro al giorno, con punte che arrivano a 14.
Un dato allarmante ci viene riferito da **Fabio**, medico strutturato: "Il problema maggiore è che spesso ai turni di reperibilità sono fatti seguire i turni regolari, così chi viene chiamato durante la reperibilità si trova ad aver lavorato magari una notte intera e poi a dover rimanere in reparto per cominciare il turno regolare.
Spesso il personale si trova a dover affrontare anche 30 ore di lavoro consecutivo, ma è folle pensare che un semplice riarrangiamento dei turni possa risolvere il problema, perchè di fondo è proprio il personale a mancare".
Continua **Vincenzo**, medico specialista in otorinolaringoiatria: "Il personale è ridotto a meno del minimo, poi con la nuova normativa entrata in vigore il 25 Novembre le cose sono ulteriormente peggiorate invece che migliorate".
Ciò a cui si riferisce Vincenzo è l'entrata in vigore, dal 25 Novembre 2015, delle normative sul diritto ad evitare eccessi lavorativi prolungati; inoltre aggiunge: "La direzione sanitaria, per non incorrere in sanzioni, sta facendo pressioni sui medici affinchè rimangano in reparto anche dopo l'orario contrattuale, ma stimbrati, in modo da non figurare sui tabulati.

Dobbiamo opporci assolutamente affinchè questa pratica non diventi una routine, perchè rimanere stimbrati significa anche lavorare senza copertura assicurativa. Vi lascio immaginare...".

Pratica diffusa da parte della dirigenza sembra essere l'adozione di un particolare tipologia contrattuale detta 'Attività Libero Professionale Intramoenia'. Serena di medicina interna: "Se inizi a lavorare adesso nel pubblico puoi pure scordarti il posto fisso.
Ora non ti assumono neanche più, perchè il 'Libero professionale' è una specie di contratto a progetto dove il progetto non esiste: non è specificato quale sia il tuo obiettivo, né quante ore dovresti passare in reparto; non hai la malattia, né le ferie e nemmeno i contributi. Alla dirigenza fa comodo perché non essendo formalmente assunto, non rientri nemmeno all'interno delle tutele previste dalla normativa del 25 Novembre, quindi fondamentalmente puoi rimanere in reparto in modo indefinito".

Un'altra testimonianza ce la fornisce **Silvia**: "Sono precaria da quando ho iniziato a lavorare, con contratto a progetto. Ho avuto due gravidanze durante le quali in una sono stata costretta a lavorare fino al giorno prima del parto, nell'altra fino a 15 giorni prima del parto e pure in diabete gestazionale".
Indagando le condizioni lavorative del personale ospedaliero abbiamo anche incontrato diversi infermieri: **Claudio** ci racconta che lui ha un contratto a tempo determinato, mensile: "A me ogni mese, a fine mese, dicono se mi rinnoveranno il contratto o meno. Capisci quindi che non posso permettermi malattie e sicuramente niente ferie. Fare assenze è rischioso [...] È così da un anno e mezzo ormai".

Francesca, la sua collega di medicina interna, aggiunge: "Ormai gli infermieri fanno di tutto, anche compiti che non sarebbero loro. Siamo diventati praticamente segretari. Qua manca tutto, manca l'unità operativa, manca il personale. Quando qualche collega è assente per malattia siamo costretti a fare doppi turni, anche mattina/pomeriggio e poi notte".
Pratiche di cura oggi
L'ospedale è un luogo dove la precarietà non riguarda il solo ambito lavorativo, ma anche l'ambito del servizio offerto. Continuando con le interviste è emerso come la stessa pratica di cura abbia subito notevoli sconvolgimenti negli ultimi anni a causa soprattutto del definanziamento progressivo del sistema sanitario. La necessità di tagliare e risparmiare ha spinto le dirigenze ospedaliera ad operare fortissimi ridimensionamenti, e tutti i reparti ne hanno subito le conseguenze.
"Ti dico solo una cosa, quando ho iniziato a lavorare questo reparto contava circa 120 letti, ore ne abbiamo 19, e ti assicuro che non è che la gente si ammala

CONTINUA A PAG. 11

Storie di ordinaria corsia

CONTINUA DA PAG. 10

di meno. Il problema è che non è seguita una riallocazione delle risorse risparmiate in favore ad esempio di una medicina territoriale, e quindi adesso ci troviamo in enormi difficoltà, spesso i pazienti sono costretti a rimanere sulle barelle" ci racconta **Marco** di otorinolaringoiatria.

Chiara di ginecologia: "Qua a ginecologia non stiamo tanto male, però ad ostetricia le pazienti sono ammassate nei lettini in corridoio perchè non ci sono abbastanza posti letto; e paradossalmente al piano di sopra ci sono interi ambulatori chiusi a causa della mancanza di personale".

Giuseppe, infermiere a gastroenterologia: "I ricoveri continuano ad aumentare, il personale a diminuire e così anche il tempo da poter dedicare ad ogni singolo paziente. Le terapie vanno fatte in fretta e furia e per quanto tu ti possa sforzare hai anche tutto il lavoro non strettamente di reparto che devi sbrigare. Il paziente è sempre più un numero, e per un lavoro come il nostro, dove il tempo è fondamentale, questo si traduce in un inesorabile impoverimento della qualità del lavoro".

Giulia ci racconta che è il CUP a scandire il tempo per le visite: "Siamo obbligati ad accettare un nuovo paziente ogni 15 minuti, dimmi tu come è possibile in 15 minuti far entrare il paziente, fare l'anamnesi, farlo spogliare, visitarlo e poi dimetterlo, è ovvio che poi si creano le code in ambulatorio".

Sempre sull'onda della logica del risparmio, la direzione generale ha emanato delle nuove direttive riguardanti il ricovero ospedaliero. In particolare emerge che "Se prima per una determinata patologia avevi diritto a rimanere ricoverato per una settimana, adesso hai diritto solo a 3 giorni e poi via a casa per liberare velocemente il letto.

Ho assistito personalmente a casi di pazienti che, non potendo continuare il ricovero nella nostra struttura, sono stati trasferiti in un'altra dove continuare le cure. A volte sembra di giocare a Ping Pong".

Maria, OSS di chirurgia ci dice: "Un tempo i pazienti si tenevano per pochi giorni perché venivano svolte piccole operazioni. Dopodiché hanno aumentato le sale operatorie ad orario continuato 24h/7giorni per operazioni anche a neoplasie, senza aumentare i letti per le degenze.

In questo modo per tenere i pazienti bisogna sballottarli di qua e di là in cerca di spazi ostacolando il recupero post operatorio. Tutto questo per aumentare il profitto". **Maurizio** nel suo reparto: "Qui ad esempio, per direttive dall'alto, le vertigini da labirintite non vengono più trattate".

Medicina Difensiva

La medicina difensiva è un fenomeno che si è instaurato negli anni ed è responsabile della maggior parte degli sprechi all'interno della sanità. È imputabile ad un particolare atteggiamento professionale del medico in cui si ha una sovraprescrizione

di esami strumentali non funzionali alla salvaguardia della salute del paziente, ma alla autotutela legale del medico stesso. Spesso con il pretesto di arginare questo fenomeno, sono state mascherate delle politiche di ampi tagli lineari al nostro settore.

Riccardo ci racconta che "In radiologia l'80% delle richieste è inutile. Ad esempio, ho visto il caso di un paziente arrivato in pronto soccorso dopo una caduta in bicicletta (complessivamente si vedeva che stava bene, era arrivato da solo a piedi e con un giornale sottobraccio) a cui sono state richieste: RX-bacino, RX-rachide lombo-sacrale, RX-femore sinistro, RX-ginocchio sinistro, RX-gamba sinistra, ECO addome e TAC encefalo.

È cambiata la mentalità dei pazienti, denunciare è divenuto remurenativo; esistono casi di malasanità, ma si parla solo di quello ormai. Un buon radiologo sbaglia un 35% delle diagnosi su circa 68.000 casi all'anno. Errare è umano, ma i pazienti non lo accetano più. Per farti capire meglio nel mio reparto si prescrivevano circa 15.000 esami all'anno, ora ne facciamo 60.000".

Una specializzanda al quinto anno di medicina interna ci specifica: "Anche l'abitudine dei medici è sbagliata, il medico deve rendere parte del gioco il paziente e farlo sentire parte attiva.

C'è anche da dire che la carenza di personale e il poco tempo a disposizione non favoriscono questo processo. In più l'ospedale non ti tutela mai, soprattutto per la colpa grave".

Un caso famoso, successo circa due anni fa, è quello di un paziente trovato morto sulle scale di emergenza al padiglione 2. La famiglia ha denunciato il medico, che poi è stato sospeso.

"Io mi chiedo come sia possibile richiedere a due medici di gestire da soli efficacemente 90 letti" prosegue **Aldo**, medico specialista: "Io vivo nell'ambiguità di un mestiere che, da un parte mi dà la possibilità di fare del bene alle persone, ma dall'altra mi mette continuamente in una dimensione di rischio che può compromettere da un giorno all'altro la mia vita. Purtroppo spesso a prevalere nel rapporto medico-paziente non è la reciprocità, ma la diffidenza".

CONTINUA A PAG. 12

Storie di ordinaria corsia

CONTINUA DA PAG. 11

Conclusioni

La visione dell'ospedale e del sistema sanitario in generale che emerge dall'inchiesta è quella di un ambiente progressivamente aziendalizzato e di una standardizzazione delle pratiche di cura influenzate da esigenze commerciali.
Appare vitale la necessità di trovare nuovi spazi e tempi dove medici, infermieri, operatori della sanità e pazienti possano ritrovarsi. A nostro parere i lavoratori dovrebbero avere il diritto di potersi organizzare in modo da creare un fronte comune per pretendere, ad esempio, il pagamento degli straordinari, che tutt'oggi come prassi non avviene. Un lavoratore ci ha riportato che l'anno scorso ha avuto 248 ore di esubero, cioè di straordinari non retribuiti: questo equivale a più di un mese e mezzo di lavoro non pagato.
Pensiamo che chiunque subisca dinamiche di sfruttamento abbia il diritto ad uno spazio dove potersi organizzare, dove le gerarchie possano essere finalmente superate da un'organizzazione orizzontale ed egualitaria.
Un'altra testimonianza è quella di una specializzanda in medicina interna che dopo essersi recata dal suo primario per far presente di non essere più fisicamente in grado di star dietro a certi ritmi lavorativi, si è sentita rispondere: "Io penso che tu abbia troppo la mentalità da sindacalista".
Ad una sanità vista come semplice erogatrice di servizi dobbiamo dunque imporre un nuovo modello, in cui la produzione di salute non sia dominio di un sapere scientifico asettico e alienato, ma sia il risultato di un processo di creazione comunitario nato da un ritrovato rapporto medico-paziente.
Pensiamo inoltre che gli stessi pazienti abbiano il diritto di pretendere che la loro salute non venga trattata come semplice merce di scambio, e che debbano rivendicare la possibilità di costruire una sanità, assieme a medici ed infermieri, realmente inclusiva, universale e libera da dinamiche di creazione ed accumulo di profitto.
Copia, diffondi, sovverti.

maggio 2016 www.inchiestasociale.it

Infezioni ospedaliere. Ogni anno 2100 morti

Ogni anno si contano fino a 2.100 morti per un'infezione contratta in ospedale, e che si sarebbe potuta prevenire.
A dirlo sono gli esperti riuniti a Milano in un evento dedicato alle strategie di prevenzione e cura dei germi multiresistenti in ospedale. "Le infezioni ospedaliere - dichiarano gli specialisti - rappresentano la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Anche se in Italia non esiste un sistema di sorveglianza stabile, sono stati condotti numerosi studi: si può stimare che in Italia il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. Ogni anno si verificano 450-700 mila infezioni in italiani ricoverati in ospedale, soprattutto urinarie o della ferita chirurgica, ma anche polmoniti e sepsi.
Di queste, circa il 30% sono potenzialmente prevenibili (135-210mila), mentre si arriva al decesso nell'1% dei casi (1.350-2.100)".
Un quadro complicato anche dal fatto che i microbi possono sviluppare delle resistenze ai farmaci, e quindi vanificare gli sforzi dei medici per trattare le infezioni.
Secondo l'ultimo report dell'European Centre for Disease Prevention and Control sulle antibiotico resistenze a livello europeo, l'Italia è tra i primi paesi in Europa per il volume di antibiotici usati nell'uomo; l'antibiotico resistenza tra gli italiani "è tra le più elevate in Europa ed è quasi sempre al di sopra della media europea".
Le resistenze più alte sono al Centro e al Sud rispetto al Nord Italia, "in relazione con il maggior consumo umano di antibiotici registrato in queste aree geografiche".

Manuale d'uso per i lavoratori e le lavoratrici ospedalieri

VADEMECUM INCA CGIL. SALUTE E SICUREZZA NEGLI OSPEDALI

digita: web_vademecum_ospedali.pdf

L'ultimo accordo sui comparti pubblici

Il 5 aprile è stato siglato il nuovo accordo tra Aran e sindacati che riduce i comparti delle pubbliche amministrazioni da 11 a 4, accorpandoli in Funzioni centrali (Ministeri, Agenzie Fiscali, Enti Previdenziali, Enti pubblici non economici), Funzioni locali (Regioni ed Enti Locali), Sanità (Aziende sanitarie ed ospedali), Istruzione e Ricerca (Scuola, Università e Ricerca).
Dietro il paravento di risparmi illusori e con l'alibi della spending review di fatto si apre un processo di depauperizzazione dei lavoratori pubblici che si troveranno accorpati in questi mega comparti ove il salario accessorio sarà appiattito verso il basso, con una perdita economica netta per la maggioranza del personale.
Da oggi sarà più facile continuare i processi di privatizzazione e di esternalizzazioni dei servizi che ormai da anni si praticano e sarà ancora più semplice mettere in moto, senza colpo ferire, la mobilità tra diversi settori nello stesso comparto.
Ci si avvia inesorabilmente verso l'applicazione in toto della Legge Brunetta, con gli istituti della performance e della suddivisione del salario di produttività in fasce di merito, con l'esclusione sic et simpliciter di ¼ dei lavoratori dalla sua erogazione e con una sempre più stringente "valutazione meritocratica" del personale.
Ci si avvia verso una stagione di rinnovi contrattuali al minimo con stanziamenti ridicoli che la Legge di Stabilità ha fissato in 8 euro medi lordi, con una cornice contrattuale simile e comune a tutti e con specificità, per il salario di secondo livello, per i vari comparti sicuramente al ribasso, col pericolo incombente, in piena onda mediatica contro lo statale fannullone, di un peggioramento degli istituti giuridici e di un inasprimento, come declama Renzi, delle sanzioni disciplinari.
Ci si avvia infine ad un peggioramento esplicito delle agibilità sindacali, sempre più appannaggio dei sindacati confederali e dove sarà sempre più difficile, per i sindacati di base e conflittuali, con questi mega comparti, raggiungere e superare la soglia di rappresentatività del 5% tra iscritti e voti Rsu.
A breve si aprirà la partita dei rinnovi contrattuali e solo una grande mobilitazione unitaria dei lavoratori pubblici potrà rimettere in moto le reali esigenze di recupero stipendiale dopo anni di fermo dei salari, di diritti negati, di mobilità a pioggia, di mancata stabilizzazione dei precari, di aumento dei carichi di lavoro e di spazio di vita sul lavoro ormai cancellato.

Cobas Pubblico Impiego 4/2016

Le pensate di Pietro Ichini, economista del PD,uno dei massimi esperti dello schiavismo moderno e delle bugie governative. Mentre viene scoperta una maxi-truffa sulla decontribuzione del Jobs act. Sono 60mila le aziende che hanno usufruito indebitamente di 600 milioni di euro in sgravi contributivi stanziati l'anno scorso.

La "faccia tosta" del piddino

Una delle storiche vignette di Forattini anni '80 rappresentava Giulio Andreotti alle prese con una funzione molto intima e riservata.
Il commento dell'arguto vignettista era fulminante: "Una ne fa e cento ne pensa"!
Mi è tornata in mente questa vecchia immagine, da "Prima Repubblica", nel leggere un articolo di Pietro Ichino, già pubblicato sul quotidiano "Il Foglio" del 3 maggio scorso e riproposto nella sua Newsletter nr. 391.
In sostanza, nella sua "Proposta per il 1° maggio 2017: al centro il lavoro e non le chiacchiere", il giuslavorista renziano, meglio conosciuto come "Il licenziatore", affronta uno di quei temi che - paventavo - avrebbero, prima o poi, richiamato la sua attenzione.
Intendo riferirmi - per offrire solo qualche esempio dei futuri (prevedibili) obiettivi delle "controriforme" di Renzi e dei suoi compari, con in prima fila proprio il licenziatore - a interventi tesi a rivedere

'istituto delle ferie, della 14°, delle agevolazioni previste dalla legge 104/92, dell'orario di lavoro e di qualsiasi altro laccio e/o lacciuolo che rappresenti un intralcio alla tutela reale degl' interessi dei "soci di riferimento" di Ichino e del governo Renzi: i "padroni"!
In effetti, trascorsi solo pochi mesi dall'entrata in vigore del Job-act di Renzi (e Ichino) e del famigerato "Contratto a tutele crescenti" (di Ichino), qualcuno già prevedeva - io, tra questi - che il senatore milanese fosse pronto ad avviare una nuova "campagna".
L'ha fatto attraverso l'articolo pubblicato il 3 maggio scorso su di un quotidiano che, come noto, ha glistessi soci di riferimento.
Tra l'altro, è opportuno rilevare che anche questa volta, per coerenza - al pari di quanto già avvenuto all'epoca della revisione dell'art. all'18 dello Statuto - Ichino ha deciso di intervenire in tackle su di un altro "mostro sacro"; addirittura sulla "Festa dei lavoratori".
Naturalmente, egli sceglie di farlo nel momento in cui anche qualche suo sostenitore - tra quelli senza se e senza ma - potrebbe cominciare a fargli notare che, allo stato, la cruda realtà del suo "Contratto a tutele crescenti" ha già ampiamente dimostrato che l'unica cosa crescente è l'indennità di licenziamento percepita dal lavoratore; di certo, non le tutele!
Infatti, a clamorosa conferma della differenza tra quanto sostenuto da Ichino e quanto, invece, contestatogli da numerosi e qualificati interlocutori, la sua idea di contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti - in totale assenza dei pomposi provvedimenti di sostegno ai lavoratori licenziati (addirittura, a suo dire, di livello "europeo") - si è rivelata consistere nella semplice possibilità di licenziare i lavoratori

CONTINUA A PAG. 14

La "faccia tosta"

CONTINUA DA PAG. 13

tout-court; senza le tutele previste dall' art. 18 e con il sostanziale superamento della "giusta causa".
In questo senso, è paradossale ma, d'altra parte, rientra nella natura del personaggio, che il senatore renziano (ex montiano e già Pci) continui a esaltare la controriforma dell'art. 18 senza avvertire l'esigenza di chiedere almeno scusa per aver "giocato sporco" nel lasciar intendere che al nuovo contratto a tempo indeterminato sarebbe corrisposta, in contemporanea, una nuova versione delle misure a sostegno della disoccupazione involontaria; in particolare, attraverso lo strumento del c. d. "assegno di ricollocazione" dei disoccupati.
Ciò che maggiormente offende, però, è che l'esponente Pd - di fronte ad una riforma assolutamente incompiuta, che penalizza solo i lavoratori - quale povero illuso e/o inguaribile ottimista, piuttosto che, come credo, "bugiardo di lungo corso", accusa di lassismo i dipendenti e i dirigenti del Ministero del Lavoro, sostituendoli ai suoi "mandanti" politici; il Monti di ieri e il Renzi di oggi!
Non sorprende, quindi, che, quale strenuo e determinato sostenitore delle "ragioni dei padroni", piuttosto che di quelle - pur pubblicamente ostentate - dei lavoratori, egli mostri di possedere tanta "faccia tosta" - come usa dirsi di uno sfrontato "scugnizzo" partenopeo - da ignorare le sue gravi responsabilità (personali e politiche) e, addirittura, come già detto, approntare una nuova crociata a favore dei "soliti noti"!
Il modo scelto è certamente eclatante. La proposta - che definire "indecente" corrisponde a una condizione minima di disgusto - è che i lavoratori, a partire dal prossimo 1° maggio 2017, piuttosto che:"Perdere tempo con i soliti concertini e con l'inutile sventolio di bandiere, oltre ai soliti cortei autoreferenziali (per le OO.SS.), si rendano disponibili a svolgere la loro regolare giornata di lavoro "a gratis"; regalandola cioè alla cittadinanza!
I chirurghi e gl' infermieri negli ospedali, gli autisti pubblici al loro posto di guida, i vigili urbani presidiando piazze e musei fino a notte tarda e - perché no, in un non lontano futuro - gli operai Fiat alla catena di montaggio! Personalmente, consiglierei - almeno - un "TSO"!

Renato Fioretti
Esperto di diritto del lavoro
Collaboratore di Lavoro e Salute

La nuova beffa firmata Renzi: volete la pensione? pagatevela. E pure con gli interessi

L'aspetto criminale della austerità pensionistica

Si torna a parlare di pensioni. Stavolta per annunciare "flessibilità", nome in codice che significa fregatura. l'ennesima. lorsignori hanno scoperto l'acqua calda: aumentare a dismisura l'età pensionabile porta ad un aumento della disoccupazione giovanile. strano, avremmo detto tutti il contrario... quattro notizie in tre giorni hanno riportato il tema previdenziale alla ribalta.

La prima: secondo il presidente dell'Inps boeri i nati nel 1980 rischiano di andare in pensione a 75 (settantacinque) anni. la seconda: a causa dei nuovi scalini scattati per le donne (legge fornero) e dei calcoli Istat sulla "speranza di vita" (legge Dini), nel primo trimestre 2016 i pensionamenti sono diminuiti (rispetto allo stesso periodo del 2015) del 34,5%. la terza: nello stesso trimestre il valore medio mensile delle pensioni dei lavoratori dipendenti è sceso di ben 72 euro, passando dai 1.236 euro (ovviamente lordi) del 2015 agli attuali 1.164. la quarta, di cui ci occuperemo in questo articolo, è che il governo sta studiando la cosiddetta "flessibilità" in materia pensionistica.

Insomma, si va in pensione sempre più tardi e con un assegni previdenziali sempre più poveri. dov'è la notizia? non sapevamo tutti che è esattamente questo il futuro disegnato per gli anziani da un ventennio di controriforme, diciamo da amato a Monti? Certo che è così, e per la verità il peggio deve ancora venire, come ha dovuto ammettere boeri parlando della "paura della classe politica" a far conoscere agli italiani - con le cosiddette "buste arancioni" - le stime del loro estratto conto contributivo e la loro prevedibile data d'uscita.
Andare verso una massa crescente di anziani poveri, in una società che invecchia e sempre più priva delle tradizionali reti di solidarietà familiare, non è solo un crimine, è anche una follia. che si cominci a prenderne coscienza - peraltro senza riconoscerlo apertamente - con vent'anni di ritardo, grida semplicemente vendetta. chi, come noi, si è sempre opposto alla logica antisociale delle tante "riforme" taglia-pensioni, ha sempre denunciato non solo le conseguenze immediate, ma ancor di più quelle di una prospettiva futura che definire cupa è troppo poco.

Ma veniamo a quel che bolle in pentola dalle parti di palazzo chigi. anche nei piani alti del potere, da qualche tempo si comincia ad ammettere - ma guarda un po'! - che lo spropositato aumento dell'età pensionabile, decretato in particolare dalle norme della "legge fornero", ha come contraltare l'aumento della disoccupazione giovanile. se gli

CONTINUA A PAG. 15

L'aspetto criminale della austerità pensionistica

CONTINUA DA PAG. 14

anziani non escono dal mercato del lavoro, come possono i giovani entrarvi? che una simile banalità venga annunciata adesso quasi fosse una scoperta dovuta a lunghi studi, è una cosa che fa solo prudere le mani. Ma, dirà l'ingenuo che è in ognuno di noi: meglio tardi che mai! e invece no. perché nelle misure in preparazione non c'è nulla, ma proprio nulla di buono. e invece che chiudere un occhio sul passato sarà bene aprirli tutti e due sul presente e sul futuro. per ora non c'è nulla di preciso. Secondo una tecnica ben collaudata si fanno uscire ipotesi, si analizzano le risposte, si misurano le reazioni. poi, passo dopo passo, si arriverà alle misure concrete, da inserirsi con ogni probabilità nella prossima legge di stabilità. l'idea di fondo è quella di permettere, ad una platea di lavoratori attualmente non ancora definita, un'uscita anticipata rispetto alla maturazione del diritto a pensione in base alla legislazione vigente. secondo alcune ipotesi la misura potrebbe riguardare solo precise categorie (lavoratori in esubero per crisi aziendali, disoccupati over 62, soggetti impiegati in attività usuranti); secondo un'altra ipotesi, invece, la norma potrebbe essere applicata (sembrerebbe quindi su base volontaria) a tutti i lavoratori che si trovano a 2/3 anni dal raggiungimento dell'età pensionabile.

controlacrisi
il quotidiano online che libera l'informazione
notizie, inchieste, conflitti, lotte in tempo reale
digita
www.controlacrisi.org

Dice: che bello, finalmente si potrà anticipare un po' il momento della pensione! peccato che il costo dell'operazione (ed anzi qualcosa di più) sia tutto a carico del lavoratore. oggi la "fantasia al potere" non è quella immaginata nel 1968, bensì quella dei peggiori trucchi della finanza. esattamente quella evocata dal sottosegretario alla presidenza del consiglio tommaso nannicini, che ha parlato di "sforzo creativo" per motivare il coinvolgimento delle banche nell'attivazione della mitica "flessibilità". Da notare che il creativo nannicini sa bene di cosa sta parlando, visto che renzi lo ha messo alla guida della cosiddetta "cabina di regia" che ha in mano il dossier pensionistico.

L'idea è molto semplice. vuoi anticipare la tua pensione? te la paghi per intero, anzi un bel po' di più, vista la penalizzazione, più il pagamento degli interessi alla banca che ti ha finanziato l'anticipo. ecco come ci parla del meccanismo in preparazione la repubblica del 20 aprile: "un lavoratore al quale mancano due o tre anni all'età della quiescenza potrebbe chiedere all'Inps di calcolargli l'importo della pensione con una penalizzazione che - secondo il ragionamento dei tecnici - potrebbe arrivare al 3-4 per cento per ogni anno di anticipo. l'assegno, fino al compimento dell'età per la pensione di vecchiaia, verrebbe erogato da una banca come fosse un prestito. l'Inps agirebbe solo da garante del prestito. una volta raggiunta l'età pensionabile, l'assegno verrebbe pagato dall'Inps e il lavoratore comincerebbe a restituire a rate il prestito delle banche. per questa soluzione, che non avrebbe impatto sui conti pubblici, servirebbe preventivamente un accordo tra il governo (o l'Inps) e l'abi, l'associazione delle banche". chiaro? Fin troppo, direi. primo, il lavoratore che vorrà anticipare la quiescenza si pagherà per intero (restituendolo a rate) il valore della pensione percepita nel periodo di "anticipo" della stessa. secondo, egli pagherà una pesante penalizzazione (3-4%) per ogni anno di anticipo, più gli interessi dovuti alla banca. terzo, le banche si ritroverebbero con una massa non disprezzabile di prestiti totalmente garantiti dall'Inps, e dunque a rischio zero. avete capito il capolavoro che si sta preparando?

Da quel che si legge sui giornali non è chiaro se la penalizzazione rappresenti una quota di quanto il pensionato dovrà restituire alla banca, oppure sia invece una decurtazione aggiuntiva a se stante. l'esperienza ci dice che l'ipotesi peggiore è quasi sempre quella più vicina alla realtà, ma anche volendo essere ottimisti i costi per il pensionato "anticipato" si presentano in ogni caso pesantissimi. facciamo l'esempio di un lavoratore che voglia lasciare l'attività due anni prima della scadenza legale. Avendo davanti una speranza di vita di circa vent'anni, i due anni di anticipo gli costerebbero una decurtazione del 10% del valore della pensione vita natural durante. questo senza calcolare gli interessi ed ipotizzando - come detto - che non vi siano ulteriori penalizzazioni.

Se invece volessimo calcolare il tutto con gli interessi e le probabili penalizzazioni arriveremmo alla fine ad una pensione tagliata di circa il 20%. quanti lavoratori potranno eventualmente permetterselo? quanti sceglierebbero volontariamente una simile soluzione? pochi, decisamente pochi. due sono le categorie di lavoratori che potrebbero fare una simile scelta. In primo luogo, quelli sufficientemente benestanti per potersi permettere un simile taglio. In secondo luogo, quelli spinti da precise esigenze familiari, come ad esempio la necessità di assistere in maniera più o meno continuativa un familiare non più autosufficiente. nel primo caso va però tenuto presente che i lavoratori con reddito più alto sono quelli che svolgono lavori meno pesanti e più

CONTINUA A PAG. 16

L'aspetto criminale della austerità pensionistica

CONTINUA DA PAG. 15

gratificanti, di conseguenza sono anche quelli meno propensi ad andare in pensione.

All'opposto - nel secondo caso - i lavoratori interessati sono quelli che non possono permettersi altre forme di assistenza (ad esempio una badante), e che dunque potrebbero ben difficilmente sopportare un taglio così pesante della propria pensione. vedremo alla fine quale sarà la strada scelta, ma in queste condizioni di anticipi volontari ce ne saranno di sicuro pochi. una "flessibilità" completamente scaricata sulle tasche dei futuri pensionati non può certo funzionare.

Il fatto è che non si può avere la botte piena e la moglie ubriaca. e dunque la contraddizione tra un riequilibrio dell'età pensionabile - visto con favore anche da lorsignori, altro non fosse perché le aziende non vogliono maestranze troppo anziane - e il rigore delle politiche di bilancio è semplicemente irrisolvibile.

L'aspetto criminale dell'austerità pensionistica sta nel non voler far crescere in alcun modo, cercando semmai di diminuirla, la quota di pil destinata al sistema previdenziale. ora, se io destino una quota fissa della ricchezza nazionale ad una platea per motivi demografici irrimediabilmente in crescita, è evidente che i componenti di quella platea non potranno che impoverirsi sempre più. eppure, il rifiuto di accrescere la suddetta quota è un dogma intangibile per i liberisti di tutte le latitudini. Per quelli europei, visti i precetti della religione eurista, lo è ancor di più.

In questo quadro la "flessibilità" di renzi non poteva certo fare eccezione. Ma questa rigidità sulle regole di bilancio implica il fallimento sostanziale dell'operazione. che, anche per questo, si concentrerà probabilmente sulle categorie più deboli che abbiamo già citato (esuberi, disoccupati anziani, addetti a lavori usuranti).

Categorie sotto ricatto, impossibilitate a scegliere, costrette ad accettare i costi della trovata renziana. netto dev'essere dunque il giudizio politico. sempre di più, quello attuale si conferma come il governo delle grande finanza. di fatto renzi chiede ai lavoratori non di andare in pensione, bensì di andare in banca per ottenere un prestito da restituire con gli interessi. una porcata che non ha bisogno di altri commenti. un regalo senza rischi per i banchieri, visto che la rata verrà detratta direttamente dall'Inps.

Ma c'è di più. c'è che si vuol dare un'altra picconata al sistema previdenziale pubblico, per andare sempre più verso una pensione fai da te. visto che la previdenza integrativa gli ha funzionato solo in parte - i lavoratori non sono cosi stupidi come lorsignori se li immaginano -, ecco che ci riprovano con la "flessibilità".

Il detto dice che "al peggio non c'è limite". e quasi sempre è così. Con renzi e la sua cricca possiamo togliere il "quasi".

Leonardo Mazzei

Della serie, le notizie che non danno mai...

TFR, quota obbligatoria ai Fondi pensione

Il governo studia la possibilità di destinare una quota obbligatoria del tfr ai fondi di previdenza complementare: i dettagli. con la legge di stabilità 2017 probabilmente diremo addio al trattamento di fine rapporto (tfr) in favore dei fondi pensione obbligatori. si tratta di delle più importanti novità sul fronte delle pensioni che il governo sta pensando di attuare con l'obiettivo di favorire la flessibilità del sistema previdenziale italiano. Ad essere destinata automaticamente ai fondi di previdenza complementare sarà almeno una parte del tfr, invece del silenzio assenso che viene infatti tassato al 17%, attualmente consente ad oltre il 70% dei dipendenti di non effettuare tale versamento, ritenuto meno favorevole per via della tassazione.

Il tfr lasciato in azienda, oggi, contro il 20% dei fondi pensione. di contro però i rendimenti del tfr (1,9% nel 2013) sono meno convenienti, rispetto ai fondi pensione (5,7%).

In parallelo all'introduzione dell'obbligatorietà dell'adesione ai fondi pensione e alla destinazione di almeno una parte del tfr alle forme di previdenza complementare, questi verrebbero resi anche più convenienti, alleggerendo la tassazione di circa 3-4 punti e aumentando la deducibilità fiscale dei versamenti. con la quota obbligatoria, i dipendenti iscritti ad un fondo pensione aumenterebbero sostanzialmente, versando una cifra che si stima pari a 22-23 miliardi di euro l'anno.

di Francesca Vinciarelli
da pmi.it

Lettera

Mentre nelle aziende italiane lo stress lavoro correlato è un problema irrilevante, secondo l'Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza del Lavoro le percentuali dei lavoratori esposti a rischio stress lavoro correlato nei ventisette stati membri dell'Unione Europea si aggira sul 27-30% ovvero 54 milioni di lavoratori.

LO STRESS LAVORO CORRELATO QUESTO SCONOSCIUTO…IN ITALIA

Quando cinque anni fa la legislazione italiana recepì le Direttive europee su stress lavoro correlato, ci fu una certa attenzione al tema, attenzione che però fu più mediatica che reale.

Si parlo molto degli effetti e delle possibili incidenze dello stress lavoro correlato sulla salute dei lavoratori, innumerevoli furono i convegni e le pubblicazioni sul tema.

Le aziende, quasi tutte, si diedero da fare e aggiunsero un altro fascicolo al documento di valutazione del rischio.

Essendo l'argomento non semplice e avendo dirette conseguenze sull'organizzazione dell'attività lavorativa la gran parte dei datori di lavoro con il supporto dei Medici Competenti e dei Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) assolsero gli obblighi di legge in modo poco più che formale.

I Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) furono coinvolti in modo marginale nel processo che avrebbe dovuto portare alla valutazione del rischio stress lavoro correlato.

In Italia il risultato di tutto quel dibattito pubblico, di tutte quelle dotte valutazioni è che nelle aziende italiane lo stress lavoro correlato è un problema irrilevante.

Questo mentre secondo l'Agenzia Europea per la Salute e Sicurezza del Lavoro le percentuali dei lavoratori esposti a rischio stress lavoro correlato nei ventisette stati membri dell'Unione Europea si aggira sul 27-30% ovvero 54 milioni di lavoratori.

Ergo se in Europa il problema esiste in modo considerevole e in Italia è irrilevante è chiaro che c'è del marcio…non in Danimarca, come dice Marcello nell'Amleto, ma in Italia.

Le ragioni di una tale situazione possono essere molteplici:

- l'acquisto di pacchetti di valutazioni di stress lavoro correlato

preconfezionati, così come di Documenti di Valutazione dei Rischi;
- la non validità dei sistemi di valutazione adottati dalle aziende;
- la validità dei sistemi di valutazione adottati, ma un loro utilizzo parziale e finalizzato a raggiungere un determinato obiettivo (l'irrilevanza del problema) e non a fotografare la realtà;
- il mancato coinvolgimento dei RLS e dei lavoratori nel processo di valutazione.

E' proprio dal punto dal corretto coinvolgimento nel processo di valutazione dei RLS e dei lavoratori che dobbiamo ripartire, se non vogliamo essere corresponsabili di chi nasconde la polvere sotto il tappeto o la tenda.

La legge ci dà una grossa mano in quanto prevede che la valutazione del rischio stress lavoro correlato vada aggiornata ogni 2/3 anni.

Nel link riportato trovate un utilissimo documento del Comitato Tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Le pagine da 7 a 30 sono un bigino su cos'è lo stress lavoro correlato e come effettuarne la valutazione.

Pagine semplici che consentono anche a chi è digiuno della materia di orientarsi.

Da pagina 31 a pagina 34, trovate, invece, quelle che sono le indicazioni alle quali per gli organi di vigilanza dovrebbero attenersi per verificare o meno il corretto adempimento da parte del datore di lavoro degli obblighi connessi alla valutazione del rischio stress lavoro correlato.

Basta che i RLS o anche RSA verifichino se le indicazioni lì riportate siano state più o meno osservate nella stesura della valutazione del rischio da stress lavoro correlato della propria azienda per poter rimettere in discussione la valutazione fatta e qualora l'azienda non fosse disposta a rivederla nel rispetto della normativa richiedere ai sensi articolo 50 del D.Lgs. 81/08 l'intervento degli organi di vigilanza.

Un caso concreto, ma purtroppo non il solo.

C'è una grande multinazionale che predispone la valutazione del rischio stress e del suo aggiornamento come prevede la legge.

Nel farlo, però, l'azienda divide sì i lavoratori in gruppi omogenei, ricerca gli eventi sentinella (ma ai RLS non consegna i dati, né lo storico degli stessi), dispone quindi un questionario per la valutazione dei fattori di contesto e contenuto, ma lo stesso viene fatto compilare non ai lavoratori dei gruppi omogenei, ma ai responsabili operativi degli stessi unitamente a Medico Competente e RSPP.

E' chiaro che ci troviamo, in questo caso, di fronte all'utilizzo distorto di una procedura corretta al fine di raggiungere il risultato atteso, l'irrilevanza dello stress lavoro correlato in quell'azienda.

Sappiamo benissimo che non è semplice anche solo tentare di richiedere, nella riunione periodica o in altri momenti di consultazione, il rispetto della legge di fronte a chi ha il potere (Datore di Lavoro), la conoscenza/competenza e capacita nell'argomentare (Medico Competente e RSPP), ma dobbiamo farlo se vogliamo svolgere a pieno il ruolo di RLS.

Per questo vi sollecito nuovamente ad un'attenta lettura del documento sullo stress lavoro correlato scaricabile al link sotto riportato.

Cordiali saluti

Giorgio Ortolani

FILCAMS CGIL Lombardia

Il documento "Indicazioni per la corretta gestione del rischio stress lavoro correlato" edizione gennaio 2012 è scaricabile all'indirizzo: www.rlsfilcams-lombardia.org

L'attitudine del lavoratore a lavorare con grande impegno e al suo coinvolgimento intellettuale ed emotivo nella realizzazione degli obiettivi aziendali non escludono in alcun modo la responsabilità del datore di lavoro ove le condizioni lavorative abbiano svolto un ruolo comunque concausale nella produzione dell'evento lesivo. E' quanto stabilito dalla Corte di Cassazione Civile con la Sentenza n. 9945 dell'8 maggio 2014.

CASSAZIONE: INFARTO DA SUPERLAVORO? IL DATORE E' SEMPRE "COLPEVOLE"

Lavorava senza tregua, portandosi anche il lavoro a casa, pur di raggiungere gli obiettivi che il suo datore, una grossa società di telecomunicazioni, gli aveva assegnato. Stefano S., funzionario della Ericsson, non si era mai lamentato per questo stress continuo. Ma un carico di undici ore di lavoro al giorno alla fine lo ha portato all'infarto. Ora la Cassazione ha stabilito che una morte del genere deve essere risarcita dal datore che non può ignorare "le modalità attraverso le quali ciascun dipendente svolge il proprio lavoro".

Alla moglie e alla figlia del dipendente morto per infarto dovuto ai "ritmi insostenibili" dell'attività lavorativa, la società deve corrispondere, rispettivamente, 434.000 euro e 425.000 euro, oltre agli oneri accessori.

Senza successo, la Ericsson è ricorsa in Cassazione contro la decisione della Corte di Appello di Roma che, nel 2011, aveva accolto la richiesta di risarcimento danni patrimoniali e materiali avanzati dalla vedova di Stefano S. anche in nome della loro unica figlia, ancora minorenne. In primo grado, invece, il Tribunale aveva negato la responsabilità del datore.

Ad avviso della Suprema Corte, "con motivazione logicamente argomentata e giuridicamente corretta", il verdetto di appello ha ritenuto che "la responsabilità del modello organizzativo e della distribuzione del lavoro fa carico alla società, la quale non può sottrarsi agli addebiti per gli effetti lesivi della integrità fisica e morale dei lavoratori che possano derivare dalla inadeguatezza del modello adducendo l'assenza di doglianze mosse dai dipendenti".

Inoltre, secondo gli "ermellini" il datore non può sostenere "di ignorare le particolari condizioni di lavoro in cui le mansioni affidate ai lavoratori vengano in concreto svolte".

Per la Cassazione, "deve infatti presumersi, salvo prova contraria, la conoscenza, in capo all'azienda, delle modalità attraverso le quali ciascun dipendente svolge il proprio lavoro, in quanto espressione ed attuazione concreta dell'assetto organizzativo adottato dall'imprenditore con le proprie direttive e disposizioni interne".

Nel caso in questione era emerso che Stefano S. "per evadere il proprio lavoro, era costretto, ancorché non per sollecitazione diretta, a conformare i propri ritmi di lavoro all'esigenza di realizzare lo smaltimento nei tempi richiesti dalla natura e molteplicità degli incarichi affidatigli dalla Ericsson". In base alla Consulenza Tecnica di Ufficio, l'infarto che lo colpì, un martedì mattina al lavoro, "era correlabile, in via concausale, con indice di probabilità di alto grado, alle trascorse vicende lavorative". Senza successo la società si è difesa dicendo che i "ritmi serratissimi" adottati da Stefano S. "non erano a lei imputabili ma dipendevano dalla attitudine" del dipendente "a sostenere e a lavorare con grande impegno e al suo coinvolgimento intellettuale ed emotivo nella realizzazione degli obiettivi".

In ordine alla responsabilità del datore di lavoro, precedentemente la Cassazione Sezione Lavoro, con Sentenza n. 2038 del 29 gennaio 2013, ha sostenuto che l'articolo 2087 del Codice Civile non configura un'ipotesi di responsabilità oggettiva, in quanto la responsabilità del datore di lavoro va collegata alla violazione degli obblighi di comportamento imposti da norme di legge o suggeriti dalle conoscenze sperimentali o tecniche del momento.

Ne consegue che incombe al lavoratore che lamenti di avere subito, a causa dell'attività lavorativa svolta, un danno alla salute, l'onere di provare l'esistenza di tale danno, come pure la nocività dell'ambiente di lavoro, nonché il nesso tra l'uno e l'altro, e solo se il lavoratore abbia fornito la prova di tali circostanze sussiste per il datore di lavoro l'onere di provare di avere adottato tutte le cautele necessarie ad impedire il verificarsi del danno e che la malattia del dipendente non è ricollegabile alla inosservanza di tali obblighi.

La stessa sentenza, peraltro, in una fattispecie di mobbing, ha rilevato che la riconosciuta dipendenza delle malattie da una "causa di servizio" non implica necessariamente, o può far presumere, che gli eventi dannosi siano derivati dalle condizioni di insicurezza dell'ambiente di lavoro, potendo essi dipendere piuttosto dalla qualità intrinsecamente usurante della ordinaria prestazione lavorativa e dal logoramento dell'organismo del dipendente esposto ad un lavoro impegnativo per un lasso di tempo più o meno lungo, restandosi così fuori dall'ambito dell'articolo 2087

CONTINUA A PAG. 19

CASSAZIONE: INFARTO DA SUPERLAVORO? IL DATORE E' SEMPRE "COLPEVOLE"

CONTINUA DA PAG. 18

del Codice Civile, che riguarda una responsabilità contrattuale ancorata a criteri probabilistici e non solo possibilistici.

Nel medesimo senso, la Cassazione Sezione Lavoro, con Sentenza n. 18626 del 05 agosto 2013, ha affermato il principio generale in materia secondo il quale la responsabilità dell'imprenditore ex articolo 2087 Codice Civile non configura un'ipotesi di responsabilità oggettiva, ma non è circoscritta alla violazione di regole d'esperienza o di regole tecniche preesistenti e collaudate, essendo sanzionata dalla norma l'omessa predisposizione di tutte le misure e cautele atte a preservare l'integrità psicofisica del lavoratore nel luogo di lavoro, tenuto conto della concreta realtà aziendale e della maggiore o minore possibilità di indagare sull'esistenza di fattori di rischio in un determinato momento storico. Pertanto, qualora sia accertato che il danno è stato causato dalla nocività dell'attività lavorativa per esposizione all'amianto, è onere del datore di lavoro provare di avere adottato, pur in difetto di una specifica disposizione preventiva, le misure generiche di prudenza necessarie alla tutela della salute dal rischio espositivo secondo le conoscenze del tempo di insorgenza della malattia.

In ordine alla rilevanza dell'infarto sul piano infortunistico sul lavoro, la Cassazione Sezione Lavoro, con Sentenza n. 12685 del 29 agosto 2003, ha precisato che, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, la causa violenta consiste in un evento che con forza concentrata e straordinaria agisca, in occasione di lavoro, dall'esterno verso l'interno dell'organismo del lavoratore, dando luogo ad alterazioni lesive.

Con riguardo a un infarto cardiaco, che di per sé non integra la causa violenta, va accertato se la rottura dell'equilibrio nell'organismo del lavoratore sia da collegare causalmente a specifiche condizioni ambientali e di lavoro improvvisamente eccedenti la normale adattabilità e tollerabilità, sì da poter essere considerate, sia pure in termini di mera probabilità, fattori concorrenti e da far escludere che si sia trattato del semplice effetto logorante esercitato sull'organismo da gravose condizioni di lavoro.

Nel medesimo senso, la Cassazione Sezione Lavoro, con Sentenza n. 19682 del 23 dicembre 2003, ha affermato che, in tema di infortuni sul lavoro, lo sforzo fisico, al quale possono essere equiparati stress emotivi e ambientali, costituisce la causa violenta, ex articolo 2 del D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124, che determina con azione rapida e intensa la lesione.

La predisposizione morbosa del lavoratore non esclude il nesso causale tra lo stress emotivo e ambientale e l'evento infortunistico, in relazione anche al principio della equivalenza causale di cui all'articolo 41 del Codice Penale, che trova applicazione nella materia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, dovendosi riconoscere un ruolo di concausa anche ad una minima accelerazione di una pregressa malattia (nella specie, la sentenza impugnata, confermata dalla Suprema Corte, ha ritenuto sussistente l'occasione di lavoro in relazione al decesso del responsabile di uno stabilimento, già affetto da patologia cardiaca, avvenuto a causa di un infarto determinato da stress emotivo, conseguente all'attivazione dell'allarme antincendio dello stabilimento e alla necessità di un suo intervento, e da stress ambientale, riconducibile alla rigida temperatura esistente all'esterno).

In precedenza, la Cassazione Sezione Lavoro, con Sentenza n. 13982 del 24 ottobre 2000 aveva affermato che, nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, al fine di determinare se a un infarto cardiaco (che di per sé rappresenta una rottura dell'equilibrio nell'organismo del lavoratore concentrata in una minima misura temporale e quindi integra una "causa violenta") è riconoscibile un'eziologia lavorativa, va accertato se gli atti lavorativi compiuti, ancorché non caratterizzati da particolari sforzi e non esulanti dalla normale attività lavorativa esercitata dall'assicurato, abbiano avuto l'efficienza di un contributo causale nella verificazione dell'infarto.

Andrea Rosana
www.lavorofisco.it

La sentenza n. 9945 dell'8 maggio 2014 della Corte di Cassazione Civile è consultabile all'indirizzo:
http://olympus.uniurb.it index.php?option=com_content&view=article&id=11243:2014-05-13-07-13-45&catid=16:cassazione-civile&Itemid=60

Per non dimenticare i propri diritti e doveri!

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 - spmail@libero.it

Diffondiamo questo articolo tenendo presente che, insieme alla Carta dei diritti universali del lavoro, sono promossi dalla Cgil tre referendum contro il Jobs Act (contro la cancellazione dell'articolo 18 dello Statuto dei lavoratori, contro la liberalizzazione degli appalti, contro l'introduzione dei voucher)

Jobs Act. Una storia di inganni, furbizie e apparenze falsificanti

Quella del Jobs Act è una storia d'inganni, furbizia malandrina e apparenze falsificanti. Ce n'è per tutti i gusti. Si va dall'uso (senza precedenti) di anglicismi con un forte impatto mediatico, ma d'incerto significato nella stessa lingua-madre, all'uso spericolato di parole che reclamizzano la figura di un contratto di lavoro spacciato per innovativo mentre alle spalle ha un'esperienza secolare.

Si va dal rispetto soltanto formale delle procedure parlamentari - perché la legge-delega non contiene né i principi né i criteri direttivi che la costituzione esige allo scopo di limitare la discrezionalità della decretazione delegata, ne lascia intenzionalmente nel vago l'oggetto che la costituzione vuole predefinito ed è stata approvata ricorrendo al voto di fiducia per impedire l'esame di emendamenti e imbavagliare i dissenzienti interni alla stessa maggioranza governativa - alla rottura della consolidata regola non scritta che fa precedere l'intervento legislativo da confronti nel merito coi sindacati.

Si va dalla valorizzazione del potere aziendale attraverso il sostanziale ripristino della libertà di licenziare all'emarginazione della tutela giurisdizionale dei diritti in attuazione di un progetto politico che ipotizza uno scambio tra maggiore flessibilità a vantaggio dell'impresa oggie maggiore sicurezza nel mercato domani a vantaggio del lavoratore. Uno scambio che, sebbene sia caldeggiato dalla governance europea, in un paese come il nostro ove le politiche attive del lavoro sono ancora all'abc è più virtuale che virtuoso.

In sintesi, la delega non solo era sostanzialmente in bianco in modo da permettere al governo di allungare le mani sull'intero diritto del lavoro, ma ha finito per assumere le caratteristiche di un'auto-celebrazione della corrente di pensiero che riduce la politica a mera comunicazione.

Candido come una colomba e astuto come un serpente, il legislatore delegato ha qualificato "a tutele crescenti" un contratto di lavoro a tempo indeterminato dove la sola forma di tutela che può crescere (a ritmo annuale di 2, ma fino ad un massimo di 24 mensilità) è l'indennità corrisposta in caso di licenziamento ingiustificato. Così, con un colpo solo si sono raggiunti parecchi risultati di cui non si tarderà del lavoro, è innegabile che lo si è fatto tornare all'età dell'adolescenza.

Candido come una colomba e astuto come un serpente, il legislatore delegato ha previsto l'eutanasia dell'art. 18 che la legge Fornero aveva reso lontano cugino di quello preesistente. Esso, infatti, è destinato ad estinguersi via via che i (milioni di) lavoratori assunti a tempo indeterminato in servizio prima dell'entrata in vigore della riforma se ne andranno dall'azienda di appartenenza. Come dire che si dissolverà pian piano e senza necessità di abrogarlo.

A quel punto, però, la decenza vorrebbe che l'accattivante ammiccamento alle "tutele crescenti" venisse soppresso per rispetto, se non degli italiani, della lingua italiana. Per quanto scaltro, è uno spot pubblicitario la cui funzione promozionale si sta esaurendo. Pertanto, una volta che si sia finalmente compreso che il successo del contratto "a tutele crescenti" nel mercato delle regole del lavoro dipendeva da un robusto, ma temporaneo abbassamento del costo del lavoro a carico della fiscalità generale, è auspicabile che la menzognera etichetta cada da sola, come una foglia secca che si stacca dal ramo.

Questo, ad ogni modo, è il male minore. Il fatto è che nel frattempo il diritto del lavoro ha subito un durissimo attacco al principio-base dell'eguaglianza che la costituzione vorrebbe vedere messo in opera nei luoghi di lavoro sia in direzione verticale che in senso orizzontale. Viceversa, è clamorosamente trasgredito in direzione verticale, perché lo svuotamento della tutela contro il licenziamento ingiustificato rilegittima la storica asimmetria dei rapporti di dipendenza personale a struttura gerarchica. Neanche all'eguaglianza in senso orizzontale sono risparmiati violenti strappi. E ciò perché la data dell'entrata in

CONTINUA A PAG. 21

Jobs Act. Una storia di inganni

CONTINUA DA PAG. 20

vigore del provvedimento legislativo funziona da pretesto per disapplicare la regola in assenza della quale la solidarietà sociale rischia di frantumarsi e sparire: quella per cui a lavoro eguale corrisponde un eguale trattamento. In effetti, la differenziazione di regimi del licenziamento tra vecchi e nuovi assunti non trova alcuna giustificazione nella diversità della loro condizione lavorativa. Certo, soltanto la Corte costituzionale potrà pronunciare in proposito l'ultima parola; il che prima o poi succederà. Intanto, però, è plausibile presumere che la logica adottata per stabilire che qualunque assunzione successiva al fatidico giorno dà origine a trattamenti differenziati di un istituto avente un'importanza strategica come il licenziamento ubbidisce soltanto ad un calcolo di opportunità che ha molto da spartire con quello che ha portato il medesimo governo a concedere un aumento salariale di "80 euro" ai percettori di reddito da lavoro sotto una certa soglia o, più di recente, il bonus dei 500 euro ai diciottenni della Repubblica. In tutti questi casi, è sempre una questione di consenso: catturarne il più possibile o perderne il meno possibile.

Candido come una colomba e astuto come un serpente, il legislatore delegato ha sposato l'idea, in circolazione da tempo, che lo statuto dei lavoratori sarebbe invecchiato precocemente. Un'idea che è figlia della convinzione per cui, qualora il diritto del lavoro stabilisse con la costituzione la stessa connessione che la lingua ha con la grammatica, non sarebbe più una risorsa.

Per questo l'attuale governo ritiene che quello rifondato dallo statuto dei lavoratori nel solco tracciato dalla costituzione fosse un diritto con un grande futuro alle spalle. Infatti, portando dentro il contratto la tutela dei diritti fondamentali di libertà e dignità dei lavoratori nel loro contenuto essenziale, il legislatore dello statuto aveva affrontato il problema del contemperamento con la libertà dell'iniziativa economica circondando la gestione del personale con regole che testimoniavano come il contratto di lavoro differisse da altri contratti per la qualità dello scambio.

Ora l'assetto dell'impianto regolativo è modificato radicalmente. Non che il problema del contemperamento sia stato accantonato. Tutt'al contrario. Semplicemente, se ne capovolge la soluzione. Non è più la logica mercantile del contratto a dover farsi carico del rispetto dei diritti fondamentali. Sono i diritti fondamentali che devono farsi carico della logica del contratto ed esserne sacrificati. Francamente, era difficile immaginarsi una fuori-uscita più clamorosa dai binari tracciati da una costituzione che segna nella maniera più solenne possibile l'inizio dell'età della de-mercificazione del lavoro, facendone il formante dello Stato: "L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro".

Umberto Romagnoli

www.inchiestaonline.it

a pagina 46

Appalti e voucher, due referendum di civiltà

Perchè i potenti delinquono

Con questo libro si cerca di gettare uno sguardo coraggioso sulla natura del potere, affiancando ad un'analisi della criminologia e della sociologia una vasta serie di altri saperi; dalle scienze politiche alla letteratura, dall'economia alla filosofia, prendendo spunto anche da pensatori e scrittori del passato. Contesta le analisi più consolidate della sociologia e della criminologia.

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

in libreria

Il trattato raccontato ai giovani
CHE FINE FAREMO SE CI SARA' IL TTIP?

di **Marilena Pallareti**
Docente Forli
Associazione Attac Italia
Collaboratrice redazionale di Lavoro e Salute

Il TTIP (Transatlantic Trade and Investment Partnership - Partenariato transatlantico per il commercio e gli investimenti) 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 questi 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".

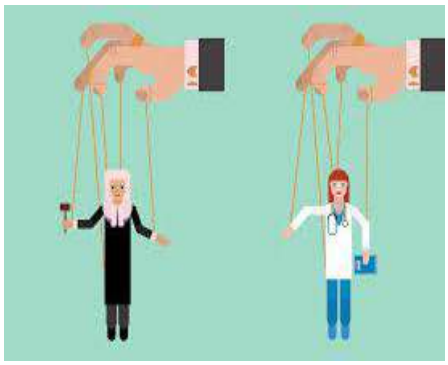
I negoziatori, Europa e Stati Uniti, si stanno orientando verso l'eliminazione di standard obbligatori per la produzione dei bio-carburanti, concedendo la facoltà alle grandi corporation di scegliere discrezionalmente i criteri che permettono di individuare liberamente l'opzione tecnica che meglio soddisfa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

> Il trattato tra USA e Unione Europea, se approvato, avrà il compito primario di smantellare i servizi pubblici con le Liberalizzazioni , quindi privatizzare per sempre Sanità, Salute, Cultura, Scuola, Trasporti, Lavoro e Beni Comuni come l'acqua.

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 libero commercio non può e non deve attuarsi in violazione del principio di precauzione e di sovranità alimentare, deve bensì impedire 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 e trivellazioni 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.
I beni comuni e i servizi pubblici. Fermare la privatizzazione della legge promossa dall'accordo di libero scambio Usa-Ue .

Obiettivo primario del Ttip è attaccare i servizi pubblici con le Liberalizzazioni quindi Privatizzazioni dei Servizi e del Welfare (Sanità, Salute, Cultura, Scuola, Trasporti, Lavoro, Beni Comuni). Eliminata dai criteri di

CONTINUA A PAG. 23

Il TTIP raccontato ai giovani

CONTINUA DA PAG. 22

gestione qualsiasi clausola di obbligo di servizio universale (i servizi postali) o di prioritario interesse pubblico, che preveda, ad esempio, la libera distribuzione di energia e acqua.

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 scomparirà lo stesso concetto di servizio pubblico universale e ogni servizio diventerà frutto di uno scambio privatistico fra l'erogatore e il "cliente".

Non ci sarà più alcun diritto universale ed esigibile all'acqua, alla scuola e alla salute. Al momento gli standard europei, se pur con tante lacune, garantiscono ancora una sicurezza e tracciabilità alimentare, il TTIP produrrà danni alla salute, il cibo diverrà merce da vendere e da comprare. Il cibo di qualità che i consumatori attenti richiedono con sempre maggiore convinzione è regolato da un principio di base, che è quello della cura.

In aprile Il Parlamento Europeo ha votato per altri sette anni il glifosato. Che cos'è il Glifosato? E' l'erbicida più utilizzato al mondo ed è essenziale nelle coltivazioni OGM quali mais, soia, colza e ampiamente utilizzato in Italia per mangimi. Il Glifosato è utilizzato non solo in agricoltura, ma anche per usi domestici, industriali, urbani e propagandato come completamente biodegradabile, invece si ritrova col suo metabolite AMPA (eccitante del Sistema Nervoso Centrale) nelle acque superficiali e più profonde in concentrazioni al limite della sicurezza. Nel terreno il Glifosato determina una chelazione di nutrienti minerali essenziali per vari sistemi enzimatici in piante, in microorganismi e animali, di conseguenza sia tutto il mondo vegetale (erbe, arbusti e alberi)che interi habitat che svolgono attività fitosintetica, dissecano completamente in poche settimane, l'humus viene alterato, è compromessa la biodiversità ed il terreno viene desertificato, esposto ad erosioni, smottamenti, franosità.

Per la salute umana il Glifosato è altamente cancerogeno, porta ad alterazioni delle pareti cellulari e di conseguenza alla malattia celiaca, intolleranza alimentare, alterazione del microbioma intestinale. Il Glifosato è un "interferente endocrino" in grado di interferire con le più delicate e complesse funzioni ormonali, neuropsichiche, con effetti oncogeni e teratogeni (malformazioni del feto durante la gravidanza) negli organismi in via di sviluppo, nell' infanzia e nell' adolescenza, anche in dosi minimali. Studi certificano che il Glifosato provoca in particolare il linfoma non-Hodgkin, un tumore che prende origine nel sistema linfatico, ovvero nelle cellule e nei tessuti che hanno il compito di difendere l'organismo dagli agenti esterni e dalle malattie e si può sviluppare in diversi organi (linfonodi, ma anche stomaco, intestino, cute e sistema nervoso centrale).

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.

Una volta privatizzati, i servizi pubblici non potranno più essere 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. 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 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 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

CONTINUA A PAG. 24

di *Elena Mazzoni, Monica Di Sisto, Paolo Ferrero*

DeriveApprodi 2016, pagg.180 13 euro.

In libreria

Il TTIP raccontato ai giovani

CONTINUA DA PAG. 23

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.

QUALI CONSEGUENZE CON L' APPROVAZIONE DEL TTIP?

- Perdita di posti di lavoro derivanti dall' accordo di libero scambio. Il lavoro avrà sempre meno valore. Il Ttip e il Jobs Act sono stati prodotti dalla stessa politica economica (i banchieri), le tutele saranno sempre meno fino ad arrivare all' annullamento, al lavoro sempre più precario e gratuito con buona pace di Confindustria che continua a far credere tramite l' Istat che i posti di lavoro aumenteranno.

- La Deregolamentazione della sicurezza alimentare, metterà nello stesso pentolone cibo, farmaci, scarpe, appalti e sanità, cultura, finanza, internet e mobili. Sul tavolo dei negoziatori ci sono tasse e quote d'importazioni e esportazioni, ma soprattutto l'azzeramento di regole di produzione e distribuzione di migliaia di prodotti e servizi che popolano la nostra vita quotidiana, che ci danno da mangiare e da lavorare.

- La Deregolamentazione ambientale. Il Ttip potrebbe portare al disastro l'agricoltura europea, aumentando le importazioni dagli Stati Uniti, con un vantaggio per le grandi imprese e multinazionali.

- L'attacco ai servizi pubblici locali. Verrà resa obbligatoria la

gara internazionale per ogni appalto pubblico, eliminando appalti dei governi locali a sostegno di importanti obiettivi sociali e ambientali. Questa clausola renderà impossibile ad un ente locale di riservare la gara d'appalto per le forniture delle mense scolastiche a produttori biologici e a km0.

- 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. 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 ha preso coscienza della gravità del trattato che va a minacciare la propria vita. Molti parlamentari Europei 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.

Hollande ribadisce che Parigi "non è a favore di un libero scambio senza regole", non "accetteremo mai la messa in causa dei principi essenziali della nostra agricoltura, della nostra cultura". Il presidente ha citato i punti controversi: "le norme sanitarie, alimentari, sociali, culturali, ambientali" che non dovranno essere riviste al ribasso, mentre in Italia il Governo Renzi è d'accordo per QUESTO TRATTATO NON TRASPAREN-TE E SEGRETO, privatizzando ulteriormente le nostre vite già in preda al panico.

Marilena Pallareti

E INTANTO, SI PORTANO AVANTI COI LAVORI

Il bavaglio delle multinazionali sul giornalismo d'inchiesta

Il 15 aprile è stata approvata da Parlamento Europeo, a larghissima maggioranza (il 77% dei voti favorevoli) la "direttiva per la protezione del segreto aziendale". Vogliono far credere che è uno strumento giuridico per imprese per proteggersi dallo spionaggio economico e industriale, in realtà si vuole mettere definitivamente a tacere quei pochi giornalisti d'inchiesta - vedi Report di Milena Gabanelli - che ancora rimangono in Italia e nel resto Europa.
Per i giornalisti sarà un ostacolo occuparsi di questioni legate alla produzione e alla gestione delle informazioni che quando sono in mano alle grndi multinazionali rappresentano affari miliardi.
Ora i 28 Stati membri dell'Unione hanno due anni di tempo per tradurre la direttiva nella propria legislazione nazionale e, data la mancanza di chiarezza, alcuni saranno sicuramente tentati di usarla per soffocare inchieste che possono compromettere il potere economico e/o politico.
Contro la direttiva hanno votato contro compattamente solo i parlamentari del GUE (la sinistra europea con Rifondazione Comunista) e dei Verdi. Si sono astenuti i deputati “cinque stelle”.

Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

Bed&Breakfast Podere Rigopesci n°8 Monticchiello di Pienza 53026 Siena
***valdorcia@podererigopesci.it* (+39) 338 4725834 (+39) 329 8862327**

Chi Siamo

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

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

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

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

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

COSA OFFRIAMO?

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

Cucina e Giardino

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

Le camere

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

Frida_
Dedicata a Frida Kahlo

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

Angela_
Dedicata a mia suocera

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

Tina_
Dedicata a Tina Modotti

Dotata di letto matrimoniale, ingresso e bagno indipendente.

inserzione concessa gratuitamente

UNA BELLA INIZIATIVA: "INFERMIERI SENZA FRONTIERE"

Infermieri sociali, quando il volontariato è autogestisto.

La redazione di "Lavoro e Salute" sostiene questa iniziativa che rappresenta in pieno il suo impegno di informazione e proposte per la difesa del diritto gratuito alla salute basato sulla professionalità e umanità relazionale dei suoi operatori. Questa inziativa è un vero laboratorio di pratica sociale, senza altri scopi se non quello di mettere a disposizione dei cittadini la propria professionalità, per integrare il servizio pubblico o per colmare i disservizi che sempre più emarginano le fasce meno abbienti.

Vuol essere anche una proposta d'impegno ad altre/i infermiere/i disponibili asocializzare parte del loro tempo di vita oltre il lavoro.

Il 24 Marzo 2016, nasce a Sora (Fr), l' associazione di volontariato onlus: INFERMIERI SENZA FRONTIERE. Questo è il volto che, un gruppo di giovani professionisti della medesima provincia, ha deciso di dare alla neo associazione. Laureatisi presso l'Università degli studi di Roma Tor Vergata, sede di Sora e fermamente convinti di mettere in pratica i principi su cui si fonda il nursing, questi giovani infermieri vogliono impegnare la propria professionalità al servizio del cittadino e senza scopo di lucro.

L'orientamento dell'associazione è quella di fornire a tutta la popolazione ma in particolare alle fasce più vulnerabili, un'assistenza infermieristica di base spendibile sul territorio, ovvero erogare un'assistenza in una dimensione più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie.

Gli infermieri senza frontiere diventano così, promotori di una cultura che incoraggi lo sviluppo di una fiducia comunitaria-territoriale della professione infermieristica,nonché i responsabili della corretta gestione di problematiche di salute reali o potenziali, facilmente trattabili al di fuori di strutture, in contesti familiari e di comfort. Nello specifico, gli obiettivi che gli infermieri senza frontiere si pongono vengono così riassunti:

- portare a conoscenza del cittadino della figura dell'infermiere di quartiere;

- informare e sostenere il cittadino e la comunità verso corretti stili di vita attraverso una politica di prevenzione ed educazione sanitaria;

- sviluppare la cultura del "salvavita"attraverso la conoscenza delle manovre di primo soccorso; fornire un'assistenza socio-sanitaria;

- promuovere l'integrazione tra le diverse culture del territorio.

- aiuto e sostegno all'immigrazione;

- assistenza sanitaria a persone anziane, disabili e malati cronici.

Particolare attenzione va rivolta all'attivazione della figura dell'infermiere di quartiere. Lo scopo del progetto è quello di creare un punto di riferimento

per le persone che necessitano di prestazioni che incidano sulla propria quotidianità (dal monitoraggio dei parametri vitali alla gestione di patologie croniche, alla pratica del counseling) all'interno di un quartiere. Questo permetterà all'infermiere di garantire risposte puntuali e qualificate ai bisogni dell'utenza e al cittadino di soddisfare le proprie richieste senza incorrere in lunghe trafile che le strutture sanitarie a volte regalano.

Il progetto INFERMIERI SENZA FRONTIERE, nasce dall'idea di uno dei soci fondatori dell'associazione,Paolo Ceccano,infermiere presso il polo ospedaliero "F. Spaziani" ed attuale Presidente della stessa. Noi soci, ringraziamo il Presidente per averci dato la possibilità di costituire e dare vita tutti insieme a questo bellissimo progetto. Tutti i soci e il presidente tendono inoltre a sottolineare che l'associazione è aperta a collaborare con qualsiasi persona che voglia condividere con essa lo sviluppo del benessere collettivo e la promozione della salute.

Il progetto è stato presentato ai cittadini e già in molti si stanno adoperando per non far mancare la propria collaborazione. Ringraziamo il Dott. Stefano Marini titolare della Farmacia Marini ed il Presidente del Consiglio Comunale di Sora Salvatore Meglio per essere stati i primi a sposare i nostri progetti con decisione e fiducia.

Presto gli infermieri senza frontiere saranno fra i cittadini per promuovere i primi progetti. I soci Fondatori dell'associazione sono: *Paolo Ceccano, Katia Pompilio, Elisa Parravano, Carla Ceccano, Ludovica Savona,Pede Luigi, Antonello Pinna, El Bouhmi Ghizlane, Martina Palma.*

Infermieri Senza Frontiere – onlus

A Torino è partito il progetto "MMG Sans Frontières" con l'obiettivo di dare la possibilità a specializzandi in Medicina Generale, in accordo con la loro scuola di formazione, gestita a Torino dall'Ordine dei Medici, di frequentare corsi organizzati da ONG torinesi e di svolgere almeno un mese del proprio tirocinio in un paese a basso reddito. Le riflessioni di due tirocinanti al termine dell'esperienza in Etiopia e Kenia.

Medici Medicina G enerale sans frontières

L'attività del medico di famiglia ha subito negli anni un cambiamento radicale: da medico condotto di paese a medico di medicina generale, inteso come fulcro sanitario ed economico di un sistema di salute diventato nazionale in quanto omogeneo e riproducibile in tutte le realtà del territorio. Stanno cambiando anche le esigenze della popolazione a causa del progressivo aumento della popolazione anziana, della riduzione delle nascite e dell'incremento dei flussi migratori da paesi extraeuropei.

Nei primi sei mesi dell'anno, circa 67.500 migranti sono sbarcati in Italia: le statistiche dimostrano che gli arrivi nel nostro paese non hanno subito drastici aumenti, mentre è aumentato in modo importante il transito attraverso le isole greche e i Balcani[1]. Peraltro il 2014 è stato un anno particolare in cui gli italiani residenti all'estero sono aumentati più degli stranieri residenti in Italia. Questi ultimi incidono sulla popolazione complessiva per un valore superiore alla media europea (8,2% rispetto al 6,2%). Tra gli stranieri residenti in Italia, i non comunitari sono i più numerosi (3,5 milioni), sebbene sia rilevante la provenienza europea: 2,6 milioni, dei quali quasi il 60% cittadino Ue (1,5 milioni). Su una stima di 5.421.000 stranieri regolarmente presenti in Italia il 59% risiede al nord[2]. Su un totale di 425.523 stranieri regolarmente residenti in Piemonte, 222.419 sono i residenti a Torino. Le provenienze principali risultano, in ordine decrescente: Romania, Marocco, Albania, Cina, Perù[3].

I nuovi arrivati presentano bisogni diversi da quelli della società in cui si inseriscono e che contribuiscono a modificare.
L'intensità delle disuguaglianze di salute varia da paese a paese. Le stime italiane si discostano dai valori medi europei, evidenziando gradienti sociali più moderati ed

incrementi temporali meno pronunciati.

Il primo meccanismo che causa disuguaglianze è quello che genera la stratificazione sociale; esso dipende dai contesti economici e del lavoro (che, rispettivamente, creano e distribuiscono ricchezza e potere), dai contesti comunitari e di welfare (che ne regolano e moderano gli effetti), e dalla storia e dalla cultura (che ne influenzano i vissuti). Questo meccanismo si esprime sulla traiettoria di vita di una persona attraverso le circostanze di vita - quelle economiche, ambientali e psicologiche dell'infanzia, a cui si aggiungono quelle del lavoro e di vita in età adulta e anziana - che influenzano le disparità nell'accesso e nel controllo delle risorse materiali, di status e di aiuto. 4].

È noto come per i migranti la salute all'arrivo sia buona, spesso migliore di quella della popolazione del paese ospite (questo non vale per i richiedenti asilo, non essendo il loro un progetto migratorio ma una fuga da situazioni di pericolo). Le disuguaglianze di salute nascono dopo l'esposizione a determinanti socio-economici sfavorevoli, che con il tempo determinano un peggioramento.

Il Medico di Medicina Generale (MMG), riferimento basilare del sistema di cure primarie e spesso prima porta di accesso ai servizi sanitari, deve perciò essere in grado di adeguarsi a questi cambiamenti, non perdendo di vista i fattori di rischio e quelli protettivi per la salute. Per compensare questo gap formativo, molti MMG frequentano volontariamente corsi organizzati da associazioni e istituzioni, altri trascorrono periodi di volontariato in Paesi extraeuropei.

È necessario che durante il corso di formazione il MMG acquisisca strumenti e competenze che lo rendano capace di confrontarsi con realtà socio-culturali differenti.
Sarebbe inoltre opportuna una formazione in competenza culturale. Migrazioni programmate e non programmate, pratiche sociali differenti e vettori di malattia emergenti stanno trasformando le modalità con cui salute e benessere vengono compresi e negoziati. Contemporaneamente malattie note, trasmissibili e non, continuano a condizionare la salute individuale e le economie di famiglie, comunità e stati. Insieme, queste forze plasmano la conoscenza medica e il modo in cui questa viene compresa, valutata, adottata e applicata.

La competenza culturale è intesa in senso antropologico, abbracciando un concetto di cultura non statico o stereotipico ma sempre in movimento. Se insegnata e applicata al meglio, la competenza culturale può ridurre la distanza tra produttori e fruitori di assistenza sanitaria facendo emergere le conoscenze, gli atteggiamenti e le abilità dei medici. La competenza implica la costruzione e il consolidamento di relazioni significative[5]. È tempo di tornare ad una medicina che riscopra la centralità della relazione, a maggior ragione

CONTINUA A PAG. 28

MMG sans frontières

CONTINUA DA PAG. 27

nei confronti di persone con culture diverse come i migranti.

La formazione di un futuro MMG, che avrà molti pazienti di altre culture, non può che trarre beneficio dalla frequentazione di reparti di infettivologia e servizi territoriali a cui accedono molti migranti e in cui sono presenti mediatori culturali, e dove sicuramente esistono competenze interculturali. Molti degli operatori che vi lavorano hanno partecipato ai nostri corsi di salute globale in cui è previsto un modulo di competenza culturale, anche come docenti.

Facciamo riferimento qui a reparti di infettivologia e ambulatori per la cura delle malattie infettive sessualmente trasmissibili, in particolare quelli dell'Ospedale Amedeo di Savoia, dove la maggioranza dei ricoverati e delle persone viste in ambulatorio non è italiana. Analogamente ci riferiamo ai consultori familiari dell' ASL To2, dove il 70% delle pazienti è rappresentato da donne migranti.

Già durante il periodo di tirocinio in queste strutture, con l'approssimazione a pazienti di provenienze diverse, anche grazie alla presenza del mediatore culturale, il MMG sarà preparato a prenderli in carico in modo appropriato, acquisendo anche la capacità di adottare una medicina preventiva pensata e dedicata specificamente a questi pazienti.

Questa esperienza non è normalmente offerta dal corso per MMG, almeno in Piemonte.

Oltre a questo, anche un tirocinio in un paese a basso reddito, in strutture dedicate alle cure primarie (PHC), potrebbe consentire un arricchimento formativo ai futuri MMG. Pensiamo sia una preziosa occasione per conoscere le culture e le concezioni della salute Oltre a questo, anche un tirocinio in un paese a basso reddito, in strutture dedicate alle cure primarie (PHC), potrebbe consentire un arricchimento formativo ai futuri

MMG. Pensiamo sia una preziosa occasione per conoscere le culture e le concezioni della salute di persone che vivono nei paesi a forte pressione migratoria, arricchendo quindi la capacità di creare una relazione medico-paziente efficace quando i migranti si presenteranno ai servizi nel contesto torinese.

A queste premesse, in particolare l'aspetto innovativo di un tirocinio che ha sullo sfondo la cooperazione internazionale ma è dedicato alla formazione dei MMG, ha creduto anche la FNOMCeO.

Per queste ragioni a Torino è partito il progetto "MMG Sans Frontières" con l'obiettivo di dare la possibilità a specializzandi in MMG, in accordo con la loro scuola di formazione, gestita a Torino dall'OMCeO, di frequentare corsi organizzati da ONG torinesi e di svolgere almeno un mese del proprio tirocinio in un paese a basso reddito.

La sinergia tra comitato tecnico-scientifico del corso di formazione e Comitato di Collaborazione Medica (CCM), nata per iniziativa dei due specializzandi di cui riportiamo l'esperienza, ha consentito di presentare una proposta per un bando della FNOMCeO, per il sostegno ad iniziative per la formazione e l'aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei paesi a basso reddito (bando del maggio 2014).

La proposta è stata approvata e finanziata: tre specializzandi si sono aggregati (uno in Etiopia e due in Kenya) a progetti di PHC, grazie ai quali hanno potuto svolgere parte del tirocinio previsto dalla scuola di specializzazione. Hanno lavorato con operatori locali in ambulatori (outpatient departments) e nei centri di cura distribuiti sul territorio (Primary Health Care Units); sono stati accompagnati da tutor che hanno contribuito alla loro formazione, oltre che al monitoraggio e alla valutazione degli operatori locali. Ci fa piacere aggiungere qui alcune delle riflessioni che i due tirocinanti già rientrati hanno riportato al termine dell'esperienza nei PVS.

L. C. si è recato in Etiopia, Regione del Tigray, presso l'Health Center di Adi Shum Dhun. Vi ha soggiornato per 45 giorni, insieme al Tutor S.L. "*Il confronto con realtà culturali e gestionali diverse mi ha arricchito umanamente. La difficoltà di lavarsi le mani tra due pazienti è un esempio di come ci si può trovare molto lontani dalle nostre abitudini. Ho sperimentato la necessità di creare una relazione di fiducia sia con gli operatori locali che con i pazienti. Certamente aver conosciuto culture molto diverse dalla nostra mi consentirà di svolgere meglio la mia professione di medico di medicina generale, specie nei confronti di popolazioni immigrate che hanno un senso del tempo, della malattia e della vita stessa diverse da quella italiana*".

A. B. si è recato in Kenya, nella contea di Isiolo. dove il CCM gestisce la parte sanitaria di un progetto finanziato dal Ministero Affari Esteri e Cooperazione Internazionale, per migliorare l' accesso ad acqua e servizi igienici, oltre ad aumentare la qualità della Primary Health Care. Vi ha soggiornato 45 giorni, avendo come tutor C.A. "*La sfida maggiore, nella quasi totalità dei casi, consiste nell'effettuare diagnosi solo cliniche, in dispensari privi di laboratorio, imparando a farci bastare una buona raccolta*

CONTINUA A PAG. 29

MMG sans frontières

CONTINUA DA PAG. 28

anamnestica e un minuzioso esame obiettivo.
Importante il lavoro di training on the job fatto lavorando con il personale locale, visitando 15 strutture sanitarie di base, gestite da personale sanitario non medico. Lo scambio con operatori sanitari locali e con pazienti di cultura diversa mi aiuteranno nello svolgimento della mia professione medica in Italia".

È stato un piccolo progetto pilota, che riteniamo importante continuare per dare la possibilità ai MMG di acquisire elementi relativi alla vita e alla cultura dei potenziali futuri pazienti nel loro ambiente, prima della migrazione. Oltre a questo, trattandosi di un percorso di formazione che prevede una parte consistente "di campo" e che permette un apprendimento "con" e "nella" comunità, lo segnaliamo come un nuovo esempio di Palestra di Salute Globale[6].

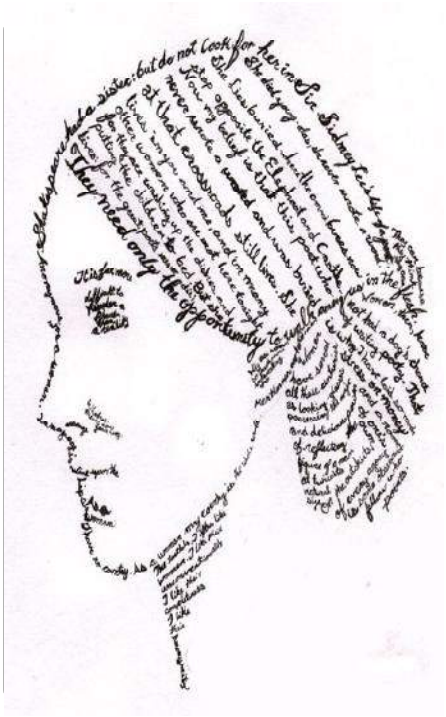
Marilena Bertini
Franco Locatelli,
Comitato di Collaborazione Medica (CCM), Torino

Bibliografia

Geraci S. et al. Migrazione e salute: falsi miti e vere emergenze. Blog saluteinternazionale.info, 29.07.2015. Dati: unhcr.org
Scheda Dossier Immigrazione 2015 [PDF: 1,27 Mb]. A cura di IDOS, in partenariato con Confronti e in collaborazione con UNAR
Sintesi XXIV Rapporto immigrazione 2014 (Caritas Italiana e Migrantes) su: migrantitorino.it a cura dell'Ufficio Pastorale Migranti, Torino
Costa G. et al. Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia - Evidenze, meccanismi di generazione, politiche. Documento istruttorio commissionato dal gruppo di lavoro Equità in salute e sanità della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, 2015
Napier D. et al. The Lancet Commissions: Culture and health. Lancet 2014; 384
AA. VV. Le Palestre di Salute Globale: per apprendere con e nella comunità. Saluteinternazionale.info, 16.11.2015

Cosa si intende per medicina genere-specifica? A spiegarlo è Mariapaola Salmi, che dirige l'Italian Journal of Gender Medicine, e ci tiene a precisare: quella di genere non è una medicina alternativa

PERCHE' ABBIAMO BISOGNO DI UNA MEDICINA DI GENERE?



Il primo ostacolo alla diffusione della medicina di genere è la non conoscenza. Il termine "genere" definisce le categorie uomo e donna, fondate sia sulle differenze biologiche, di sesso, sia sui fattori ambientali, socio-culturali ed economici che le condizionano. La stessa Organizzazione mondiale della sanità pone attenzione speciale alle diversità con cui numerose patologie, un tempo ritenute tipicamente maschili, si presentano nelle donne. Ne sono scaturite una serie di raccomandazioni che permetteranno sempre più distudiare le persone, uomini e donne, non solo biologicamente, ma in maniera più complessa e globale.

Una questione di primaria importanza va chiarita: la medicina di genere non è la medicina delle donne. Risale al 1991 la prima citazione di una medicina riferita anche alle donne. La cardiologa Bernardine Healy, allora a capo dell'Istituto nazionale di salute pubblica, scrive sulla rivista New England Journal of Medicine della cosiddetta "Yentl Syndrome", soffermandosi sul comportamento discriminante, nella sua specialità, nei confronti delle donne.

La medicina di genere è un approccio diverso e innovativo, se vogliamo rivoluzionario, alledisegualglianze di salute, e non solo, a partire dall'insorgenza e dall'evoluzione della malattia - dai sintomi, dalle diagnosi e prognosi fino ai trattamenti - legate non solo a una differente appropriatezza diagnostico-prescrittiva, ma soggette anche a diseguaglianze sociali, culturali e perfino etniche, psicologiche, economiche e politiche. Si tratta di una questione aperta non più rinviabile, perché il genere è un determinante essenziale di salute e come tale contribuisce a delineare nuove priorità, azioni, obiettivi e programmi. Uno dei temi più sentiti, in questo ambito, è la promozione della ricerca differenziata in base al genere, per affrontare le diseguaglianze nella salute e garantire parità di trattamenti e di accesso alle cure. Non è facile l'approccio di genere alla salute. Tanti, troppi, sono i pregiudizi, gli stereotipi, le diseguaglianze nella medicina, nella ricerca, nella sperimentazione dei farmaci, e nello studio dei fattori di rischio e delle cause di una malattia. Solo attraverso l'attuazione della medicina di genere si aprirà la strada all'appropriatezza e alla tutela della salute per entrambi i generi.

Che cos'è la medicina genere-specifica

Detto questo, la medicina di genere non esiste. Meglio parlare di medicina genere-specifica, vale a dire di una medicina a misura di uomo e di donna. Come ha più volte ripetuto Giovannella Baggio,

CONTINUA A PAG. 30

MEDICINA DI GENERE

CONTINUA DA PAG. 29

nella pratica clinica e nell'insegnamento di una medicina ritagliata per l'uomo e per la donna, non può esserci un'altra strada separata e diversa dal resto della medicina. Insomma, la medicina di genere non è una medicina alternativa. Tutta la medicina, in ogni sua specialità, va applicata e insegnata in modo genere-specifico. Questo implica un grandissimo sforzo della comunità scientifica per colmare quel gap di conoscenze, certamente avanzate, ma non derivate da solidi studi di genere.

Perché abbiamo bisogno della medicina genere-specifica

La medicina negli ultimi 50 anni ha considerato e studiato i pazienti indipendemente dal genere e dalle caratteristiche socio-culturali e ambientali. Un esempio sono i trial, ovvero gli studi clinici sperimentali composti principalmente da campioni di popolazione maschile. La conseguenza è una ridotta personalizzazione delle cure e una loro standardizzazione misurata sul soggetto maschile e senza tener conto di variabili come il genere, lo status sociale, l'istruzione, la cultura, l'educazione, ecc.

Lo stesso approccio al sistema sanitario è per così dire "neutrale" rispetto al genere. È tuttavia risaputo che le diseguaglianze nella salute sono strettamente correlate ad altre diseguaglianze ed è quindi fondamentale studiarle per capire come esse influenzano le condizioni di salute di uomini e donne. "La dimensione di genere nella salute è una necessità di metodo e analisi, ma diviene anche strumento di governo di sistema", ha sottolineato la ministra della salute, Beatrice Lorenzin, all'interno di un editoriale pubblicato sul numero 2, 2015 dell'Italian Journal of Gender-Specific Medicine. La medicina di genere applica alla medicina il concetto di diversità tra generi per garantire a tutti, uomini e donne, adulti bambini e anziani, il miglior trattamento in funzione delle specificità di genere.

Dunque, riconoscere le differenze di genere diventa essenziale per delineare programmi, per organizzare l'offerta dei servizi, per indirizzare la ricerca, per raccogliere e analizzare dati statistici, per promuovere la salute, per informare e comunicare in modo corretto, per garantire appropriatezza, nell'accezione più allargata del termine, e personalizzazione delle cure.

A che punto siamo in Italia

La medicina di genere deve diventare un obiettivo strategico di sanità pubblica. L'Italian Journal of Gender-Specific Medicine, che dirigo, è nato meno di un anno fa proprio con l'intento di stimolare un dibattito sul tema e favorire la diffusione della "cultura della medicina di genere" attraverso il coinvolgimento di diversi stakeholder, quali mediche e medici, ricercatrici e ricercatori, clinici e di base, farmacologhe e farmacologi, decision-maker, payer, dirigenti sanitari, economiste e economisti, bioeticiste e bioeticisti, e ancora molti altri, il cui ruolo è riconosciuto come in grado di operare all'interno della sanità e della società per contrastare le diseguaglianze. Ci auguriamo che la "medicina di genere" venga compresa nella sua complessità e rilevanza sanitaria e sociale; che diventi la protagonista del dibattito e che, finalmente, si pongano le basi per costruire strategie di genere a livello sanitario, politico, sociale e culturale.

La più recente delle proposte di legge in materia, con prima firmataria l'onorevole Paola Boldrini, per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere in discussione alla Camera in questi mesi, autorizza a ben sperare.

Insomma, l'Italia non è immobile di fronte a questa tematica, anzi. Manca però ancora una vera strategia di genere. Come accennato sopra, tanti sono i pregiudizi, le resistenze culturali e scientifiche. Persiste anche una notevole confusione, con gli immancabili ritardi, ma il dibattito è iniziato da alcuni anni ed è acceso. Policy maker, ricercatrici e ricercatori, operatrici e operatori sanitari cominciano a capire che i prossimi anni si giocheranno su questa che è la sfida futura più urgente. È dalla fine degli anni Novanta che la medicina di genere ha iniziato a seminare nel nostro Paese, anche se è dal 2008 che si sono evidenziati i maggiori progressi sia per quanto riguarda l'impegno delle maggiori istituzioni sanitarie nazionali, sia riguardo a specifiche attività attuate dalla gran parte delle regioni. A tal proposito segnalo l'analisi fornita da Fulvia Signani nel numero 2/2015 dell'Italian Journal of Gender-Specific Medicine disponibile online.

Riguardo alle figure che in questi anni si sono occupate di medicina di genere, vorrei sottolineare la presenza e partecipazione di donne e uomini, impegnati quotidianamente in tutti gli ambiti della medicina e della sanità, della politica e dell'amministrazione pubblica. A loro dobbiamo, tutti noi, quanto fino a oggi è stato fatto e portato avanti sulla medicina di genere.

Mariapaola Salmi

21/4/2016 www.ingenere.it

Dall'associazione "salute pubblica". Un gruppo di studio permanente che vuole mettere in luce il significato reale di Salute. La Salute è Pubblica perchè diritto fondamentale di tutti. Diritto che deve essere tutelato nella realtà lavorativa, sociale e ambientale in cui ciascuno di noi vive ed opera. La Salute è determinata non solo dalla conoscenza tecnico-scientifica ma soprattutto dal sapere delle persone, di tutti noi, in quanto titolari della Salute stessa. Salute Pubblica, pertanto, si propone di raccogliere e dare voce ai saperi soggettivi che provengono dal vissuto concreto sì da portarli a livello di sapere ufficiale. Sapere ufficiale oggi fin troppo conformato alle logiche liberiste dominanti.

MALFORMAZIONI NEONATALI: ANCORA CONFERME SUL MAGGIOR RISCHIO IN PRESENZA DI SO2 NELL'ARIA.

La Regione Puglia nel luglio 2013 sulla base delle risultanze del primo studio sulle malformazioni congenite a Brindisi, ha istituito il registro regionale delle malformazioni, ma sinora non è stato pubblicato alcun report. E ciò mentre da un altro sito inquinato della regione, Manfredonia, giungono prime evidenze di eccessi di difetti neonatali.

Le malformazioni neonatali sono un indicatore di salute precoce in un contesto di inquinamento atmosferico. Il loro studio è di fondamentale importanza per rilevare rischi per la salute a breve termine.
Il monitoraggio dovrebbe essere quindi continuo.
Uno studio di coorte condotto nella città di Anqing in Cina sui nati con malformazione dal 2010 al 2012 ha rilevato che il rischio di malformazioni è correlato con più elevati valori di SO2 (anidride solforosa) misurata nell'ambiente. La correlazione è stata dimostrata per esposizioni della madri prima del concepimento, nel primo e maggiormente nel secondo semestre.

Sono stati studiati 398 casi di bambini e bambine nate con malformazioni congenite su 16332 nati nel periodo considerato. Un incremento di 10 mg/m3 nel secondo trimestre di gravidanza è fortemente associato con difetti congeniti.
L'articolo di Cijiang Yao e colleghi Air Pollution and the Risk of Birth Defects in Anqing City, China è stato appena pubblicato sul numero di Aprile - volume 58 - della rivista JOEM, American College of Occupational and Environmental Medicine.
La ricerca cinese appena pubblicata cita il lavoro condotto nella città di Brindisi da ricercatori del CNR di Lecce e della locale ASL sulle malformazioni del capoluogo diagnosticate dal 2001 al 2010.
Le mamme di quei bambini erano state esposte, nel periodo della loro gravidanza che va dalla terza alla ottava settimana, ad una concentrazione di anidride solforosa (SO2) più elevata delle mamme che avevano partorito negli stessi anni bambini in buona salute (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935113001862)

Gli stessi autori un anno prima avevano pubblicato su altra rivista internazionale i dati riguardanti le malformazioni congenite a Brindisi registrando nello stesso arco temporale un totale di 194 anomalie su 8.503 neonati e osservando una prevalenza di 228 casi su 10.000 nati vivi, approssimativamente il 17% in più rispetto al dato riportato dal registro europeo EUROCAT (http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2393-12-165).
Questi dati non sono stati sinora smentiti nonostante qualche comunicazione personale abbia cercato di seminare dubbi, ma al momento mancano pubblicazioni di valore paragonabile di segno contrario. Arriva invece proprio in questi giorni dal lavoro cinese una conferma che la misurazione della SO2 atmosferica è una ipotesi corretta per predire il rischio di malformazioni congenite.
La Regione Puglia nel luglio 2013, probabilmente sulla base delle risultanze del primo studio sulle malformazioni congenite a Brindisi, ha istituito il registro regionale delle malformazioni, ma sinora non è stato pubblicato alcun report. E ciò mentre da un altro sito inquinato della regione, Manfredonia, giungono prime evidenze di eccessi di difetti neonatali. In quell'area l'inquinante sospettato è però l'arsenico, usato nel locale stabilimento chimico sin dal 1971, disperso nell'ambiente in un incidente del 1976 (e non solo), ma ancora presente nelle matrici ambientali oggetto di bonifica.

Uno studio di coorte è in corso sulla popolazione di Brindisi e altri 6 comuni ed include anche le malformazioni neonatali, ma i risultati, preannunciati per la fine del 2015, non sono ancora noti. Brindisi è infatti la seconda area più industrializzata della Regione e sede di un grave inquinamento industriale di suolo e falda.

www.salutepubblica.net

AMBIENTE VS SALUTE

"Così l'inquinamento modifica il genoma"

INTERVISTA.

Parla Ernesto Burgio, coordinatore nazionale del Comitato scientifico dell'Isde: "L'esposizione continua ad agenti nocivi come metalli pesanti e particolato ultrafine crea le premesse alle mutazioni che daranno origine ai tumori".

Ernesto Burgio, coordinatore del Comitato scientifico di Isde Italia, l'associazione dei medici per l'ambiente affiliata all'International Society of Doctors for the Environment, gira da anni il Paese per illustrare le nuove frontiere del dna, ed in particolare il fondamento scientifico delle modifiche del nostro programma genetico. Secondo molti scienziati sono alcuni fattori esogeni (inquinanti chimici, virus, radiazioni ionizzanti) a determinare una sorta di stress genetico, che nel giro di alcuni anni o decenni si traduce in vere e proprie mutazioni. Piuttosto che spendere ingenti somme nel settore sanitario solo per le cure, i medici e ricercatori dell'Isde indicano dunque da decenni la strada obbligata della prevenzione primaria: meglio evitare di costruire un impianto inquinante e inutile piuttosto che ignorarne le ricadute ambientali ed esser poi costretti a curare chi ne subisce gli effetti nocivi. In altre parole: meglio cominciare a combattere le cause dei tumori invece di puntare esclusivamente su cure costose e troppo spesso tardive. Terra ha incontrato Burgio a Napoli. Nella giornata in cui molti Comuni hanno bloccato la circolazione alle auto per provare a contrastare i livelli di inquinamento atmosferico, le sue parole appaiono come un appello accorato alla comunità scientifica e alla società verso un'evoluzione culturale dell'approccio al legame tra salute ed ambiente.

Lo schema delle mutazioni casuali del dna è ancora valido?

Siamo dell'idea che quantomeno debba essere aggiornato. Il punto chiave è: queste mutazioni sono stocastiche (cioè casuali, legate a una sorta di usura del dna, imprevedibili e non prevenibili) o sono il prodotto di uno stress epigenetico prolungato che poi si trasforma in danno genetico? In questo secondo caso la prevenzione primaria diventa fondamentale. E allora sì che il cancro diventa una malattia prevenibile. Numerosi fattori ambientali, infatti, possono agire su diverse componenti della cellula: sui recettori, sull'assetto epigenetico del dna (sul "software", per così dire) o sulla stessa sequenza-base del dna, modificandola. Il particolato ultrafine, i metalli pesanti provocano una sorta di stress genetico, che dopo mesi o anni, attraverso un processo complesso e sistemico, provoca la trasformazione delle cellule e dei tessuti interessati. Il cancro deve essere visto come il prodotto finale di un lungo percorso di condizionamento e trasformazione della segnaletica intercellulare. Vari gruppi di ricerca studiano da anni per comprendere in che modo i vari inquinanti possano cambiare il micro-ambiente uterino, interferendo sull'assetto epigenetico dei tessuti fetali (in pratica sulla programmazione fetale di organi e tessuti) nei primi mesi dello sviluppo.

Qual è il concetto di stress epigenetico?

La storia nasce trent'anni fa quando il professor Tomatis, uno dei più famosi oncologi europei, che per oltre dieci anni ha diretto la Iarc (l'Agenzia europea di ricerca sul cancro) e che per quasi 20 anni è stato il direttore scientifico di Isde, studiando alcuni casi drammatici di bambine che si erano ammalate di cancro a causa dell'esposizione delle loro madri al Des (un farmaco dotato di attività estrogenica) capì che all'origine del cancro poteva anche esserci una modifica specifica del genoma che non si configurava come mutazione casuale del dna, ma appunto come "marcatura" specifica, trasmissibile da una generazione all'altra. Allora non si sapeva ancora nulla sull'epigenoma. Oggi sappiamo che il dna non è una molecola semplice, una sequenza lineare come si pensava allora. Sappiamo che si tratta di un network incredibilmente complesso e sofisticato di molecole: la parte più dinamica, che si chiama appunto epigenoma, viene continuamente indotta, modulata, trasformata dall'ambiente. L'esposizione continua del nostro dna a un inquinamento sempre più capillare, e in particolare a metalli pesanti, particolato ultrafine, ai cosiddetti distruttori endocrini, modella quest'epigenoma nel lungo periodo e crea le premesse alle mutazioni genetiche che danno poi i tumori. Questo è un dato scientifico sempre più dimostrato e diventa sempre più la base di una nuova visione della cancerogenesi, e più in generale del modo in cui si vengono a determinare le malattie, a partire dall'embrione. Diventa così fondamentale

CONTINUA A PAG. 33

"Così l'inquinamento modifica il genoma"

CONTINUA DA PAG. 32

gionare in termini di prevenzione, da un lato riducendo l'inquinamento ambientale, soprattutto nelle nostre città, e dall'altro limitando l'esposizione delle mamme e del feto.

Qual è la situazione dei tumori dell'infanzia?

Un bambino su 5-600 nel mondo occidentale va incontro a una patologia neoplastica: è la seconda causa di morte nell'infanzia dopo gli incidenti, la prima per patologia nei bambini. Non si tratta quindi più di una patologia "rara". Nel 2004 la rivista Lancet ha pubblicato una prima panoramica di questi dati dimostrando come in tutta Europa vi sia un incremento annuo dell'1,2% dei tumori infantili, con un incremento ancora maggiore nel primo anno d'età. Nel 2006 l'European Journal of Cancer ha pubblicato un numero monografico che è andato più a fondo: ha registrato un incremento annuo dell'1,5-2% per alcune forme neoplastiche e in particolare per i linfomi non Hodgkin e per alcuni sarcomi maligni, considerati da alcuni studiosi come malattie "sentinella", sintomatiche di un'esposizione ambientale ad alcuni grandi impianti, come gli inceneritori. Ma anche le leucemie e i tumori del cervello sono in costante aumento. Alcuni studi epidemiologici hanno considerato tra i principali fattori ambientali implicati anche i campi elettromagnetici legati all'uso dei cellulari. E in Italia i dati sono ancora più preoccupanti. Nel nostro paese abbiamo 175 casi/anno per milione di abitanti, rispetto ai 158 degli Usa e ai 140 della media europea. Ma soprattutto abbiamo un incremento annuo del 3% nel primo anno d'età. è importante capire il significato di questo dato: non è tanto l'esposizione del bambino il problema, bensì quella delle loro madri, e talvolta anche dei padri (e se sono danneggiati i gameti si può anche temere in una propagazione transgenerazionale del cancro). Ancora più significativo il dato sull'incremento dei linfomi: se in Europa è dello 0,9%, in Italia è addirittura del 4,6 annuo! Alcuni ricercatori dell'Environmental Health Institute hanno calcolato che nei primi 2 anni di età abbiamo un incremento 8 volte superiore a quello atteso. E questo aumento non può che riflettere l'esposizione genitoriale a numerosissimi fattori ambientali cancerogeni o pro-cancerogeni.

Ci sono già degli studi che collegano i fattori ambientali alle modificazioni del dna?

Nel 2005 alcuni biochimici hanno disegnato una sorta di processo in cui dei tags, delle segnature epigenetiche in alcuni punti chiave del genoma sotto stress perché esposto a cancerogeni, finiscono per diventare le marcature che aprono la strada alle vere e proprie mutazioni genetiche. Ecco il punto

chiave: se noi possiamo dimostrare che le marcature epigenetiche prodotte da uno stress ambientale avvengono negli stessi "punti caldi" in cui, dopo mesi o anni, si vengono a determinare le mutazioni genetiche, è evidente che il processo di cancerogenesi si configura come una sorta di work in progress reattivoadattativo. Molte di queste modifiche avvengono quando un tessuto è esposto ad agenti inquinanti. E appare sempre più chiaro che a degenerare non sono le cellule adulte ma soprattutto le cellule staminali dei vari tessuti, che sono esposte a una continua sollecitazione, perché costrette a riparare lesioni e danni. Un simile stress epigenetico è stato documentato a seguito di una esposizione protratta a dosi infinitesimali di metalli pesanti come il nichel e il cromo. è proprio questa esposizione continua a quantità minimali ad aprire la strada alle alterazioni genetiche. è stato dimostrato che, nei luoghi in cui c'è stata una esposizione prolungata a sostanze tossiche, genotossiche o epi-genotossiche come nel caso di Seveso (diossina), questo stress si traduce con grande frequenza, anche in soggetti apparentemente normali, in specifiche lesioni cromosomiche, le traslocazioni, che sono tipiche di leucemie e linfomi. Anche questo dato deve essere compreso: significa che le traslocazioni rappresentano un tentativo delle cellule di reagire all'inquinamento, di correre ai ripari mediante modifiche del proprio assetto genetico o cromosomico che permettano loro di proliferare per sostituire le cellule danneggiate. Ma è evidente che se la situazione di inquinamento e stress genetico si protrae, la modifica può diventare definitiva e pericolosa.

La chiave è la prevenzione?

E' giustissimo fare la prevenzione secondaria. Ma prima Tomatis, per decenni, e adesso noi cerchiamo di affermare con forza che la vera prevenzione è solo quella primaria. Ridurre l'esposizione delle mamme in gravidanza, dei bambini, del feto che attraverso la placenta può essere "bombardato" da

CONTINUA A PAG. 34

"Così l'inquinamento modifica il genoma"

CONTINUA DA PAG. 33

centinaia di sostanze tossiche, dovrebbe essere la prima regola. Il vero problema è che tutte queste cose le mamme non le sanno. Per cui si continuano a vedere tutti questi bambini nei loro passeggini in giro per le città esposti al particolato fine, ai metalli pesanti, agli idrocarburi aromatici, al benzene come se tutto questo fosse un determinante secondario della loro salute. Tutto questo è una follia che va avanti da decenni. I metalli pesanti, il particolato ultrafine, che vengono prodotti dal traffico veicolare, dagli inceneritori e da altri grandi impianti vengono spesso sottovalutati nei loro effetti. Le sostanze che vengono prodotte da qualche parte devono pur andare a finire: nell'ambiente, in ultima analisi nell'atmosfera (venendo respirate) e nella catena alimentare (e quindi ingerite). è questo inquinamento di base che va combattuto.

Un esempio concreto?

L'inceneritore di rifiuti, che produce un'enorme quantità di particolato ultrafine e di metalli pesanti, nonché di diossine. I nuovi impianti, cosiddetti termovalorizzatori, riescono a bloccare una parte di quest'inquinamento, soprattutto le grandi molecole e in parte le diossine, ma riducono solo in minima parte l'immissione in ambiente di metalli pesanti e particolato ultrafine, che sono gli inquinanti in assoluto più pericolosi. I filtri non possono fermare l'immissione di un particolato a 0,1 micron. Per cui, se è vero che non si può evitare di costruire impianti necessari, come le centrali termoelettriche, bisognerebbe almeno cercare di farle funzionare con combustibili meno tossici come il gas naturale, piuttosto che a carbone. Per quanto riguarda gli inceneritori, non ha davvero più alcun senso bruciare milioni di tonnellate di materiali preziosi, riciclabili e riutilizzabili, per produrre e immettere in ambiente sostanze cancerogene. Come diceva il nostro indimenticabile direttore scientifico, il professor Tomatis, "le generazioni future non ce lo perdoneranno".

www.terranews.it

SI MUORE PRIMA, OLTRE ALLA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITA' IN ITALIA

Record di morti premature per inquinamento

Ben oltre dodici milioni di morti. Questo il tributo che paghiamo annualmente a livello globale all'inquinamento secondo un report recentemente pubblicato dall'Oms. Una cifra in crescita, che vede fattori ambientali come inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo, esposizione a sostanze chimiche nocive, cambiamenti climatici e radiazioni ultraviolette, uccidere di più delle 100 malattie o tipologie d'incidente mortali statisticamente più comuni. A corerre i rischi maggiori sono i bambini sotto i 5 anni, 1 milione e 700 mila vittime ambientali l'anno, e le persone tra i 50 ed i 75 anni. L'inquinamento atmosferico è associato a mortalità per malattie cardio-respiratorie, tumore al polmone, ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie (compresa la polmonite) e per asma, incidenza e riacutizzazione di asma, rinite allergica, sintomi respiratori (tosse, espettorato, respiro sibilante, difficoltà di respiro), riduzione della funzione respiratoria , inoltre, causa un incremento dell'assenza dal lavoro e dalla scuola, nonché la necessità di aumentare le dosi di broncodilatatori nei pazienti con patologia ostruttiva cronica.

L'Italia è il Paese dell'Unione europea che segna il record del numero di morti prematuri rispetto alla normale aspettativa di vita per l'inquinamento dell'aria. La stima arriva dal rapporto dell'Agenzia europea dell'ambiente (Aea): nel 2012 ha registrato 84.400 decessi di questo tipo, su un totale di 491mila a livello Ue.

I tre i 'killer': micro polveri sottili (Pm2.5), il biossido di azoto (NO2) e l'ozono, quello nei bassi strati dell'atmosfera (O3), a cui lo studio attribuisce rispetti-vamente 59.500, 21.600 e 3.300 morti premature in Italia.

redazione

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

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

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 Franco, un cliente assiduo

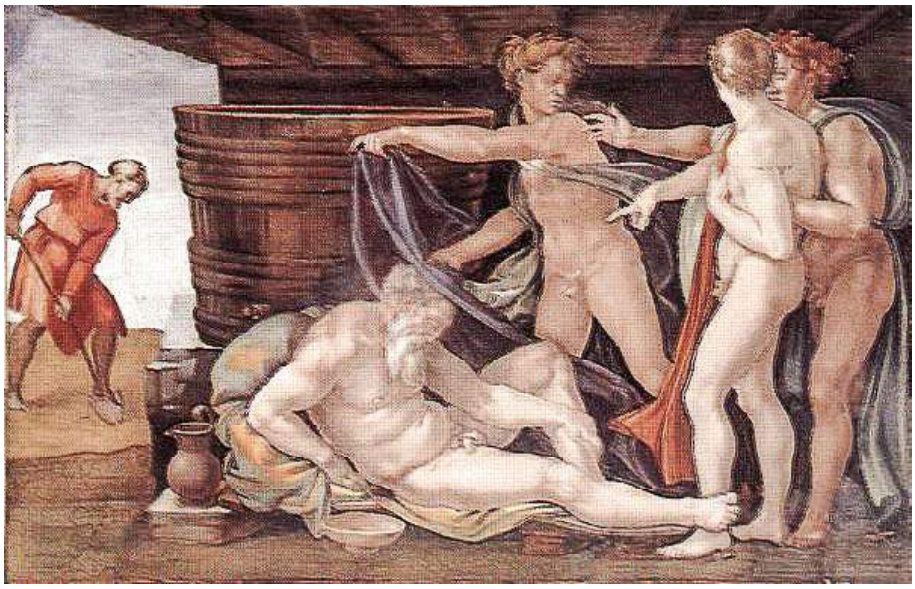
inserzione concessa gratuitamente

monologo di un etilista

parte 6

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

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



La notte passò in fretta, del resto buio e piacere sono elementi che non cozzano mai e non durano mai tutta la vita. Renato si vestì velocemente e raggiunse la cucina, dove Sandra, ancora seminuda, stava preparando il caffè.

"Buongiorno Professò, avete dormito tanto, menomale che non russate. Voi siete gentile, pure quando dormite, professò. Adesso la vostra Sandra vi fa una tazza di caffè e poi andate via. State sempre di corsa, avete la mania di correre, voi. Sedetevi!"

Prese posto sorridendo e ne approfittò per saperne di più, sul suo conto "ma non è vero, che vado sempre di corsa, perché mi dici ste cose? Io sono un pensionato, quindi un miracolato, non ho fretta". Sandra non scese di un gradino dalle sue convinzioni "si, voi siete nato di fretta, Professò! V'hanno inventato dentro un portone, ne so sicura. Gli uomini come voi non trovano pace e io ne conosco tanti". "Ma non credi di sapere troppe cose?" Chiese, incuriosito e divertito, Renato.

L'amica, prima di rispondere si alzò la gonna e disse "questa che ho tra le gambe è l'unica cosa intelligente che posseggo. Quelle come me, proprio perché credono di sapere tutto, si ritrovano a fare le puttane". Il professore non riuscì a tenere il passo delle battute, si congedò, ringraziandola "Sandra, menomale che ci sei tu, riesci a ricordarmi di avere ancora dei desideri. Ti ringrazio!"

Sandra, abituata a ben altri latrati, abbassò lo sguardo, quasi a voler contenere una vampata di emozione. Renato carpì al volo il momento, la baciò sulle labbra come fosse la sua donna, la strinse a sé e scivolò nelle frasi ovvie, banali, quelle che odiava "E' stata una serata indimenticabile, se non avessi bevuto sarebbe andata anche meglio, tutta colpa mia. A presto, Sandra".

Scese di corsa. Si sentiva leggero, come dopo un esame, come dopo un giorno in cella d'isolamento, come dopo il chiarimento con un Compagno. In strada, incontrò Walter, falegname di vecchia data, sempre con il suo cassetto per gli attrezzi, pronto ad aiutar chiunque chiedesse una mano in casa.

Lo conoscevano tutti, soprattutto le signore, lo chiamavano per qualsiasi guasto. Appena si rese conto della presenza del maestro in pensione, gli andò incontro e chiese "ciao Professò, dove vai?"

Il maestro si diede una messa a punto sul posto e rispose "ciao Walter, ho dormito da Sandra. Sto uscendo adesso e sono in cerca di un amico con cui fare un bicchiere".

Il falegname lo appoggiò senza commentare. Si conoscevano dall'infanzia, due diversi destini, due vite parallele e un rispetto dovuto a chi, un tempo, giocava nello stesso campetto, nelle stesse strade brecciate.

Giunti al bar, Daniele li accolse con i suoi modi farseschi "buongiorno signori! Difficile incontrare due loschi simili in giro per la città. Devi nascere da queste parti per poterli vedere. Diciamo che io sono un uomo fortunato". Posto solito, due bicchieri stracolmi di rosso e due vecchi compagni che brindano, forse la vita regala anche emozioni più belle, ma per Renato non esisteva di meglio.

Dopo il secondo brindisi, il maestro estrasse a sorte la domanda da porre a Walter "sei incredibile, cominci dal mattino. Lavori otto ore al giorno e nel tempo libero vai a mettere a posto gratis, sottolineo il gratis, rubinetti, finestre, serrande e mobili della gente di qua. Non ti senti usato?"

Il falegname scoppiò a ridere e

CONTINUA A PAG. 37

monologo di un etilista

CONTINUA DA PAG. 36

non rispose, allora il maestro tornò alla carica "ma ci ridi sopra?
Credo sia una domanda lecita. Sei sempre disponibile con tutti, non credi che qualcuno ne possa approfittare?"
Walter spense la risata e ribatté "di chi parli? Della signora Adelina, a cui ho sostituito le corde delle serrande?
O di Marcello, il loffio, a cui ho messo a posto il tavolo e l'armadio?
Di cosa potrebbero approfittare? Io sono un falegname, mica un mago o uno da derubare".
"Come fai a essere così paziente e disponibile con tutti? Spiegamelo, ti prego!" proseguì il maestro.

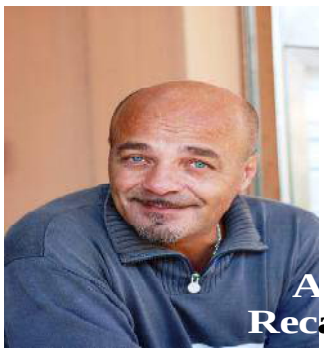
A Walter non piacevano le domande complicate, quella lo mise in difficoltà. Tastò le tasche per cercar le sigarette e prima di uscire per fumarla, disse ciò che la mente ammise "forse perché non mi faccio troppe domande.
Sono contento quando vedo gente contenta e sto male se vedo la gente triste, questa è l'unica risposta che so darti.
Se una signora mi chiede un favore, io vedo mia madre, ti basta? Adesso, scusami professò, esco per dare una pausa ai polmoni".

Renato rimase a contemplare i bicchieri da riempire, mentre il suo amico immaginario sedette di fronte, con l'ennesima accusa da sfoderare "li vedi? Ormai sono parte del sistema, sono come te. Porta conforto nelle case, perché la gente non può pagarsi più nulla, ha un ruolo preciso in questa società di merda. Andrebbe meglio come prete".

Il professore lo affrontò a viso aperto "siamo diversi io e te, l'ho sempre saputo.
Il cuore di un Compagno è grandissimo, può contenere l'amore verso ogni disperato nato su questa terra. Le persone come lui mi appassionano, la sua umiltà mi fa sentire piccolo.
Tu non ci crederai, ma io sono orgoglioso di essere amico di quel falegname!"

Massimo lo guardò da capo a piedi e versò la sua indignazione "sei un povero rincoglionito, un alcolizzato romantico".

Prima parte n. 3 - giugno 2015
Seconda nel n. 4 - settemb. 2015
Terza nel n. 5 - novembre 2015
Quarta nel n. 1 gennaio 2016
Quinta parte nel n. 2 marzo 2016



Antonio Recanatini

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

Collaboratore redazionale di Lavoro e Salute

LA PODEROSA

CIRCOLO RICREATIVO CULTURALE "LA PODEROSA"
TUTTE LE SERE (lunedì escluso) DALLE ORE 19,00
Affiliata ARCI - Via Salerno 15/A Torino
SERVIZI SOCIALI AI SOCI - BAR - MUSICA - INCONTRI - DIBATTITI
PRESENTAZIONE LIBRI E TANTO ALTRO
associazionelapoderosa@gmail.com ***www.associazionelapoderosa.it***

La condizione in cui si trovano migliaia di italiani che convivono con il virus dell'Epatite C (Hcv)

QUANDO CURARSI COSTA TROPPO

Pazienti che hanno sviluppato epatocarcinomi per farmaci arrivati troppo tardi; ingiustificati adempimenti burocratici per prescriverli; casi di reinfezione nei gruppi vulnerabili: da Milano a Catania i medici raccontano il primo anno delle nuove terapie, tra successi e difficoltà. Mentre, secondo i dati della Corte Icona, il 60% dei cirrotici con coinfezione non ha ancora accesso ai nuovi trattamenti. E intanto aumenta chi si cura con i farmaci generici indiani. A Bologna l'ospedale offre un servizio per accertare che chi li usa abbia la giusta dose di principio attivo e non utilizzi molecole contraffatte.

Avere una malattia cronica che potrebbe aggravarsi con conseguenze irreversibili e sapere che una medicina per curarla c'è ma non possiamo averla: costa troppo. Lo Stato ce la darà, ma solo dopo che ci saremmo aggravati.

E' la condizione in cui si trovano migliaia di italiani che convivono con il virus dell'Epatite C (Hcv), una malattia del fegato che, se si cronicizza, compromette anche altri sistemi e favorisce altre patologie. Dalla fine del 2014 sono state autorizzate e rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) cure in grado di guarire questa patologia rapidamente e senza effetti collaterali. Si tratta delle terapie antivirali dirette prive di interferone, estremamente efficaci ma anche costosissime, il cui prezzo al pubblico arriva a 70mila euro per persona. Per poter offrire questi farmaci innovativi il governo ha istituito uno specifico fondo da un miliardo per due anni (2015-2016), ma questi soldi sono sufficienti a curare solo una parte dei malati più gravi - circa 50mila persone- mentre il Piano nazionale per la prevenzione delle epatiti virali, approvato dalla conferenza Stato-Regioni all'inizio dell'anno, stima che siano un milione gli italiani con il virus e 330mila quelli in cirrosi epatica. L'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), ha stabilito che per accedere alle nuove cure bisogna essere in una condizione di cirrosi epatica, nello specifico avere una fibrosi F3 o F4, ovvero i due livelli più alti di danno del fegato.

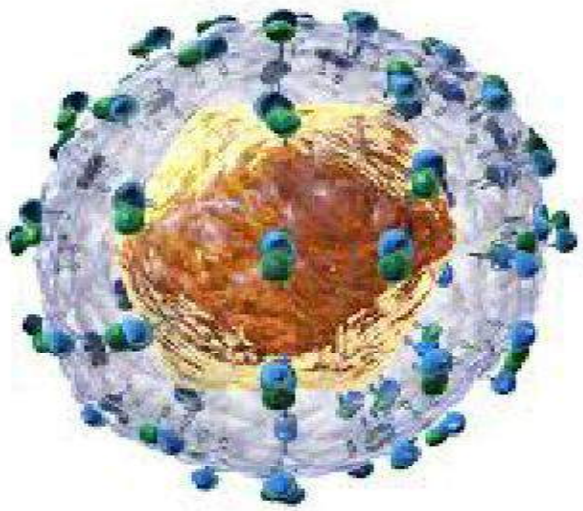
La coinfezione Hiv/Hcv: una "relazione pericolosa" non riconosciuta in Italia.

Sono 33mila le persone che in Italia hanno una coinfezione da Hiv e Epatite C accertata. Di queste, si è stimato che circa 8mila rischiano di morire se non trattate a breve. L'Associazione Europea per lo Studio del Fegato (Easl) ha raccomandato di trattare le persone coinfette quanto prima, perché la coesistenza dei due virus favorisce e rende più rapido l'aggravamento della malattia epatica. L'Aifa però non ha considerato in alcun modo, nei criteri di priorità di accesso alla cura, la maggior progressione della malattia epatica che la condizione di coinfezione Hiv/Hcv di fatto comporta. Dai dati che ci sono stati forniti dall'Aifa emerge che, alla fine del 2015, delle 30.823 persone complessivamente trattate con i farmaci forniti dal Ssn, 2.770 avevano una coinfezione: meno del 9% del totale. Questo significa che oltre il 90% dei coinfetti non hanno avuto accesso ai nuovi farmaci, a differenza di quanto avviene in altri paesi dove tutti coloro che hanno una coinfezione Hiv-Hcv ricevono automaticamente il trattamento. Il dato è ancora più preoccupante se confrontato con quello della corte Icona (che studia quasi 14mila italiani con Hiv): al dicembre 2015 circa il 60% dei pazienti coinfetti e già giunti allo stadio di cirrosi non sono ancora stati trattati. Eppure sono proprio i coinfetti a rispondere particolarmente bene ai nuovi trattamenti: dai dati raccolti nell'area di Bologna risulta che il 99,3% dei pazienti in hiv-Hcv trattati con i nuovi farmaci sono guariti, mentre l'eradicazione della malattia nei monoinfetti si ferma all'88%.

Il rischio tumori se la cura arriva tardi

L'obbligo di dare la nuova cura solo alle persone con il fegato in cirrosi è vissuto male dai medici

CONTINUA A PAG.. 39



QUANDO CURARSI COSTA TROPPO

CONTINUA DA PAG. 38

infettivologi ed epatologi italiani. Abbiamo raccolto i loro pareri, da Milano a Lecce, passando per le isole. Tutti affermano che non essere curati dall'Epatite C quando il fegato è ancora in buono stato è pericoloso, in particolare per i coinfetti Hiv/Hcv. Non solo perché la malattia epatica si sviluppa con più rapidità quando i due virus coesistono, ma anche perché - in caso di aggravamento della malattia - ci sono pochi centri trapianto che accettano le persone con Hiv, come ci è stato detto a Cagliari.

A Catania sono stati registrati due casi in cui sono insorti epatocarcinomi - ovvero tumori determinati dalla malattia del fegato - in due persone in cui l'Epatite C era già stata debellata grazie alle nuove, costosissime cure. Ciò è successo perché quando il virus era stato finalmente eliminato, l'organo era stato già danneggiato irreversibilmente. Il paradosso che si evidenzia è che, se da un lato tutti i medici intervistati sono convinti che l'eradicazione della malattia significa guarigione per il paziente solo se è preso in tempo, ovvero prima della cirrosi, dall'altro proprio i pazienti in questa condizione (con fibrosi del fegato F2 o inferiore) sono oggi esclusi, per legge, dall'accesso alle cure. Alle persone con Epatite C e il fegato ancora in buono stato, le nuove cure vengono rifiutate persino se sono malate di cancro o hanno gravissime malattie del sangue, ci è stato detto a Catanzaro. Ma il trattamento, se arriva tardi, potrebbe addirittura peggiorare la malattia: due casi di questo tipo sono stati segnalati a Bologna.

La burocrazia che ritarda le cure

Ritardi nell'accesso alle cure sono stati segnalati anche per le persone che ne hanno diritto. Questo dipende, oltre che da problemi finanziari delle regioni, anche dalla mancanza di personale sufficiente a seguire con attenzione tutti i pazienti, in alcuni ospedali. Tra gli ostacoli alla prescrizione dei nuovi farmaci, diversi medici, a Roma e Modena ci sono state segnalate pesanti incombenze burocratiche, che ricadono sulle spalle degli operatori sanitari e che avrebbero potuto essere evitate se Aifa avesse stabilito un sistema di coordinamento con regioni nelle procedure di prescrizione. Oltre al personale, in alcune regioni mancano anche gli strumenti necessari per la prescrizione. In tutta la Calabria c'è un solo fibroscan, ovvero lo strumento che serve per misurare il livello di fibrosi: un grosso problema per coloro che ancora non hanno avuto accesso alla cura e devono restare sotto controllo.

Se la cura con interferone costa poco meno dell'Harvoni

Oggi il prezzo che lo stato italiano paga per i nuovi farmaci è ufficialmente sconosciuto anche agli stessi medici che li prescrivono, ma informazioni vengono date attraverso gli informatori scientifici. Abbiamo così ricostruito il prezzo attualmente pagato dal nostro Ssn per ogni terapia: da quanto riferito, emerge che il prezzo del trattamento composto da uno dei nuovi farmaci insieme all'interferone, che provoca forti effetti collaterali, è meno di 6000 euro inferiore a quello dell'Harvoni, nuovo farmaco che guarisce senza disagi. Il trattamento con interferone è l'unico che viene offerto anche ai malati di Epatite C con fibrosi F2 (ovvero coloro che non sono ancora in cirrosi) e con altre malattie extra-epatiche. Dalle nostre interviste emerge che le persone senza cirrosi, per evitare di essere soggette per mesi a febbre, mal di testa, dolore alle ossa e depressione, tendono a non fare questa terapia e attendere le altre cure. Sembrerebbe così che, per una differenza di spesa non rilevante, si offra un trattamento che spinge i malati a posticipare la cura o a subire un grave danno della propria condizione di vita, invece che una terapia facile da assumere e risolutiva.

CONTINUA A PAG. 40

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: prelievi, terapie post visita
Senza prenotazione; non è necessaria l'impegnativa del medico
Su richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket
Disponibilità di mediatori culturali

QUANDO CURARSI COSTA TROPPO

CONTINUA DA PAG. 39

La reinfezione

A Milano e Roma vengono segnalati, nei gruppi vulnerabili, casi di reinfezione da Hcv anche dopo la cura. Si tratta di un rischio che potrebbe essere affrontato curando un maggior numero di persone. Ma è importante anche anche l'informazione poiché,

Superfarmaci e superguadagni

come ci è stato segnalato, in molti casi l'Epatite C è stato trasmesso durante incontri sessuali attraverso strumenti usati per inalare sostanze che non venivano ritenuti a rischio: il virus è passato anche se il rapporto era protetto.

Abbiamo inviato all'ufficio italiano di Gilead, l'azienda farmaceutica americana produttrice dei principali tra i superfarmaci, il Sovaldi e l'Harvoni, otto domande perché ci aiutassero a comprendere le prospettive dell'accesso alla cura nel nostro paese. Ma dopo che le domande sono state valutate ci è stato comunicato che la direzione italiana dell'azienda ha deciso, per il momento, di non rispondere. Eppure sul suo sito web la multinazionale rivendica che nel 2014 ha "aiutato più persone di sempre". Certamente, come emerge dai suoi bilanci, quell'anno ha guadagnato molto più di sempre: 12,4 miliardi di dollari sono stati infatti i ricavi della vendita dei due prodotti nel 2014, il doppio dell'anno precedente. E nel 2015 ha fatto ancora meglio: gli introiti dei due superfarmaci sono arrivati a 19,13 miliardi di dollari (13.86 dall'Harvoni e 5,27 dal Sovaldi).

Una bella fetta di questi guadagni sono venuti direttamente dall'Italia, dove il Servizio Sanitario Nazionale ha speso per il solo Sovaldi nei primi nove mesi del 2015 680 milioni di euro: una cifra superiore a quella destinata all'acquisto dei 10 antitumorali più costosi acquistati dal Ssn, come ha evidenziato un'analisi di Healthdesk sull'ultimo rapporto Osmed (Osservatorio sull'Impiego di Medicinali) di Aifa. Gilead ha così recuperto l'investimento di 11,2 miliardi di dollari fatto nel 2012 quando ha acquistato l'azienda Pharmasset Inc. detentrice del brevetto sulla molecola del Sofosbuvir che è alla base di Sovaldi e Harvoni.

La "soluzione" indiana e lo scetticismo dei medici

"Io comprendo che lo stato, se non ha soldi per tutti, sceglie di curare i più gravi. Ma io dovevo fare qualcosa. Perché mi stavo aggravando. Dovevo fare qualcosa prima che mi venisse un tumore". Sono le parole che abbiamo ascoltato da Margherita, 56 anni di cui 20 vissuti con l'Epatite C, che ci ha raccontato la sua storia di ricerca di salute e di cura. Una storia che va in una direzione diversa da quella raccomandata da leggi e istituzioni italiane, ma che, ha portato, a lei e i suoi cari, salute e felicità. I farmaci che ha preso Margherita sono sicuri, perché prodotti da una casa farmaceutica indiana, la Natco che ha avuto la licenza direttamente da Gilead.

Questo è avvenuto grazie al fatto che in India non è stato riconosciuto il brevetto sulle molecole alla base di Sovaldi e Harvoni e le aziende farmaceutiche di questo paese sono in grado di di produrre le versioni generiche dei due farmaci a prezzi bassissimi. Per questo Gilead nel 2014 ha stretto un accordo con le sette principali aziende produttrici di generici del paese, che così gli riconoscono dei diritti, pur producendo a costi più bassi. In questo modo anche i farmaci generici indiani sono garantiti da Gilead. Eppure quasi tutti i medici che abbiamo intervistato hanno mostrato scetticismo verso i farmaci di questa provenienza, per il fatto che lo stato italiano, non garantisce per loro in alcun modo. Ma in diversi ospedali cominciano ad esserci delle aperture per poter permettere ai pazienti di assumere queste terapie. Abbiamo scoperto che il S. Orsola di Bologna offre un servizio di analisi del sangue che può verificare l'effettiva presenza del farmaco nelle compresse che si stanno assumendo, se si teme che siano contraffatte. Un'opportunità che segnaliamo seguendo il consiglio di Margherita: "Spero che possiate far conoscere ad altri come me questa possibilità, perché oggi sono una persona più felice".

www.lila.it/it/lilanews

LILA Nazionale
Tel. 031 268828
Fax 031 303716
lila@lila.it

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

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

Le cosiddette "Carte dei Servizi"

Ne escono frequentemente di nuove. E tuttavia, malgrado la carta patinata, i grafici, gli istogrammi, le tabelle e le statistiche, il cittadino-cliente paga molto più di prima, mentre i servizi sono sempre piuttosto scadenti, le aziende sempre in rosso, i loro disavanzi li ripianiamo sempre noi, e i reclami restano lettera morta esattamente come un tempo. Sembra quindi così strano che i clienti-utenti chiedano meno carte e più servizi?

Meno carte e più servizi

Sono di gran moda le cosiddette "Carte dei Servizi" e ne escono frequentemente di nuove. Tutte le aziende statali o parastatali o anche quelle degli Enti Locali sentono il bisogno impellente di tirarne fuori qualcuna, come dimostrazione di sensibilità e attenzione ai problemi della clientela.

Già, perché adesso è anche "di moda" chiamarci "clienti" invece che "utenti", come a sottolineare un aspetto commerciale del servizio pubblico che una volta si voleva tenere accuratamente in secondo piano e quasi nascondere, per evidenziare invece il fatto che non si trattava di una prestazione e controprestazione, ma dell'obbligo di adempiere a una funzione pubblica, consentendo ai cittadini l'esercizio più agevole di determinate attività o di usufruire di fonti energetiche.

È un po' come se si dicesse: "Una volta i servizi ti venivano elargiti come favori, anche se dovevi pagare una tariffa, teoricamente pari, ma di solito inferiore al costo del servizio, mentre oggi tu stipuli con l'azienda erogatrice un regolare contratto, paghi tutto il servizio e poi hai diritto di protestare, se esso non è conforme a quanto previsto e dichiarato".

In realtà di questa frase è vera soltanto una cosa non detta, e cioè che quello che il cittadino-cliente paga è molto più di prima, anche tenuto conto dell'inflazione e del cambio con l'euro, mentre i servizi sono sempre piuttosto scadenti, le aziende sempre in rosso, i loro disavanzi li ripianiamo sempre noi cittadini-clienti, e i reclami restano lettera morta esattamente come un tempo.

Però abbiamo le "Carte dei Servizi", e magari il loro testo in bozza viene anche presentato per le opportune osservazioni alle associazioni di consumatori e di persone con disabilità, magari vengono anche stampate in braille e poi presentate in pompa magna nel corso di conferenze stampa con i politici di turno.

Peccato, però, che delle osservazioni avanzate dagli utenti-clienti vengano accolte soltanto quelle di forma, rimandando sempre a tempi migliori quelle che incidono sui costi, ed è anche un peccato, poi, che alcuni degli impegni presi nelle solenni "Carte" non vengano rispettati, oppure che essi siano così vaghi e indefiniti che ci si possa anche vantare di averli osservati.

Quel che è certo è che - malgrado la carta patinata, i grafici, gli istogrammi, le tabelle e le statistiche - i pendolari continuano a viaggiare ammucchiati e in vagoni sudici e maleodoranti, nelle ore di punta le fermate dei mezzi pubblici traboccano di gente che maledice i ritardi che devono sopportare, le linee telefoniche e i collegamenti internet si guastano spesso e le riparazioni non avvengono nel tempo limite previsto.

E ancora, ci vengono appioppate funzioni a pagamento non richieste, che poi vengono stornate dopo mesi e mesi, sempre che il malcapitato abbia l'accortezza di leggere attentamente e riesca a capire le sigle in bolletta, senza contare che veniamo letteralmente bombardati da pubblicità telefoniche e via fax, malgrado sia stata ben sottolineata la casella del "niente pubblicità".

A questo punto sembra proprio strano che i clienti-utenti chiedano meno carte e più servizi?

Giulio Nardone

Presidente nazionale dell'ADV (Associazione Disabili Visivi), componente del Consiglio Nazionale della FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap) e del FID (Forum Italiano sulla Disabilità).

26/4/2016
www.superando.it

NeuroDiversaMente

Mi sembra quantomeno educato dare di me un seppur soggettiva definizione, una sorta di abbozzato autoritratto che tenti di rendervi visibile, al di là di una foto, chi io sia e le ragioni per le quali ho deciso di aprire questo Blog e il perchè del suo nome: NeuroDiversaMente.

Mi chiamo Claudio e ho 36 anni.
Vivo a Treviso, in Veneto, ma la mia vita, nolente prima e volente poi, è stata alquanto nomade. Ho vissuto molti anni in Toscana, tra Lucca, Pietrasanta, Montepulciano, Pistoia, Bagni di Lucca. Ma tutti questi anni, in tutte queste bellissime città, non ho vissuto…! Ho lasciato che la vita vivesse me e che altri decidessero l'itinerario da seguire…

Essere malati è già una condizione che modifica la vita in modo totalizzante, soprattutto se la malattia è cronica, ma essere malati invisibili è uno "status" che rende l'esistenza un viaggio destabilizzante, un cammino su di una corda sopra un precipizio senza alcuna forma di protezione.

Essere malati invisibili significa scontrarsi continuamente con il sospetto, la derisione, la deresponsabilizzazione, lo scredito, la presa in giro.

Significa incontrare medici, il cui lavoro, oltre che sottoposto a un giuramento, dovrebbe essere una missione e in quanto tale scevra di giudizio nei confronti di chi cerca aiuto e aiuto per vivere meglio, che ti guardano dall'alto in basso senza degnarsi di ascoltare la tua voce che racconta il proprio dolore, racconto che innanzitutto dovrebbe essere utile a inquadrare la patologia.

Significa essere derisi da gente che nella vita non conosce altro valore se non il giudizio. Significa subire profondi danni emotivi e fisici causati da "terapie" sbagliate.

Significa rischiare quotidianamente di finire tra le fauci di una certa psichiatria che sembra ancor più di ogni specialità non essere altro che un cestino ove gettare i pazienti di cui non si comprende la patologia o dei quali la voce risulta essere "imbarazzante".

Significa divenire professionisti della ricerca d'informazioni al fine di aiutare il medico (che odia essere aiutato) nel collage di tutti i pezzi che ci riguardano. Significa diventarabilissimi psicologi.

Significa ricostruire le proprie vite sin prima della propria nascita, anche tristemente, per dover dimostrare la Verità.

Significa sentirsi dire che si è una "rogna"; che si è ipocondriaci; che non si ha altro da fare; che si vuole sfruttare il tanto amato sistema; che si vuole attaccare la casta.

Significa scontrarsi con una realtà che sembra finzione, ma che non potrebbe essere più ferocemente reale.

Significa lottare una guerra solitaria e totalizzante contro la malattia, la degenerazione, la paura, l'angoscia, l'abbandono, la corruzione, l'incompetenza, la cecità…

Ma significa anche essere profondamente grati per i piccoli gesti, gli aiuti, le indicazioni, gli indizi… sentirsi vincitori quando s'incontra, all'interno di questo sistema, qualcuno che coraggiosamente decide di prendere una posizione semplicemente dalla parte di ciò che è giusto. La gioia che i guerrieri dell'invisibilità sentono quando incontrano un medico di famiglia che si può finalmente definire di fiducia; quando incontrano una psichiatria che non vuole zittire ma aiutare, quando incontrano la presa in carico, quando incontrano l'ascolto senza giudizio, quando incontrano la fine della negazione dell'evidenza è così totalizzante da rendere quasi nullo il vissuto di sofferenza precedentemente vissuto!

Un grazie sincero e di cuore a chi non ha paura di prendere una posizione corretta!

redazione

Fermare il controllo coercitivo

Per non essere considerato folle bisogna quindi essere integrato nella società, seguire la media standard dei comportamenti; chi devia, acnhe solo con la critica verbale, deviato è un elemento pericoloso per la società, deve essere "curato" in quanto persona ritenuta pericolosa dalle nostre società occidentali.

E così ci si chiude gli occhi di fronte ad una realtà sociale fatta di disoccupazione, alienazione, spersonalizzazione, televisione (un'altra droga!), fatta di quartieri ghetto privi di qualsiasi tipo di servizi, di un sistema scolastico che non lascia alcuno spazio alla libertà ed all'iniziativa dello studente.

Assistiamo ad una nuova nazionalizzazione delle masse, al ritorno al colonialismo, al ritorno ai campi di concentramento in cui gettare esseri umani, al ritorno al filo spinato e ai cani da guardia del capitale. Ad una disoccupazione permanente e a condizioni di lavoro da incubo in cui si viene persino controllati da telecamere.

"*L'applicazione di questa normativa sarà tanto possibile quanto più si aggregherà dal basso, nelle amministrazioni locali, nelle singole istituzioni, nelle aggregazioni periferiche di tecnici e utenti, nei movimenti politici e sindacali, la volontà di superare sia storiche carenze e arretratezze che la storica assenza o distanza della popolazione dalla gestione delle istituzioni.*"

[Franco Basaglia, in "L'utopia della realtà"]

38 ANNI DI LEGGE BASAGLIA E DEL DOTTORE PIÙ RIVOLUZIONARIO DEL 900

13 Maggio 1978, 13 Maggio 2016: 38 anni fa fu emanata la legge 180, la cosiddetta legge Basaglia; una delle più rivoluzionarie e importanti del novecento, per il nostro paese. Voluta con tutte le forze dallo psichiatra più coraggioso, tenace e all'avanguardia nella storia della nostra società. Dopo 38 anni ancora se ne parla e se ne discute. Ha permesso di chiudere definitivamente le porte degli orrori dei manicomi. Tante volte in tutti questi anni, i legislatori hanno provato a metterci le mani tentando di modificarla, cambiarla e addirittura cercando di cancellarla; per fortuna sono stati tentativi vani ed è ancora lì. Una legge che ci deve fare riflettere e pensare alla situazione attuale. Ma che cosa è oggi la 180? Chi sarebbe Basaglia se fosse ancora vivo?

Come detto, Basaglia è stato uno dei dottori più coraggiosi del nostro tempo, perché in un periodo come quello degli anni 70, in una società molto chiusa e bigotta, ha combattuto per far capire alla gente che i cosiddetti "matti", non erano matti ma persone come tutte con una propria dignità e propri diritti, che possono lavorare, innamorarsi e fare una vita sociale come chiunque. Che il mondo non doveva guardare la malattia ma la persona. Non era facile fare questi discorsi e farsi capire, farsi accettare e mettere in testa questa filosofia alla gente, in quel periodo.

Basaglia fu aspramente criticato e anche denunciato: era visto come un marziano ma nonostante tutto continuò ad andare avanti per la sua strada in difesa di chi aveva problemi. Ricordiamo che quando lui entrò per la prima volta in un manicomio rimase subito colpito da come erano trattati i pazienti, gente legata al letto, sporcizia, mancanza di cura dei pazienti, violenza e maltrattamenti. Visse questa sua prima esperienza come ricordo della sua permanenza in carcere. La puzza, le violenze e il degrado, lo riportarono indietro nel tempo, quando era stato arrestato come militante antifascista nelle sue prime esperienze da giovane dottore. Affermava che la dignità umana, il rispetto e la libertà della persona venivano prima di tutto. Come dice il titolo del libro di Nico Pitrelli,

Basaglia fu "L'uomo che restituì la parola ai matti". Purtroppo è morto troppo giovane e molti progetti sono rimasti incompiuti. Come scriveva Franca Ongaro Basaglia "il 13 maggio non si è stabilito per legge che il disagio psichico non esiste più in Italia, ma si è stabilito che in Italia non si dovrà rispondere mai più al disagio psichico con l'internamento e con la segregazione. Il che non significa che basterà rispedire a casa le persone con la loro angoscia e la loro sofferenza.

I Basaglia di oggi sono tutte quelle persone e associazioni sensibili a queste problematiche, cittadini, familiari e una parte degli operatori di settore che si battono tutti giorni per i diritti degli utenti psichiatrici e delle persone con disagi psicologici. Sono coloro che cercano di mandare avanti con molta fatica una legge che spesso e volentieri non è rispettata. La contenzione, i maltrattamenti, i TSO esagerati ed vitabili ancora esistono e semplicemente sfogliando la cronaca nera degli utlimi mesi i casi più gravi saltano all'occhio: quanti altri casi sono rimasti celati? Se Basaglia rinascesse oggi, sarebbe lo stesso di sempre, da un lato più avvantaggiato, per i progressi fatti, dall'altro combatterebbe ancora di più affinché non ci sia piùstigma. Lotterebbe contro di esso a favore dei più deboli perché non ci siano più pregiudizi nei loro confronti permettendogli, finalmente, di avere una vita normale. Si impegnerebbe affinché tutte queste persone possano sentirsi libere di essere se stesse, senza doversi più vergognare di nulla.

Sicuramente farebbe in modo che dentro i DSM tutti siano trattati e accolti alla pari, senza distinzione alcuna, che non ci sia più stigma da parte degli stessi operatori, cosa che purtroppo ancora accade troppo spesso, che dentro gli SPDC siano rispettate le regole e che non ci siano più persone legate ai letti. Lotterebbe perché nel mondo, fuori dall'Italia, dove ancora oggi esistono i manicomi, queste strutture spariscano definitivamente e con esse tutti i soprusi, le violenze e le umiliazioni subite dagli utenti. Utilizzerebbe le nuove tecnologie e sicuramente avrebbe un profilo FB aperto a tutti coloro che abbiano bisogno di lui.

Oggi per fortuna, almeno in Italia, non esistono più i manicomi ma, come già detto, esistono piccole strutture manicomiali dove ancora accadono cose che non dovrebbero capitare. Le nuove strutture dovrebbero rispettare in pieno la legge, tutti gli utenti dovrebbero essere accolti con affetto e attenzione, essere seguiti e non abbandonati a se stessi, delegandone la cura solo ai farmaci, ma guardando la persona, proprio come diceva Basaglia, non la malattia. Si può realizzare il suo sogno con personale qualificato e soprattutto sensibile a questo mondo, con un'equipe infermieristica e medica che stia vicino all'utente, che cerchi di comunicare con lui durante le crisi, che rispetti la sua persona. Occorrono strutture dove ci siano tante attività che coprano l'arco di tutta la giornata per fare gruppo e stare insieme. Questo è quanto previsto dalla 180.

13 Maggio 2016, 38 anni di legge Basaglia e, come sostiene sempre un libro sullo psichiatra più all'avanguardia e coraggioso della storia, "quello che ci manca è proprio un Basaglia".

Anita Picconi

www.180gradi.org

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, solidarie

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

Uno dei tanti luoghi emozionanti del Gargano, da vivere pienamente dalla primavera all'autunno

Agriturismo
La Valletta
Il relax nella natura del Gargano

L' agriturismo La Valletta si trova sul Gargano, a 15 minuti dal mare di Rodi Garganico e dal lago di Varano. La struttura è in agro di Ischitella su un colle panoramico immerso nella luce e nei suoni della natura. Una posizione ideale per visitare tutto il promontorio.

La struttura è stata ricavata ristrutturando con cura quattro antichi casolari ed è in grado di accogliere fino a 30 ospiti. Le camere sono tutte dotate di servizi e aria condizionata.

Gli ospiti possono accedere gratuitamente a numerosi servizi. Anzitutto alla grande piscuna (26 x 15 metri) con idromassaggio a sei posti, che è una preziosa alternativa al mare nei giorni di vento. Compreso nel prezzo del soggiorno è anche l'utilizzo dei campi da tennis e calcetto e quello delle nostre mountain bike. Inoltre è possibile praticare il trekking o andare alla ricerca di funghi nel bosco di nostra proprietà.

A poca distanza dalla Valletta è possibile praticare la pesca sportiva e molte altre attività.

Nel nostro 'ristorante di campagna' utilizziamo essenzialmente prodotti freschi del Gargano. Il menù cambia sulla base delle materie prime che produciamo o acquistiamo di giorno in giorno. Questa filosofia ci ha permesso di essere segnalati sulla guida "Locande d'Italia" di slow food.

Gli ospiti possono scegliere tra servizio bed and breakfast, mezza pensione o pensione completa; arrivando non troveranno la strada asfaltata negli ultimi 1400 metri, non troveranno il televisore in camera e, anche se il nostro nome 'La Valletta centro del benessere' può ingannare, non siamo una beauty-farm ma un agriturismo.

Siamo molto amici degli animali pacifici e dei loro padroni attenti al rispetto degli altri ospiti.

Telefono e fax: 0884 226320
www.lavallettacentrobenessere.it

INCONTRARSI FA BENE ALLA SALUTE

Per chi ritiene importante incontrarsi per non perdersi di vista, recuperare il valore dello stare insieme e della amicizia, per fare due chiacchiere in compagnia.
VEDIAMOCI a La Valletta Franco e Genny vi invitano a frequentare La Valletta per i vostri incontri, momenti di relax, fine settimana in compagnia, festeggiamenti, week-end romantici e con l'arrivo della bella stagione, per un tuffo in questo meraviglioso specchio d'acqua, in uno degli angoli più belli del Gargano.
Dal prossimo mese di aprile riapre il ristorante. Ristorante di campagna che, ad un costo onesto, offre una cucina tradizionale, con prodotti freschi, olio extra vergine di nostra produzione e la cottura ... prende tutto il tempo che ci vuole per esaltare il gusto dei piatti. Grazie a questa filosofia siamo presenti da anni nella guida 'Locande d'Italia' di Slow-food

inserzione concessa gratuitamente

Il lavoro accessorio o tramite voucher, nato con le finalità di riemersione del lavoro irregolare in ambiti in cui risultava diffuso o di inclusione nel mondo del lavoro soggetti considerati più deboli, oggi è diventato l'ultima frontiera del lavoro precario nell'impresa. Come ci dicono anche i dati sull'occupazione - che ne confermano un aumento vertiginoso e anomalo - la funzione strategica dell'istituto, sorto alla periferia del mercato del lavoro per consentire la remunerazione dei "lavoretti", è stata completamente capovolta e il lavoro accessorio è finito per divenire la modalità con cui coprire e legittimare il lavoro nero, abusivo e irregolare: per questa ragione se ne chiede l'abrogazione.

Appalti e voucher, due referendum di civiltà

Per inquadrare il senso del quesito referendario in materia di responsabilità solidale negli appalti, occorre fare alcune considerazioni sul quadro attuale della situazione, ricordando che i tre referendum promossi dalla CGIL si accompagnano alla proposta di legge d'iniziativa popolare denominata Carta dei diritti universali del lavoro che, in un progetto di riforma complessiva del mondo del lavoro e di allargamento delle tutele per i lavoratori, si occupa anche degli appalti.

In materia di articolazione e scomposizione dell'impresa e, più in generale, il fenomeno della dissociazione tra chi utilizza, a propri fini economico-produttivi, il lavoro e chi ne assume la responsabilità, la novità dei nostri tempi è la colpa di un legislatore che appare sempre più incline ad assecondare le trasformazioni del sistema produttivo e imprenditoriale, rinunciando ad un'ambizione regolativa che ha consegnato ad altre stagioni.

Con l'abrogazione della l. 1369 del 1960 abbiamo perduto alcuni principi che erano sia garanzia per le condizioni di lavoro delle maestranze che, contemporaneamente, orientamento per un'articolazione produttiva: tra questi sicuramente quello dello responsabilità solidale che, oggi, può dirsi messo in forse da un legislatore così sfacciato da domandare connivenza, su questo terreno, alla contrattazione collettiva.

L'art. 29, 2° comma del d.lgs. 276 del 2003 è la disposizione oggetto del referendum e regola, per l'appunto, la responsabilità solidale a carico del committente, nell'ambito dell'appalto di opere o servizi, per i crediti retributivi vantati dai lavoratori dipendenti verso il datore di lavoro/appaltatore e per le obbligazioni contributive.

A seguito di varie modifiche, da ultimo da parte della legge Fornero, la versione attuale della norma ammette la deroga alla responsabilità solidale del committente da parte della contrattazione nazionale e, sul piano processuale, costringe i lavoratori che vogliono agire in giudizio a chiamare in causa sia il proprio datore di lavoro (appaltatore) sia il committente (e i sub-committenti).

Una volta instaurato il giudizio, inoltre, la legge consente al committente di eccepire il cosiddetto beneficio di preventiva escussione del patrimonio dell'appaltatore (e di tutti eventuali subappaltatori):

in questo caso, il lavoratore, dopo aver vinto la causa e ottenuto una sentenza di condanna, deve prima tenare di recuperare il proprio credito nei confronti del datore di lavoro e dei sub-appaltatori (normalmente meno solventi) e solo dopo può agire verso il committente.

Con il referendum si chiede anzitutto l'abrogazione di quella parte dell'art. 29, 2° comma che ne consente la derogabilità, ripristinando quindi il principio di una responsabilità solidale inderogabile e piena da parte del committente e cioè del soggetto che sceglie l'appaltatore, da un lato, e che beneficia della prestazione lavorativa dei dipendenti, dall'altro.

Inoltre, si chiede di abrogare quella parte della norma relativa all'obbligo per il lavoratore di chiamare in causa anche il datore di lavoro e i subappaltatori e alla facoltà per il committente di eccepire il beneficio di preventiva escussione. Quest'ultima è una modifica che riguarda il processo, molto rilevante in tema di effettività delle tutele e dei diritti dei lavoratori: la vittoria dei referendum consentirebbe ai lavoratori di recuperare i propri crediti direttamente dal committente, senza chiamare in causa tutta la "filiera" dell'appalto.

Il quesito referendario in materia di appalti, come anticipato, va accostato alla Carta dei diritti universali del lavoro che invece allarga l'ambito di applicazione della responsabilità solidale a tutte le fattispecie – anche se non formalmente qualificate come appalto – in cui vi sia l'utilizzo non occasionale di lavoratori (anche non subordinati), ridisegna i confini dell'appalto lecito e si propone di sopperire al vuoto attuale di tutele legislative, ad esempio in materia di "clausole sociali" e tutela dell'occupazione degli appalti.

CONTINUA A PAG. 47

Appalti e voucher, due referendum

CONTINUA DA PAG. 46

Con l'altro quesito referendario che ha ad oggetto il lavoro accessorio si chiede l'abrogazione dell'istituto e delle norme che oggi lo disciplinano, ovvero gli artt. da 48 a 51 del d.lgs. 81/2015.

Il lavoro accessorio o tramite voucher, nato con le finalità di riemersione del lavoro irregolare in ambiti in cui risultava diffuso o di inclusione nel mondo del lavoro soggetti considerati più deboli, oggi è diventato l'ultima frontiera del lavoro precario nell'impresa.

A seguito di svariate riforme, sono scomparse le limitazioni soggettive e oggettive all'uso del lavoro accessorio che oggi è utilizzabile da tutti gli imprenditori (e dalle pubbliche amministrazioni), per tutte le attività lavorative e in tutti i settori produttivi. L'unico limite è quello del compenso che non può superare i 7 mila euro, considerando la totalità di committenti e i 2 mila euro, con riferimento al singolo committente.

Come ci dicono anche i dati sull'occupazione – che ne confermano un aumento vertiginoso e anomalo – la funzione strategica dell'istituto, sorto alla periferia del mercato del lavoro per consentire la remunerazione dei "lavoretti", è stata completamente capovolta e il lavoro accessorio è finito per divenire la modalità con cui coprire e legittimare il lavoro nero, abusivo e irregolare: per questa ragione se ne chiede l'abrogazione.

Anche in materia di lavoro accessorio nella Carta dei diritti universali del lavoro troviamo una proposta, agli artt. 80 e 81, con la finalità di riportarlo alla sua funzione originaria, introducendo una serie di limitazioni al suo utilizzo rispetto: alle prestazioni lavorative che possono esserne oggetto, ai soggetti che possono svolgerlo, al tempo di utilizzo (non più di 40 giorni) e ai limiti reddituali (per compensi non superiori ai € 2.500,00).

Stefania Mangione
10/5/2016 www.fiom-cgil.it

Anche il voucher serve per coprire l'infortunio e nascondere il lavoro in nero

Gli infortuni sul lavoro son cresciuti nel 2015, 1172 rispetto ai 1009 del 2014. Ma nel 2016 le morti registrano una flessione: 176 con una riduzione del 14,6% rispetto ai tre mesi 14,6% con una riduzione del 14,6% rispetto ai primi tre mesi del 2015.

Anche il voucher serve per coprire l'infortunio e nascondere il lavoro in nero. All'INAIL è scattato l'allarme: nel 2012 gli incidenti di lavoratori retribuiti con i ticket erano stati 436, nel 2014 si sono triplicati, arrivando a circa 1.400, per il 2015 non ci sono ancora i numeri definitivi, ma tutto fa pensare che siano in crescita marcata. Anche le morti sul lavoro dei voucheristi si sono raddoppiate: due nel 2013, sei nel 2014, quindici nel 2015, ma le procedure di accertamento sono ancora in corso, nel 2015. E c'è di più: quasi sempre il pagamento del voucher (10 euro lordi di cui 7,5 destinati al lavoratore) coincide con il giorno dell'infortunio.

Racconti e Opinioni
lavoroesalute

Anno XXXII
Periodico fondato e diretto da
Franco Cilenti
Distribuito gratuitamente.
Finanziato dai promotori e dai lettori con contributo facoltativo
Redazione: *info@lavoroesalute.org*
Collaboratori redazionali:
Roberto Bertucci - Deborah Carta Marco Spezia - Fiorenza Arisio Marco Prina Antonio Recanatini Renato Fioretti - Gino Rubini Marilena Pallareti - Renato Nuccio - Alessandro Rossi - Marisa Chiaretta Arnaldo Sanità - Laura Nanni

32° anno di giornalismo nel lavoro per la sanità pubblica

Supplemento alla rivista nazionale Medicina Democratica
Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77 Reg. naz. stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985
Direttore Resp: *Fulvio Aurora*
Il materiale originale è riproducibile citando testata, data e autore.
Posta: inviare, cartaceo e mail, con firma e numero di telefono.
Firma non pubblicata su richiesta.
N° chiuso in redazione: 16-5-2016
Suppl. rivista M. D. - n° 222/224
Stampa: via Brindisi 18/c To

Scrivi a Lavoro e Salute
O ti racconti O sei raccontato

Pubblicati 225 numeri
- 13 speciali - 7 n. tematici
- 1 referendum nazionale su contratto sanità
- 1 questionario regionale su piano sanitario piemontese

Scritto da 1649 autori
- 1183 operatori sanità
- 163 sindacalisti
- 59 esponenti politici
- 217 altri

Stampate 717mila copie
- 507mila ospedali e ambulatori
- 134mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. nazionale

R E F E R E N D U M SOCIALI

Ricordiamo i temi dei referendum.

POTERI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO: vogliamo cancellare il potere del dirigente scolastico di scegliere in modo discrezionale i docenti della propria scuola e di confermarli o mandarli via dopo un triennio, con il forte rischio di gestioni clientelari.

VALUTAZIONE DEL MERITO DA PARTE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO: vogliamo eliminare la possibilità per il preside di elargire in modo discrezionale premi in denaro agli insegnanti considerati "meritevoli", scongiurando così ulteriori divisioni tra i lavoratori e rilanciando la contrattazione.

ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO: vogliamo abrogare l'obbligo di 200 ore nei licei e 400 ore nei tecnici e professionali di alternanza scuola-lavoro, un impegno inattuabile che - oltre a colpire l'autonomia scolastica - imporrà la dequalificazione dei progetti formativi e la loro trasformazione in semplice addestramento professionale, se non lavoro gratuito.

SCHOOL BONUS: vogliamo abrogare il forte sgravio fiscale (incostituzionale) in favore di chi elargisce somme di denaro alle scuole, per impedire l'ingresso dei privati nella Scuola Pubblica e fare in modo che non si creino scuole di elite, di serie B e serie C.

TRIVELLAZIONI: vogliamo fermare tutti i nuovi progetti di perforazione e estrazione (oltre 100), anche in mare oltre le 12 miglia, ricordando che il referendum non riguarda le concessioni già assegnate.

INCENERITORI: vogliamo opporci al piano nazionale per lo sviluppo degli inceneritori previsto dallo Sblocca Italia (L. 133/2014), per tutelare la salute pubblica e restituire alle Regioni il potere di programmazione e di gestione in materia di rifiuti.

BENI COMUNI: vogliamo che sia rispettato l'esito del referendum sull'acqua e sui servizi pubblici locali del giugno 2011, contro gli intenti di privatizzazione del decreto Madia, per sostenere la versione originale della legge per la ripubblicizzazione del servizio idrico e per inserire il diritto all'acqua nella Carta costituzionale".

LEGGE ELETTORALE E RIFORMA COSTITUZIONALE UN ATTACCO AI PRINCIPI ISTITUZIONALI CARDINE DELLA REPUBBLICA

L'attuale governo -con l'appoggio di una maggioranza parlamentare ottenuta con una legge dichiarata incostituzionale-- dopo avere fatto approvare la nuova legge elettorale (c.d. Italicum) a tappe forzate e senza il rispetto delle prassi parlamentari, con lo stesso sistema pretende di cambiare la Costituzione modificando profondamente il volto della Repubblica.

Combinate con la nuova legge elettorale, le modifiche costituzionali:

> comportano lo stravolgimento della democrazia rappresentativa;

> concentrano il potere nelle mani del governo e di chi lo guida attribuendo ad un unico partito - che potrebbe anche essere espressione di una ristretta minoranza di elettori - potere esecutivo e potere legislativo;

> condizionano l'elezione del Presidente della Repubblica, dei giudici della Corte Costituzionale e dei componenti del Consiglio Superiore della Magistratura, organi di garanzia e di controllo fondamentali per la vita della democrazia costituzionale.

La Costituzione del 1948 è il punto culminante della storia civile del nostro Paese.

Essa è il frutto della Resistenza e dell'incontro delle tre culture che vi diedero vita: cattolica, liberale e socialcomunista.

Abbiamo già vissuto anni difficili sotto il berlusconismo: per questo è veramente irresponsabile attribuire al prossimo governo poteri quasi illimitati.

Salvaguardare la democrazia oggi, è garantire la propria libera voce domani.