

Racconti e Opinioni **lavoroesalute** www.lavoroesalute.org

La Costituzione è la tua dignità. Difendila con il NO al referendum

REFERENDUM E SANITA' pag. 4

UN NO SALUTARE PER
L'AMBIENTE E PER I DIRITTI pag. 6

IL NO DEI LAVORATORI pag. 7



- 3 - Sanità, un corso per non tarsi corrompere?
- 8 - Assessori di sanità al mercato
- 9 - Sanità e territorio. Un'esperienza
- 14 - Le industrie farmaceutiche nel governo
- 14 - Sanità: la responsabilità dei medici
- 15 - TAV: maxiprocesso, ingiustizia è fatta
- 16 - E il contratto del Pubblico Impiego?
- 17 - Sanità decontrattualizzata
- 18 - Giovani, analfabeti da Jobs Act
- 19 - Sindacato del salario o della produttività?
- 20 - Sicurezza sul lavoro, lettera RLS sanità
- 22 - Sicurezza sul lavoro: lo smart working
- 22 - Infortuni sul lavoro e indennizzi INAIL
- 24 - Proposta sui medici competenti
- 27 - Il medico obietttore è sempre un medico?
- 28 - Hiv: il Congresso di farmacoterapia
- 42 - Lavoratori USA, genocidio da ricetta
- 45 - Il diritto alla salute in carcere
- 46 - Tutti i danni di internet
- 47 - Vigilantes aziendali ci spiano
- 49 - Il racconto sui traffici di carne umana
- 50 - Merci e lavoro, l'alienazione degli ultimi

pagine di lavoro, salute, politica, cultura, relazioni sociali
O ti racconti O sei raccontato. Scrivi a info@lavoroesalute.org

SANITA' A TORINO
*Si ritorna all'asl unica:
salute più o meno?*
Eleonora Artesio a pag. 11

**ROTTAMATORI
DI SALUTE**
**Smontano la sanità
e i pezzi li smerciano**
EDITORIALE A PAG. 2

**Il pericolo dei Fondi
sanitari integrativi**
pagina 12

Pensioni
Ricorsi all'INPS
**Dire, fare contro
la legge Fornero**
pagina 52



**Tav e
rischi per
la salute**
pagina 15

**Obiezione di coscienza
e abuso di potere**
pagina 26



**No violenza
sulle
donne**
26/11
a Roma
pagina 5



inserto cultura/e

pag. 33

Monologo di un etilista
9° racconto pagina 48

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

ROTTAMATORI DI SALUTE Smontano la sanità e i pezzi li smerciano nella sanità privata

In attesa dei due passaggi epocali che, nel tragico caso si compiano, abatteranno ogni pretesa di diritto alla salute da parte dei cittadini (eventuale vittoria del SI al referendum ed eventuale firma degli accordi TTIP-CETA-TISA tra Europa, USA e Canada, con il governo italiano sulle barricate per farli firmare) è interessante conoscere i passaggi in itinere della privatizzazione in atto.

Il recente rapporto n° 3 sul monitoraggio della spesa sanitaria 2016 del dipartimento della ragioneria generale dello Stato parla dei dati strutturali sulla tenuta finanziaria del sistema sanitario pubblico. Il disavanzo è di 1 miliardo e 200 milioni, tale disavanzo è coperto da nuove tasse, nuovi ticket, uso di altre risorse regionali e aumento delle aliquote locali e riguarda ben 12 regioni su 21, le quali, a loro volta, per non essere commissariate hanno coperto i loro disavanzi con tasse e altre risorse, a spese dei loro cittadini.

Nello specifico, per l'assistenza, il grado di copertura cala drammaticamente: la spesa per il personale dal 2010 e 2014 ha avuto un calo di 25 mila unità e la farmaceutica convenzionata si riduce dal 9,9%. Di conseguenza, come da programmazione governativa, cresce l'assistenza privata.

Quindi il definanziamento della sanità che il governo Renzi persegue fin dal 2014 ha creato 11 milioni di italiani che rinunciano a curarsi per ragioni economiche e il sistema pubblico sta viaggiando velocemente con il silenzio/assenso dei sindacati, verso il declino e quindi verso la sua privatizzazione.

Matteo Renzi ha una bella faccia tosta (e la certezza di parlare a spettatori creduloni) ad andare in tv come ha fatto, a dire a proposito di riforma costituzionale "con il referendum si decide se lasciare tutta la sanità alle Regioni oppure dare stessi diritti a tutti i cittadini" o a dire, strumentalizzando cinicamente le sofferenze delle persone, "se vincono i sì tutti i malati di cancro avranno gli stessi farmaci indipendentemente dalla Regione in cui vivono".

Siccome ha bloccato tutto: contratti, turn over, acquisti, a s s u n z i o n i, dovrebbe spiegare come si fa, a costo zero, a curare il cancro e le altre malattie.

Un signorotto, al servizio di poteri in chiaroscuro, che si permette di speculare sulla disperazione dei malati di cancro dicendo loro di votare "sì" perché in questo modo avranno i farmaci, è semplicemente ignobile.

Intanto in Piemonte gli stessi infermieri dipendenti, ma anche gli esterni delle agenzie che arrivano per tappare i larghi buchi negli organici dicono, finalmente e senza più le timidezze del passato "Stanno privatizzando la Sanità". Certamente molto in ritardo sui tagli verificatosi da molti anni e forse senza quella memoria utile per capire quando nasce e come si sia sviluppata ma, ad esempio, rileggendo i precedenti numeri di Lavoro e Salute si ha un quadro completo. Se ne sono accorti al San Giovanni Bosco di Torino dove sei lotti di servizi (reparti di Interventistica Cardiovascolare, Dialisi, Terapia Intensiva, Radiologia nonché sale operatorie, pronto soccorso e Mecau) sono stati appaltati a cooperative per l'esternalizzazione del servizio infermieristico, con una spesa totale di oltre 9 milioni di euro per 36 mesi di incarico, rinnovabili. Cosa risponde la dirigenza dell'ASL? Che è un processo inevitabile.

Ovvio che non possono additare il vero colpevole, che è il piano di rientro della Sanità piemontese. Così come non possono dire che la notizia di 250 nuovi posti di lavoro entro l'anno (100 da infermiere, 80 da medico e 70 da Oss), comunque tutti da verificare nei fatti, che spesso nel recente passato hanno fatto a pugni con le promesse sbandierate sui giornali, sono una

goccia nel pozzo profondo degli organici. Spesa totale di oltre 9 milioni di euro per 36 mesi di incarico, rinnovabili.

Così come pare un palliativo e non un farmaco efficace, l'intenzione della Regione Piemonte di tassare di più l'attività privata dei medici. L'Assessorato alla Sanità si è reso finalmente conto di una elementare verità sotto i loro occhi da tanti anni: l'attività privata dei medici dipendenti non ha risolto il problema delle liste d'attesa e, anzi, ha privato i reparti e il pronto soccorso di disponibilità effettiva. Quindi pare ovvio che esista un nesso tra le lunghissime liste d'attesa per le prestazioni mediche specialistiche pubbliche e l'intramoenia, cioè l'attività privata dei Medici Specialisti del Servizio Pubblico, praticata dal 65% degli Specialisti.

In regione si afferma che la Delibera sia già pronta ma, a nostro parere, ci vorrebbe prima un'altra azione: bisogna pesantemente tassare quelle strutture dove si pratica l'intramoenia allargata, cioè strutture completamente private, che annoverano nel loro organigramma Specialisti del Pubblico, che all'interno di queste strutture praticano attività privata, con tariffe proprie di una attività privata! Bisogna tassarle pesantemente perché sfruttano per incrementare il loro giro d'affari il prestigio dei Medici del Servizio

CONTINUA A PAG. 3

Anatomispacciatori



cile54
2016

Duro lavoro questo dei professionisti del sezionamento di un Servizio Sanitario ancora in vita e sono costretti anche agli straordinari per spacciare i pezzi al mercato nero. Gente dura questa, incurante delle scie di dolore e sangue che si lasciano dietro.

ROTTAMATORI DI SALUTE

CONTINUA DA PAG. 2

Sanitario Pubblico, che vi lavorano privatamente ... ora in quell'Emilia, che Saitta porta ad esempio, l'intramoenia allargata non esiste, così come non esiste in altre Regioni virtuose come la Toscana, la Valle d'Aosta, mentre in Veneto e Lombardia è ridotta ai minimi termini ... in Piemonte purtroppo la situazione è ben diversa, come ho già detto più volte, da noi questa stortura del sistema sta crescendo.

In merito facciamo nostra la proposta di un medico, collaboratore redazionale di lavoro e Salute, "Personalmente trasformerei tutti quei Centri dove si pratica l'intramoenia allargata in strutture convenzionate, di modo che le tariffe degli Specialisti scendano, magari diminuendo un po' in questo caso la tassazione sui Medici ed in parte sulle strutture stesse, compensando così almeno in parte la riduzione delle entrate tariffarie. Naturalmente andrebbe regolato l'accesso a queste nuove strutture convenzionate, aprendone le agende di prenotazione solo nei momenti in cui le liste d'attesa del pubblico fossero troppo lunghe...in questo modo di fatto si trasformerebbe l'intramoenia allargata in una intramoenia classica, cioè all'interno del Sistema Sanitario Pubblico ..."

Ma gli appalti a gogò non riguardano solo le professioni sanitarie, ci sono anche i figli di un dio minore, presenze invisibili, quelli dei servizi che vengono appaltati a ditte private perché non core business, le donne delle pulizie, i guardiani, i centralinisti, tanti sportellisti e operatori dei call-center. Conoscendo i loro drammi si capisce meglio l'orrenda logica delle scelte di risparmio nel bilancio della Sanità: esternalizzare tutto l'esternalizzabile con bandi di gara al massimo ribasso, così al massimo da rasentare l'osceno. Pagare poco, anzi meno di poco, i lavoratori e poco importa che un ambiente ospedaliero poco sanificato,



o sanificato male, significhi l'aumento esponenziale delle infezioni ospedaliere, che porteranno al prolungamento della degenza del paziente colpito, del suo rapido ritorno in corsia dopo la dimissione o peggio.

Hanno speso fiumi di parole in dichiarazioni e documenti per rassicurarci sui tagli che, a loro dire, sarebbero serviti per diminuire gli sprechi, ma guarda caso diminuiscono i servizi ai cittadini, il personale medico e infermieristico e la dismissione degli ospedali (secondo Piano Regionale) da svendere ai privati per poi affittare i servizi oggi ancora erogati dal servizio sanitario pubblico. Il tutto condito dalla promessa (delibere regionali) di rinforzare la sanità territoriale come compensazione del razionato servizio ospedaliero. Ma questo rinforzo è talmente fatuo da essere nulla e non fa altro che agevolare sempre di più la sanità privata.

Privatizzazione in itinere, ma in forma indiretta, strisciante, sotterranea, è questa la scelta di assessori e direttori generali delle aziende. I nuovi alfieri della modernità che debilitano il lavoro dipendente nel servizio sanitario, con i blocchi delle assunzioni e il ricorso a lavoratori che considerano solo dei tappabuchi, dovrebbero sapere, per ruolo, competenze e stipendio, che nessuno è in grado di gestire la sanità come un'azienda privata nella quale i profitti devono superare i costi, a meno di speculare sulla vita e sulla morte delle persone. E nei loro luoghi è superfluo parlare di appropriatezza, professionalità e continuità di cura.

Corruzione in sanità

Basta un corso per non farsi corrompere?

Un messaggio sui siti aziendali informa che tutti i lavoratori della sanità dovranno fare un corso online sul tema della corruzione. Agli inizi dell'anno ci fu un protocollo tra la ministra della sanità Lorenzin e Raffaele Cantone dell'anticorruzione, buona cosa ma per renderlo efficace non vediamo come possa essere applicato se spalmato a casaccio su tutti i dipendenti, a prescindere dal loro ruolo nella sanità.

La corruzione si annida, come storia italiana insegna, in settori gestionali potenzialmente sensibili alle sirene dei corruttori, ed è proprio in quei settori che non c'è una di quelle forme di prevenzione che noi individuiamo nella rotazione dei dirigenti.

Ciò non significa che chi lavora in questi settori gestionali sia antropologicamente corruttibile, ma è certo che, anche in assenza di un controllo delle parti sociali, siano esse politiche (opposizione nel Parlamento e nei Consigli Regionali) o sindacali le possibilità diventano automaticamente concrete. Di fatto, oggi l'Italia è quella "casa delle libertà", di berlusconiana memoria, di fare affari a piene mani, a discapito dei cittadini onesti e della stragrande maggioranza degli operatori di tutte le professioni. Come possono essere coinvolti altri settori non dirigenziali non si capisce. E si crea un polverone dicendo che sono permessi 50 euro di "regalia"

La sanità pubblica è un boccone prelibato per molti e lo diventa ogni giorno di più con i processi di privatizzazione in atto, eufemisticamente definiti dagli autori "processi di razionalizzazione delle spese", e di questo passo superemo di molto il primato assoluto di corruzione che oggi abbiamo in Europa; mentre su 168 paesi nel mondo siamo al 61 posto, peggio di noi solo la Bulgaria.

Se ne trae una sgradevole impressione, quella di una mossa alla Ponzio Pilato; il protocollo ci dice di farvi il corso, poi fate voi.

f. c.



Controriforma Costituzionale e sanità

Le parole del SÌ e i fatti del NO

La campagna per il SÌ alla Controriforma Costituzionale non lascia scampo neppure alla Sanità. Anche questo fondamentale diritto infatti, rischia di essere eroso dalla riforma nonostante la propaganda del governo tenti di raccontarci che non ci sia nulla di davvero preoccupante, non essendo in discussione la modifica dell'articolo 32, quello che dichiara la parità dei cittadini nella tutela del diritto alla salute.

Purtroppo però, le modifiche al sistema sanitario degli ultimi anni si inquadrano in un progetto di erosione del sistema che non ha bisogno di passare per la modifica dei diritti etico-sociali della Carta e che vede da anni una riorganizzazione del sistema in nome dell'efficienza, che nasconde tagli, inasprimento della concorrenza tra il personale ospedaliero, deleghe a realtà territoriali inesistenti. Il tutto per giustificare una privatizzazione della sanità che prosegue, come ci confermano gli ultimi affari sulla progettazione dei nuovi ospedali in Project financing. La riforma costituzionale altro non farebbe se non rendere ancora più semplici le manovre del governo in questa direzione, senza passare per la modifica dell'articolo 32.

Analizziamo la propaganda.

Secondo i fautori del SÌ "Con il Referendum si decide se lasciare tutta la sanità alle Regioni oppure dare stessi diritti a tutti i cittadini". E ancora: "Se vincono i SÌ tutti i malati di cancro avranno gli stessi farmaci, indipendentemente dalla regione in cui vivono".

Renzi propugna dunque una riforma in grado di rivoluzionare la salute nel nostro Paese, ma sappiamo che salute e sanità sono due cose molto diverse e la riforma riguarda in realtà solo alcune variazioni in tema di legislazione sanitaria. A essere in discussione è infatti l'articolo 117 titolo V.

Anche nel settore sanitario dunque la

controriforma si presenta come mero strumento di accentramento di potere. Vediamo con quale esigenza.

La propaganda semplifica i problemi gestionali promuovendo la centralizzazione come salvaguardia della salute dei cittadini all'inno di "centralizzazione o disegualianza perenne". D'attacco viene presa infatti la precedente manovra di regionalizzazione voluta nel 2001, con l'obiettivo di avvicinare l'amministrazione dei fondi pubblici al popolo, inadeguatamente applicata e che ha visto solo un abbandono delle Regioni da parte dello Stato, con l'effetto di aumentare la disparità tra queste e sprechi e corruzione in quelle più disagiate. A volere quella manovra furono quegli stessi blocchi di potere che, come quindici anni fa, sono tutt'oggi iperappresentati in Parlamento e al Governo, la riforma non darà allo Stato il potere di difendere il diritto alla salute, ma semplificherà a quelli l'ottenimento dei propri interessi.

Appare chiaro come Renzi si aggiunga alla lista di responsabili dell'erosione dei nostri diritti in tema sanitario, che include gli stessi che ci hanno messo 15 anni per aggiornare i LEA e quanti al governo hanno puntualmente promesso l'aumento dei fondi sanitari alle

Regioni per poi ridurre sempre di più la percentuale di PIL da destinare alla sanità pubblica del nostro Paese, Finanziaria dopo Finanziaria!

Come se non bastasse, oltre alla difesa della salute di tutti contro il male regionale, la propaganda per il SÌ fa leva su un secondo punto: la centralizzazione permetterebbe di abbassare i costi delle spese di cura tumorali, indipendentemente dalle disposizioni regionali.

Falso. Non è la Costituzione e non sono le Regioni a ostacolare l'equità dei costi dei farmaci con l'Azienda per il trattamento nella cura al cancro. (controlla perché nell'originale si è mangiato qualcosa. Immagino però che il senso sia questo) A contrattare per conto del Ministero Autorizzazione dell'Immissione in Commercio il "costo" dei medicinali oncologici è l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

Quando vanno ad approvvigionarsi, Regioni e Aziende Sanitarie si trovano davanti a prezzi già stabiliti a livello centrale, prezzi che spesso sono solo risibilmente ribassati rispetto a quelli "al pubblico" e pertanto risultano inaccessibili, soprattutto a causa di quei limiti alle spese sanitarie, imposti ancora una volta a livello centrale. Per abbassare i "costi" dei farmaci oncologici non serve una riforma costituzionale, ma un lavoro atto a ottimizzare il potere contrattuale statale rispetto a case farmaceutiche e privati fornitori di presidi sanitari, partendo magari dall'istituzione di un Centro Unico di Spesa per tutto il territorio nazionale.

Oltre la sanità, per la reale tutela del nostro diritto alla salute!

Lo abbiamo detto prima: il diritto alla salute è cosa ben diversa da qualsiasi politica sanitaria. Lo fanno piuttosto tutte le azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche, culturali, che vanno a incidere sui "determinanti di salute".

Se passasse la riforma costituzionale, ciò che abbiamo visto nel dettaglio per la sanità pubblica sarebbe realtà concreta in qualsiasi altro ambito. Insieme alla prossima modifica alla legge elettorale secondo il cosiddetto "Italicum", infatti, si configurerebbe un cambiamento profondo dell'attuale assetto democratico del Paese, con una riduzione dei nostri spazi diretti di partecipazione e decisione, uno svilimento di qualsiasi funzione di opposizione del Parlamento e con l'accentramento enorme del potere nelle mani dell'Esecutivo.



Controriforma e sanità

CONTINUA DA PAG. 4

Renzi le nostre vite le ha già minate in ogni singolo aspetto, anche quando qualche brandello di opposizione alle sue riforme selvagge, in Parlamento e soprattutto nelle piazze, lo ha avuto eccome! Di cosa sarebbe capace dopo una svolta autoritaria di questo tipo? Basta un mini-bilancio di questi pochi anni di governo e farsi le domande giuste, per scegliere convintamente di fermarlo prima che sia troppo tardi!

Vogliamo ancora affidare i nostri territori a chi già in passato li ha inquinati, a chi non vuole risanarli, non fa niente per bonificarli, a chi ci mandava l'esercito a vigilare sui roghi tossici per pura propaganda, mentre nel frattempo approvava in Parlamento lo "Sblocca Italia" e sabotava il Referendum contro le trivellazioni in mare invitando all'astensione?

A chi ci vuole privatizzare persino l'acqua nonostante abbiamo votato con convinzione di volerla pubblica, a chi ha sempre lavorato nell'interesse di pochi costruttori, di pochi, grandi imprenditori, come nel caso della TAV in Piemonte, dell'Ilva a Taranto, degli scandali eterni sulla riqualificazione di Bagnoli?

A chi spinge sulle speculazioni delle Grandi Opere fregandosene di chi quelle stesse aree le abita e si avvelena, ammalandosi di tumori e di malattie invalidanti ed evitabili?

La nostra risposta è semplice: NO!

Vogliamo affidare la nostra salute a chi con il "Jobs Act" ha ulteriormente peggiorato le nostre condizioni lavorative, ha reso le nostre vite più instabili e ci rende sempre più ricattabili, a chi vuole farci lavorare duro fino a vecchiaia inoltrata negandoci e tagliandoci le pensioni? A chi ha tagliato e taglia sempre di più qualsiasi modo di incentivare la sicurezza sul lavoro, di evitare infortuni e malattie professionali, spingendo su una "semplificazione" del Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro che significa meno controlli e meno responsabilità per i nostri padroni?

La nostra risposta è semplice: NO!

Vogliamo affidarci a chi ci racconta che i finanziamenti al nostro Sistema Sanitario Nazionale sono in aumento di anno in anno, mentre ci basta mettere piede in un ospedale, in un'ASL, in un

qualsiasi ambulatorio medico per accorgerci che tutto è stato tagliato e sarà ancora e ancora tagliato? Vogliamo affidare la nostra salute a chi ha fatto in modo che curarsi sia diventato ormai un lusso per pochi, a chi ci taglia le esenzioni dal ticket e ci obbliga a dover pagare di tasca nostra sempre più indagini diagnostiche, se sono gli ultimi mesi dell'anno e i "tetti di spesa" sono stati raggiunti; a chi ci impone aumenti del ticket continui, in cambio un'assistenza sempre più scadente e scarsa.

La nostra risposta è semplice: NO!

Vogliamo fidarci ancora di chi spreca fior fior di soldi pubblici per campagne inutili e discriminatorie come quelle sul Fertility Day, quando non investe un centesimo per metterci nelle reali condizioni di affrontare i costi e le responsabilità della genitorialità o una contraccezione efficace e sicura? Di chi investe poco e niente in prevenzione? Vogliamo fidarci ancora di chi

abbandona e nega una vita dignitosa a disabili, anziani, sofferenti psichici, invalidi, tagliando tutti i servizi socio-assistenziali del terzo settore e lasciando sole famiglie su famiglie mentre provvedono senza alcuna formazione specializzata all'assistenza dei propri cari?

La nostra risposta è semplice: NO!

Vogliamo fidarci di chi ha regalato interi settori della sanità al mercato dei privati attraverso continue esternalizzazioni e convenzioni fuori controllo, di chi licenzia e precarizza i lavoratori del settore, di chi tratta la nostra salute come una qualsiasi voce di spesa, come una branca del commercio o dell'industria come tante altre?

La nostra risposta è semplice: ancora una volta NO!

Per il pieno rispetto del nostro diritto alla salute, per la tutela dei nostri territori e dell'ambiente, per una sanità pubblica, gratuita, di qualità, il 4 dicembre votiamo NO al Referendum Costituzionale!

IL 26 NOVEMBRE #NonUnaDiMeno!

In Italia 6.788.000 donne hanno subito violenza nell'arco della loro vita e dall'inizio del 2016 sono già 93 i casi di femminicidio. La maggior parte delle violenze di genere si consuma nel "rassicurante" ambiente

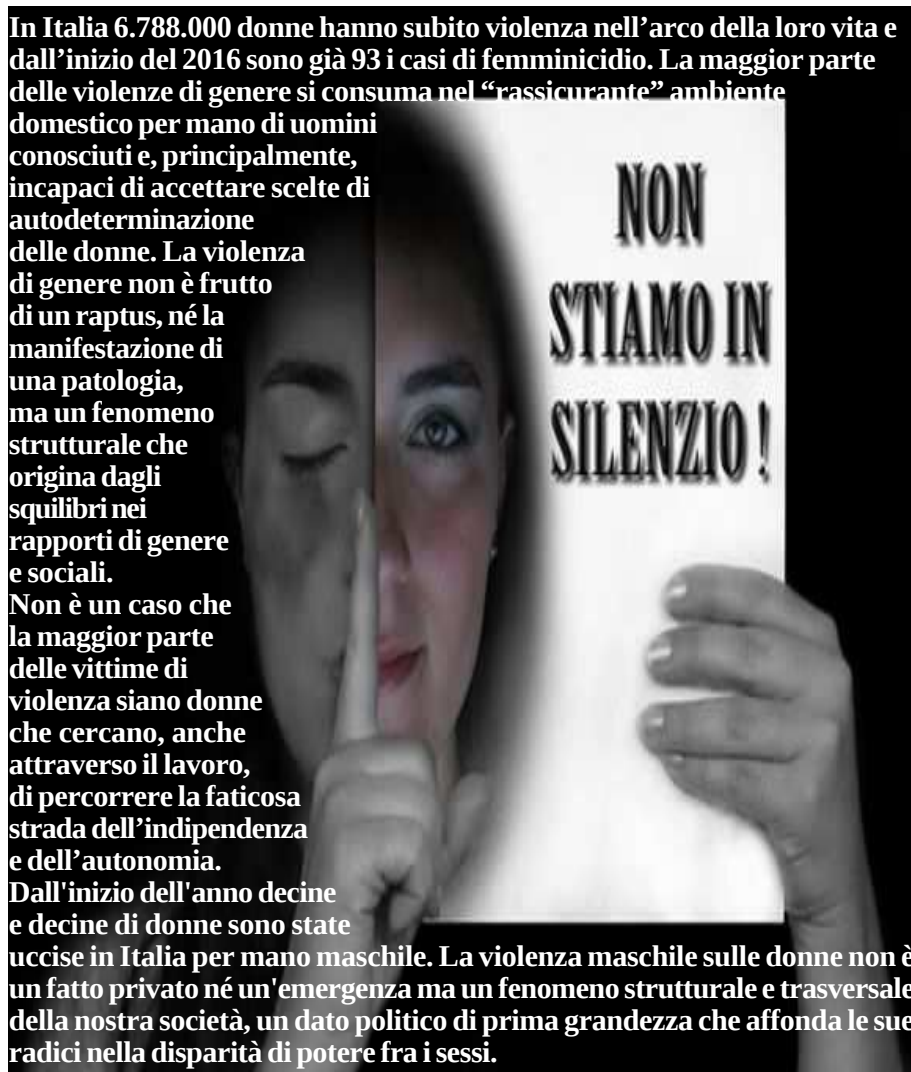
domestico per mano di uomini conosciuti e, principalmente, incapaci di accettare scelte di autodeterminazione delle donne. La violenza di genere non è frutto di un raptus, né la manifestazione di una patologia, ma un fenomeno strutturale che origina dagli squilibri nei rapporti di genere e sociali.

Non è un caso che la maggior parte delle vittime di violenza siano donne che cercano, anche attraverso il lavoro, di percorrere la faticosa strada dell'indipendenza e dell'autonomia.

Dall'inizio dell'anno decine e decine di donne sono state

uccise in Italia per mano maschile. La violenza maschile sulle donne non è un fatto privato né un'emergenza ma un fenomeno strutturale e trasversale della nostra società, un dato politico di prima grandezza che affonda le sue radici nella disparità di potere fra i sessi.

nonunadimeno.wordpress.com



Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute

Nelle tesi dei sostenitori della "riforma costituzionale" vi è quella che non si toccano i principi costituzionali di base (i primi tre titoli), tra cui quello del diritto alla salute, all'ambiente, alla sicurezza.

Le modifiche del titolo V, ed in particolare l'art. 117 relativo alla distribuzione di competenze e poteri in particolare tra lo Stato e le Regioni contengono però molti "sassolini" che diventeranno frane soprattutto a fronte di maggiori poteri attribuiti all'esecutivo e una riduzione del bilanciamento tra organi politici (Camera/Senato in primis).

Due voci tra tutte in campo ambientale: la esclusività dei poteri statali su "produzione, trasporto e distribuzione nazionali dell'energia" e sulle "infrastrutture strategiche e grandi reti di trasporto".

Sul tema energetico la dualità di poteri e competenze tra Stato e regioni finora ha ridotto gli effetti di scelte eterodirette, dalla pioggia di centrali termoelettriche a gas nei primi anni 2000, alle numerose proposte di terminali per il gas liquefatto trasportato su navi, alle prospezioni marine per la ricerca di idrocarburi (oggetto anche di referendum). La dialettica Regioni/Stato ha permesso di "ridurre il danno" dovuto alle miriadi di progetti - spesso già assentiti dagli organi centrali (ministeri) - in cui l'unico interesse reale era quello del profitto dei proponenti aprendo varchi estesi condizionando, nei fatti, gli indirizzi energetici del paese.

La questione delle "infrastrutture strategiche" rende ancora più evidente questo rischio. Non si tratta "solo" di "grandi opere" come la TAV (e già questo sarebbe sufficiente per far emergere il pericolo di un accentramento delle decisioni già esistente, si pensi alle catastrofiche leggi ad hoc per queste opere a partire da quelle di restrizione delle norme sulla valutazione di impatto ambientale), si tratta di tante "piccole" opere che - all'esigenza del governo del momento - con l'apposizione della etichetta di "strategiche" vengono imposte dall'alto contro la volontà locale ma anche saltando a piè pari ogni valutazione sulla effettiva utilità della singola opera e sulle alternative disponibili.

E' il caso recente della "rete degli inceneritori" in un recente decreto in applicazione dell'art. 35 dello "sbloccaitalia" che ha indicato numeri degli impianti ritenuti necessari e imponendone la costruzione alle regioni. Certo, le regioni interessate scontano ritardi decennali nella attuazione di una gestione dei rifiuti corretta ma l'imposizione di impianti ad

Un NO salutare, per l'ambiente e per i diritti



elevato impatto e intrinsecamente rigidi (una volta costruiti vanno alimentati per decenni) è in contrasto con le alternative disponibili e che saranno sempre più richieste e indicate nelle norme europee (riduzione, prevenzione, riciclo, recupero, riuso) spostando altresì le responsabilità sui produttori delle merci.

Altro importante snodo è quello della gestione del servizio sanitario pubblico. Anche in questo caso vi sono regioni che hanno compiuto scelte scellerate (privilegiando le strutture private, sprecando risorse, non adeguando i servizi alle esigenze della popolazione soprattutto nel campo della prevenzione), ma la "soluzione" a questo problema appare esclusivamente di tipo economico, di pura ricerca delle "compatibilità" bilancio. In questa

direzione la sanità non sarà più una questione di salute ma verrà regolata dal Ministero dell'economia, in seconda battuta, per le scelte "tecniche" dal Ministero della Salute e, quali meri esecutori delle scelte centrali, le regioni.

Men che meno la modifica proposta e i rapporti Stato/Regioni che ne consegue potranno riequilibrare le differenze tra le regioni, in particolare del Sud Italia. Per questo non occorre una riforma costituzionale ma una applicazione coerente dei principi della riforma sanitaria del 1978.

La programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali rimasta in capo agli enti locali appare una pura attività esecutiva residua ove la partecipazione e le richieste della popolazione saranno, anche più di ora, una voce inascoltata.

Un percorso esattamente inverso rispetto a quello prefigurato dalla riforma sanitaria del 1978, dalle esigenze del territorio alla pianificazione regionale e nazionale, alla definizione delle necessità economiche per garantire l'accesso universale ai servizi come a garantire una rete locale con la capacità di intervento diretto sui fattori di nocività nei luoghi di lavoro e di vita.

Le proposte contenute nella modifica della Costituzione scalzano nel concreto della organizzazione e definizione delle competenze e poteri tra gli enti i principi basilari del diritto alla salute, all'ambiente salubre e alla partecipazione democratica nelle scelte di pianificazione di importanti settori condizionanti la società. Per questo votare NO è una scelta a favore della salute e dei diritti.

**Medicina Democratica
Movimento di Lotta per la Salute - Onlus**

Rsu e Rsa Cgil e Fiom

LE RAGIONI DEI LAVORATORI PER IL NO ALLE MODIFICHE ALLA COSTITUZIONE

Cambiano la Costituzione per continuare una politica economica e sociale che rende i ricchi sempre più ricchi, i lavoratori con sempre meno salario e meno diritti e i poveri sempre più numerosi. Il taglio delle pensioni e dei servizi sanitari, come la manomissione dello Statuto dei lavoratori sono gli ultimi e più clamorosi esempi della loro politica.

Cambiano la Costituzione per affermare nella vita politica e nel funzionamento dello Stato, come nella società - nei luoghi di lavoro, nelle scuole - forme di comando in cui poche persone decidono su tutte le altre.

E' una deriva autoritaria fondata sulla forza del ricatto sociale e su una informazione ormai in mano esclusivamente a chi ha i soldi.

La chiamano "crescita", ma non cresce niente se non la povertà, il disagio sociale, la limitazione dei diritti dei lavoratori e il peggioramento delle condizioni di salute. Aumentano anche gli infortuni mortali sul lavoro e quasi il 20% dei lavoratori presenta delle inidoneità al lavoro, si sta riducendo la vita media degli italiani.

Il taglio delle pensioni, l'obbligo a lavorare sino a 70 anni, la riduzione dei servizi sanitari pubblici e gratuiti, la riduzione della spesa per la scuola e l'educazione che ci colloca all'ultimo posto in Europa dopo la Bulgaria concorrono ad aumentare il disagio sociale e le disuguaglianze. E in fondo anche il Jobs Act non è frutto di un'improvvisazione bensì è stato anticipato dalla vicenda Fiat e dall'attacco al Contratto nazionale.

• Con le modifiche allo statuto dei lavoratori chi comanda può oggi disporre di strumenti di ricatto e condizionamento dei lavoratori: il licenziamento arbitrario senza obbligo di riassunzione, il controllo a distanza dei lavoratori sia nei luoghi di lavoro che nella vita sociale. Oggi i lavoratori sono meno liberi e la loro partecipazione alla vita democratica è condizionata dal ricatto del licenziamento.

• Vogliono una scuola in cui il diritto allo studio viene negato ai figli delle famiglie più povere e dove si viene educati a "saper obbedire" e a lavorare gratis senza diritti.

• Tra i dipendenti pubblici non sono riusciti finora a estendere il licenziamento arbitrario, ma stanno cercando di aumentare il potere discriminatorio delle gerarchie interne.

SIAMO CITTADINI, LAVORATORI, NON SUDDITI!

- Con la cancellazione delle norme del Jobs Act, che costituiscono un ricatto sociale e politico verso i lavoratori.

- Con il ripristino dei diritti dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

- Con una legge sulla rappresentanza che consenta ai lavoratori di decidere democraticamente da chi farsi rappresentare.

- Con il mantenimento e il rilancio della contrattazione collettiva, a partire dal contratto nazionale come elemento di unificazione e solidarietà tra i lavoratori.

Rsu e Rsa Cgil e Fiom

seguono firme



SPESA PER LA SALUTE? ASSESSORI AL MERCATO

Ormai a titoli cubitali sui giornali e attraverso radio e tv, i Pronto Soccorso degli ospedali sono chiamati a rispondere della così detta malasànità, ore di attesa sulle barelle nei corridoi, strutture inadeguate, personale insufficiente, promiscuità che spesso è al limite della salvaguardia della dignità umana.

Dopo le denunce dei parenti per la mancata assistenza ai congiunti e, in alcuni casi, il decesso dei loro cari, sentiamo assessori alla sanità, presidenti di regioni, amministratori, sindaci e la Ministra della Sanità che in coro denunciano la situazione, definita insostenibile, o inviano ispettori del ministero per accertare le cause. Pura ipocrisia: sono anni che si tagliano i fondi per la sanità pubblica, si chiudono servizi territoriali, non si fanno funzionare i Distretti Socio Sanitari, non si organizzano strutture che facciano da filtro ai ricoveri in Ospedale, esempio: Casa della Salute, dove si effettuano le prestazioni congiuntamente con il distretto del territorio per dare risposta alle esigenze dei cittadini.

I tagli producono malattia, il bilancio in pareggio delle ASL o delle Aziende Sanitarie Ospedaliere non consentono la funzionalità dei servizi e portano alle chiusure di presidi sanitari e complicano le attività dell'assistenza domiciliare. Chi se lo può permettere ricorre a prestazioni sanitarie nel privato. Le disuguaglianze emergono sempre più acute anche nel pubblico, attraverso le visite private in ospedale che riducono anche i tempi di attesa per visite e prestazioni diagnostiche.

La logica del mercato fa sì che l'assessore alla sanità del Piemonte Saitta, aumenti gli stipendi dei direttori delle Asl e regionali adducendo come motivazione che "Il mercato impone gli aumenti altrimenti non si trovano più direttori".

Mentre i dipendenti della sanità aspettano il rinnovo del contratto da 7 anni e lavorano in condizione di sotto organico.

Mentre i territori piemontesi vengono svuotati di servizi. Mentre la Regione Piemonte spenderà 6,5 milioni di Euro in tre anni con l'accordo con le farmacie che offriranno servizi di banco.

Invece di garantire uniformità di prestazioni sanitarie e socio assistenziali assistiamo alla competizione sulla pelle degli ammalati e dispendio di soldi pubblici per i gestori delle asl.



Le scelte scellerate di chiudere interi reparti ospedalieri in previsione di servizi territoriali efficienti che però non ci sono, determinano come denuncia il rapporto del Tribunale dei malati, persone costrette a girovagare tra un Ospedale all'altro con il rischio di non farcela.

Crescono i divari di assistenza sanitaria tra le regioni, ad esempio la sanità al Sud è praticamente in mano ai privati per scelta politica, ciò costringe 11 milioni di persone (dati ufficiali) a non curarsi per l'impossibilità di sostenere le spese oltre i balzelli dei ticket.

In questo contesto vi è tutta la partita, Assistenza, Sicurezza Sociale. Fasce sempre più vaste di anziani e non autosufficienti sono privi di interventi atti a consentire una assistenza adeguata. Il fondo Nazionale per non autosufficienti è inadeguato, il ricovero in strutture per non autosufficienti diventa impossibile a causa delle rette che vanno dai 2300 ai 2600 euro mensili, spesso la quota sanitaria a carico della sanità non viene integrata dalle Regioni causando gravi problemi all'utenza. Un esercito di badanti assiste le persone e gli anziani non autosufficienti nelle proprie abitazioni,

pagati di tasca propria dai famigliari per la mancanza di servizi territoriali socio sanitari. La spesa sanitaria nel 2015 risultava di 111,185 miliardi, mentre il finanziamento del SSN risultava di 109,7 miliardi, il disavanzo non coperto dal SSN è stato coperto dalle Regioni con nuove tasse per i cittadini, e di conseguenza sono diminuiti personale e servizi. I due miliardi in più previsti dalla manovra finanziaria per il 2017 alle Regioni, serviranno solo all'acquisto dei vaccini.

Il contenuto degli interventi previsti dai LEA, dovrà essere verificato poiché i livelli essenziali di assistenza dovrebbero essere in funzione alla estensione e alla qualità delle prestazioni del SSN e non alla diminuzione per contenere la spesa. La questione farmaceutica con lo scandalo delle multinazionali denunciato dai medici, renderà impossibile l'acquisto di particolari medicinali e diventerà insostenibile dal servizio sanitario pubblico, i farmaci non potranno essere prescritti e chi non potrà acquistarli avrà problemi di speranza di vita.

La spesa farmaceutica convenzionata si riduce dal 9,9% nel 2010 al 17,4% nel 2015 con la conseguenza che molti farmaci devono essere acquistati e non possono essere prescritti, anche i salva vita debbono essere pagati dagli ammalati. Il sistema sanitario subisce la corruzione data dall'intreccio mafia politica, il cui prodotto sono appalti truccati, costruzioni fatiscenti di ospedali, consulenze pagate milioni di Euro, inutili incarichi di responsabilità senza trasparenza, clientelismo nella scelta dei fornitori, negli ordini dei farmaci ecc.

L'assenza totale della prevenzione intesa globalmente a partire dall'ambiente per arrivare ai luoghi di lavoro, dove i morti continuano essere dimenticati dopo le prime lacrime, perché la mancanza di sicurezza è ormai endemica, e i lavoratori considerati come merce, mettendo il profitto prima di tutto. Con la manomissione della Costituzione proposta da Renzi il titolo V affida al Ministero dell'Economia la gestione economica della sanità di fatto riducendo il ministero della salute ad un puro esecutore di programmi economici che investiranno sempre meno su prevenzione e salute.

La legge 833, tuttora in vigore prevede un sistema universale di tutela della

CONTINUA A PAG. 9

ASSESSORI AL MERCATO

CONTINUA DA PAG. 8

della salute Prevenzione Cura Riabilitazione, ma le politiche privatistiche dei governi degli ultimi 20 anni e il contributo decisivo per portare a compimento la privatizzazione della sanità del attuale Governo, hanno dirottato altrove, soldi che ci sarebbero per difendere estendere, qualificare la difesa della salute. Assistiamo inoltre al fallimento delle Aziende Sanitarie che si basano sulla produttività e non sulla qualità, considerando i malati come un prodotto e non come persone.

Le ASL dovrebbero essere governate dai cittadini, attraverso elezioni democratiche, i Direttori generali soppressi e sostituiti da professionalità inutilizzate in grado di dirigere le ASL.

Dovrebbero attuarsi assunzioni urgenti di personale, medici, infermieri, tecnici. Ci sono migliaia di giovani in attesa di occupazione: nei giorni scorsi per un concorso di 8 posti di infermiere hanno partecipato in mille.

La salute si difende nel territorio con servizi integrati socio assistenziali potenziati come laboratori di salute di distretto con medici di famiglia e guardia medica.

Con piani straordinario di intervento con risorse umane e finanziarie sull'ambiente per la prevenzione sul

territorio e nei luoghi di lavoro. Bisognerebbe inoltre abolire i ticket.

I servizi ambulatoriali dovrebbero essere aperti almeno 6 giorni alla settimana.

In tutte le ASL dovrebbero essere nominati dei Comitati di partecipazione e controllo dei cittadini previsti dall'attuale normativa anche per porre un freno al dilagare della corruzione mafiosa.

Occorrerebbe separare le prestazioni INPS che le competono e che sono prettamente previdenziali dagli ambiti più propriamente assistenziali.

Occorre dunque applicare l'art. 32 della Costituzione garantendo la qualità di assistenza sociale e sanitaria alla persone non autosufficienti, agli anziani, ai disabili e alle persone che fanno parte delle nuove povertà.

Per evitare che attraverso l'utilizzo del referendum si cancellino diritti che devono essere esigibili e perché non si presenti la riforma come un rilancio del Welfare il 4 dicembre per difendere estendere qualificare lo stato sociale è necessario votare NO.

Renato Nuccio

Segreteria regionale P.R.C.
Biella 3.11.2016



A scuola di salute invece del mercato. Una testimonianza professionale

Come integrare ospedale e territorio. Con la Casa della salute.

La scelta di destinare tempo e risorse in prima persona presso la Casa della salute di Querceta(1,2) è arrivata come naturale. Ho sempre avuto ben presente che la qualità delle cure al paziente cardiopatico si realizzava solo con una forte integrazione di sforzi comprendenti ospedale e territorio. La costituzione della medicina generale in gruppi, la Sanità d'iniziativa e infine la formazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Case della salute ha mostrato e testimoniato la progressiva articolazione e crescita dell'organizzazione territoriale con il medico di medicina generale vicino al paziente. L'ospedale, con la sua progressiva destinazione ai soli pazienti acuti, e relativa dotazione professionale e tecnologica avanzata si è invece nel tempo organizzato per una rapida individuazione delle cause di instabilità clinica di pazienti complessi o di patologie complesse. La risposta dell'ospedale è in genere focalizzata sul problema clinico con azioni rapide, efficaci ed efficienti. La gestione del paziente nella sua interezza è successivamente demandato al medico curante.

Occorreva un luogo di lavoro comune, più vicino alla realtà locale di appartenenza dei pazienti, di facile accesso, con dotazione strumentale sufficiente a garantire un primo e secondo livello di prestazioni, se necessarie. Una sorta di intensità di cura allargata e ampliata al territorio. Ma anche

■ **“Con questo lavoro, silenzioso, poco visibile ho recuperato le motivazioni che talora in ospedale è difficile mantenere. I pazienti e i loro familiari manifestano soddisfazione, il medico di famiglia ottiene un sostegno diagnostico-terapeutico che consente di condividere scelte, talora anche difficili ma fondamentali. Sicuramente sono stati ridotti ricoveri e prestazioni non necessarie, ma soprattutto credo che stiamo assolvendo a uno dei più alti compiti che la nostra professione ci chiede: quello della cura del paziente e non solo del suo cuore. ”**

un luogo dove poter svolgere una prevenzione più mirata e aggressiva laddove necessario.

Così, dal 2012, due volte al mese, dedico la mattina al lavoro presso la Casa della salute di Querceta. Qui, oltre ad aver stabilito rapporti molto stretti professionali e personali con i medici che ne fanno parte e con il suo coordinatore, dottor Giuseppe Cavarani, ho recuperato quel rapporto professionale diretto, umano, profondamente empatico che in ospedale diventa difficile mantenere. Il medico di famiglia che richiede il mio intervento è il garante della salute a 360

CONTINUA A PAG. 10

Come integrare ospedale e territorio. Con la Casa della salute.

CONTINUA DA PAG. 9

gradi del paziente, lo colloca nel suo contesto sociale e di malattia e lo propone a me per un quesito specifico. Dal mio canto, ne assicuro la presa in carico garantendo la salute cardiologica sia evitando procedure inutili sia, al contrario, proponendo interventi complessi non prima di averne condiviso gli obiettivi con i pazienti e con il medico proponente. Tutto ciò avviene agevolmente lavorando alla Casa della salute dove, accanto alla comunicazione diretta, mi è stato concesso di poter lavorare sugli strumenti informatici del medico di medicina generale, potendo cioè condividere la loro cartella clinica. In tal modo ho l'opportunità di cogliere informazioni su storia clinica, farmaci assunti, problematiche attive che mi sarebbero difficili da ottenere diversamente. La ricchezza della valutazione multidimensionale che mi viene offerta permette di evitare il potenziale di frammentazione del mio intervento se avulso dal contesto reale.

Con questo lavoro, silenzioso, poco visibile e forse valutato a un primo colpo d'occhio poco importante, ho recuperato le motivazioni di un lavoro che talora in ospedale è difficile mantenere. I pazienti e i loro familiari manifestano soddisfazione, il medico di famiglia ottiene un sostegno diagnostico-terapeutico che consente di condividere scelte, talora anche difficili ma fondamentali. Sicuramente sono stati ridotti ricoveri e prestazioni non necessarie, ma soprattutto credo che stiamo assolvendo a uno dei più alti compiti che la nostra professione ci chiede: quello della cura del paziente e non solo del suo cuore. Tuttavia anche attraverso il cuore.

La possibilità di condividere esperienze, conoscenze, sensazioni ed emozioni ci ha anche portato a guardare avanti. Abbiamo così identificato ambiti di miglioramento. Grazie all'enorme quantità di informazioni contenute nelle cartelle informatizzate dei colleghi della medicina generale della Casa della salute abbiamo iniziato a studiare l'epidemiologia, la pratica comune, e lo stato di salute della popolazione di riferimento. Abbiamo così verificato che è relativamente semplice raccogliere dati da decine di migliaia di pazienti, disponendo di un punto di osservazione privilegiato. Il primo frutto di questa collaborazione è stato un lavoro che quest'anno abbiamo presentato insieme a Londra, nel settembre 2015, al Congresso europeo di cardiologia a Londra della European Society of Cardiology sulla prevalenza e qualità delle cure nella fibrillazione atriale.

Credo che il futuro sia puntare sempre più su questa integrazione, sulla dotazione di strumenti in grado di migliorare la diagnostica e la cura già sul territorio, sulla possibilità di identificare sottogruppi su cui concentrare le azioni, portare avanti azioni di miglioramento promosse da audit guidati dall'uso dei database informatici. In questo senso credo anche che la tele-medicina e i suoi sviluppi saranno una delle principali chiavi per un'assistenza sempre più di semplice accesso, sicura, sostenibile e di qualità.

Giancarlo Casolo

direttore U. O. di Cardiologia, Ospedale della Versilia.

3/10/2016



Note

Nota 1. La Casa della salute di Querceta

La Casa della salute di Querceta (nel Comune di Seravezza, a pochi chilometri da Forte dei Marmi, in Versilia, tra il mare e le Alpi Apuane), inaugurata ed entrata in piena funzione nel luglio 2012, è un'ampia struttura (vedi foto) che ospita una serie di servizi: dalla medicina generale (8 mmg che lavorano in gruppo) all'assistenza infermieristica, dal consultorio alle attività specialistiche e di riabilitazione, dal CUP ai servizi sociali del Comune. La Casa della salute è di fatto sempre aperta, perché lì operano i servizi di trasporto sanitario, ordinario e in emergenza, la continuità assistenziale dalle 20 alle 8 nei giorni feriali e 24 ore nei festivi e prefestivi, i medici e infermieri del 118, con auto medica H24 per 7 giorni su 7. L'attività di prelievi ematici inizia alle 7 dal lunedì al sabato. Almeno uno, ma quasi sempre 2 mmg sono presenti dalle 8 alle 20 nei giorni feriali e prefestivi, dalle 8 alle 13 il sabato. I mmg vengono supportati nelle loro attività da infermieri per un totale di 54 ore settimanali e da personale di segreteria per 54 ore settimanali, più, per la Sanità d'iniziativa, da 30 ore di infermiera e 30 ore di operatore sociosanitario. La popolazione di riferimento della Casa della salute di Querceta conta circa 15.000 abitanti, residenti soprattutto nel comune di Seravezza, ma anche di Forte dei Marmi e Pietrasanta.

Nota 2. Il libro: Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche.

La testimonianza del Dr. Giancarlo Casolo è tratta da un capitolo del libro "Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche, di A. Brambilla e G. Maciocco, Carocci Faber Editore, 2016", dedicato alla Casa della Salute di Querceta a cura di Enrico Salvatori. Il libro si compone di tre parti. La prima illustra le politiche per la salute e le cure primarie nei contesti nazionale e internazionale; la seconda descrive il percorso intrapreso da Emilia-Romagna e Toscana nell'innovazione delle cure primarie e nella costituzione delle Case della Salute, ad oggi tra le più avanzate nel contesto italiano; la terza presenta otto casi di studio, quattro in Emilia-Romagna (Bomporto, Crevalcore, Forlimpopoli e San Secondo Parmense) e quattro in Toscana (Castiglion Fiorentino, Empoli, Terricciola e Querceta).

www.saluteinternazionale.info

ASL UNICA A TORINO. La bozza del direttore/commissario Alberti

L'ospedale Amedeo di Savoia trasformato in un polo territoriale con ambulatori, Sert per le tossicodipendenze e Rsa per anziani. L'Oftalmico in un poliambulatorio; il Valdese, che dovrebbe riaprire come casa della salute; il "Marco Antonetto", ex sede dell'Ipab comunale di corso Toscana, diventa poliambulatorio. Rimane inutilizzata l'antica Astanteria Martini. Rimarranno solo tre ospedali: San Giovanni Bosco, Maria Vittoria e Martini che opereranno in sinergia "singole discipline" e "Uniformità delle modalità di gestione dei pazienti e reciproco supporto in caso di affollamento, attraverso il lavoro in rete del Pronto Soccorso". Ci sarà un "Unico dipartimento di continuità assistenziale dell'adulto e dell'anziano, dopo la fase acuta". Si parte dal 1 gennaio 2017.

Proponiamo una prima considerazione di merito con un contributo di Eleonora Artesio, già Assessore alla sanità della Regione Piemonte

SANITA' A TORINO

Si ritorna all'asl unica: salute più o meno?

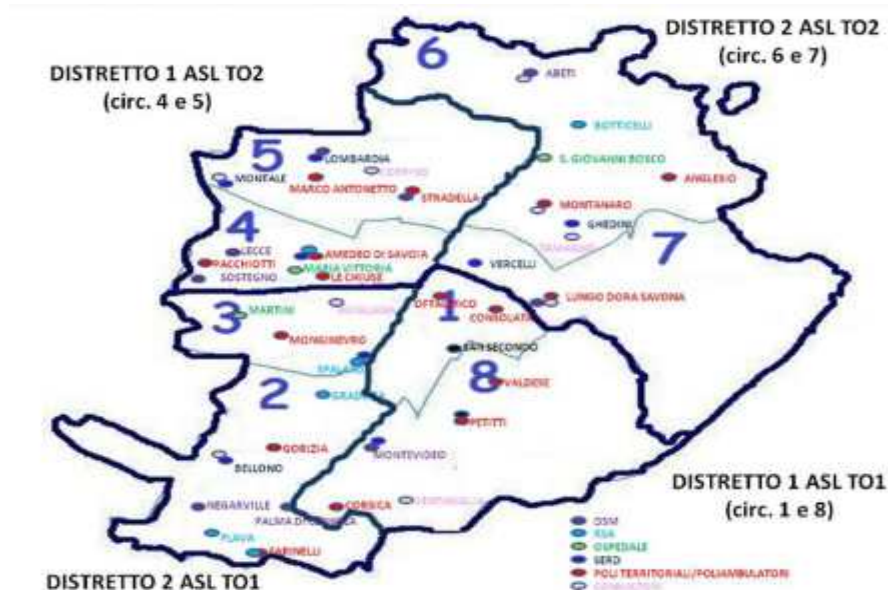
Il Presidente della Regione Piemonte Sergio Chiamparino dichiara a Quotidiano Sanità Piemonte, che la prossima sfida della sanità piemontese sarà l'accorpamento delle Asl.

Il Direttore Generale della asl To2, commissario della To1, dichiara che la unificazione non sarà una mera somma, ma produrrà standards più elevati, perché sarà dato valore alle attività assistenziali, anche grazie ai risparmi derivanti dall'accorpamento.

L'Assessore Saitta presenta alle commissioni sanità comunale e regionale l'atto di indirizzo per l'unificazione, rinviando all'atto aziendale le previsioni e le soluzioni sui singoli presidi e sulle differenti attività territoriali, premettendo però che la sola unificazione logistica delle unità amministrative comporterà un risparmio da 600.000 euro da reinvestire in servizi. Le fusioni aziendali, insomma, sono le soluzioni contemporanee alle difficoltà e alle insufficienze sofferte dal sistema sanitario. Almeno così piace credere e si vuole far credere.

È inevitabile constatare che questa sia la strada intrapresa da gran parte delle Regioni e imposta da diversi piani di rientro; altrettanto inevitabile ammettere che nel breve periodo si producano risparmi, non fosse che per la riduzione delle figure apicali. Quelle, però, sono operazioni una tantum irripetibili. Nel medio e lungo periodo si presentano le conseguenze strutturali della fusione e sono lente e costose.

Ridurre a un unico centro di costo e a una unica direzione le differenti gestioni del personale, degli appalti, dei sistemi informativi e quant'altro comporta un lavoro di condivisione, di gestione dei contenziosi, di nuove procedure che introduce costi aggiuntivi in attesa di risparmi futuri e di maggiore efficienza.



Non si esclude che sia un percorso possibile, semplicemente non riassume le sorti della sanità ne' risolve i problemi della sostenibilità economica, tanto meno della qualità delle prestazioni. I sostenitori delle fusioni promettono che la riduzione delle eventuali inefficienze e le economie generate dalla concentrazione di strutture deputate allo stesso compito consentiranno di innalzare il livello dei servizi, perché ci si indirizzerà allo standard più qualificato e al modello più efficace, ad esempio per le dimissioni protette, per le cure domiciliari, per la residenzialità psichiatrica.

È una prospettiva suggestiva, difficile però che le architetture si sostituiscano o suppliscano alle finalità, alle metodologie, alle scuole di pensiero, ai protocolli: ovvero le forme organizzative sono l'esito anche storico dei contenuti dell'intervento di cura.

Illusorio pensare che il cambio della infrastruttura comporterà una evoluzione delle forme e delle qualità: per queste ultime occorrono formazione condivisa dagli operatori, valutazioni

riconosciute degli esiti, incoraggianti distribuzioni dei budget, coinvolgimenti degli attori istituzionali e sociali, anche degli utenti e delle loro rappresentanze. A questo fine, non è obbligatoria la trasformazione aziendale, basterebbero la volontà politica e l'applicazione dei managers sull'obiettivo, certo nella paziente costruzione delle relazioni interne, coi professionisti del settore, ed esterne con le parti sociali. La fusione aziendale in se', quindi, non è né buona né cattiva, è uno strumento rispetto ai fini dichiarati: il guaio è che non si dichiarano i fini o, meglio, sembrano meramente economici e di breve periodo.

Purtroppo viviamo in un periodo in cui, direbbe il Prof. Gallino, dominano le "idee ricevute", ovvero le convinzioni non verificate che, solo per il fatto di essere ripetute, vengono giudicate ovvie e inarrestabili.

Eleonora Artesio

**Consigliera comunale
Gruppo consiliare di
Torino in Comune - La Sinistra**

La pericolosità per la stabilità del Servizio Sanitario Pubblico dei Fondi Sanitari Integrativi è evidente a chiunque abbia un pò di buonsenso. Chi li sostiene, ad esempio alcuni sindacati, dovrebbe leggere attentamente e riflettere obiettivamente su questo articolo che ci viene segnato e proposto. E' elementare che privati e assicurazioni per prosperare nella loro logica di profitto non limiteranno la loro invasione solo alle prestazioni considerate "futili" dai politici di governo, e dai loro gestori locali, e delegabili al privato per tagliare i costi ma, ovviamente, amplieranno l'offerta ai cittadini, sempre più costretti alla sofferenza dentro gli angusti spazi pubblici di prevenzione, cura e riabilitazione. Redazione

Sostenibilità del SSN e fondi sanitari integrativi

Di fronte alle crescenti difficoltà del servizio sanitario nazionale nel soddisfare i bisogni di salute della popolazione sono in molti ad affermare che la sostenibilità del sistema debba passare attraverso la creazione di un robusto "secondo" pilastro del welfare, basato sullo sviluppo dei fondi sanitari integrativi (FSI). Un assist a favore dei FSI lo troviamo in un post di Nino Cartabellotta recentemente pubblicato su questo blog, dove si sostiene che le prestazioni a basso value, escluse dai LEA, potrebbero espandere il campo d'azione della sanità integrativa.

Noi invece crediamo che non servano i FSI, e ancor meno le Assicurazioni, per garantire la sostenibilità del SSN.

Enumeriamo alcuni motivi di dissenso rispetto a ulteriori espansioni dei FSI e di quanto (pensiamo impropriamente) si definisce secondo e terzo pilastro del Servizio sanitario nazionale.

Problemi di equità

Oggi usufruiscono dei FSI circa 10 milioni di italiani - imprenditori, professionisti, dirigenti, lavoratori e familiari - beneficiando di deducibilità dei contributi versati al FSI fino a • 3.615/cad. (e detraibilità della quota parte di spese sanitarie a carico). Tali agevolazioni sono sussidiate con le tasse anche dei 50 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono molto più rappresentati gruppi sociali svantaggiati (senza lavoro/precari...).

Problemi di efficienza

La frammentazione in più di 300 FSI ne indebolisce il potere contrattuale verso i fornitori, e i loro apparati devono gestire milioni di transazioni duplicate (oltre a quelle del SSN) con miriadi di organizzazioni e con i sanitari, con costi di transazione connessi, che di per sé non producono salute, anzi sottraggono tempo (costo/opportunità) ai professionisti sanitari. Uno dei sei motivi per cui gli USA spendono in Sanità più di ogni Paese al mondo è la frammentazione del sistema in miriadi di erogatori di prestazioni e di assicurazioni sanitarie, con costi esorbitanti di attività amministrative. Olanda e Inghilterra hanno introdotto logiche mercantili e si stanno avvicinando agli USA, con spese amministrative del 20% e 15,4% del budget ospedaliero. Invece Canada e Scozia (che non ha seguito la strada Inglese) non usano i DRG per le entrate e finanziano gli ospedali a budget globale. L'amministrazione richiede molto meno personale, competenze meno specialistiche e assorbe il 12,4% dei budget ospedalieri (vedi post Le spese amministrative degli ospedali: confronto tra usa e altre 7 nazioni).

Le prestazioni dei FS non sono solo integrative, ma in maggioranza sostitutive

Le prestazioni dei cosiddetti FSI sono per più del 50% sostitutive di analoga offerta SSN: proprio ciò che la legge istitutiva si prefiggeva di evitare.

I Fondi diventano induttori di prestazioni

Per sopravvivere/assicurarsi il futuro, i FSI tendono, come gli erogatori pagati a prestazione e come molti produttori di tecnologie mediche, a indurre prestazioni non necessarie, comunque fonte di ricavi/guadagni anche per loro.

Ciò include il business dell'offerta di "prevenzione medica" non validata, fonte di disease mongering per eccellenza (check-up, batterie di test che inducono,...). Finiscono di fatto per essere nuovi induttori, oltre a quelli strutturali: produttori di farmaci, dispositivi/altre tecnologie sanitarie, ed erogatori pagati a prestazione dal SSN o in libera professione.

Prove indirette del verosimile ruolo d'induzione di prestazioni (e spesa) dei FSI si hanno esaminando la spesa sanitaria pro-capite dei paesi Europei occidentali e Nordamericani.

Se infatti mettiamo a confronto i paesi che adottano il servizio sanitario nazionale - come i paesi scandinavi, Canada, Gran Bretagna, Irlanda, Nuova Zelanda, Australia e paesi del sud Europa - e quelli con sistemi assicurativi (non profit, privati profit, e misti, con maggior presenza di FSI) - come USA, Svizzera, Olanda, Germania, Lussemburgo, Austria, Belgio, Francia e Giappone - si nota che questi ultimi presentano livelli di costo mediamente superiori ai primi sia come spesa sanitaria pro-capite totale, sia come spesa sanitaria come % del PIL, e anche come spesa sanitaria pubblica pro-capite.

Che i sistemi sanitari basati sulle assicurazioni e con forte sviluppo di FSI abbiano spesa sanitaria maggiore, sia in % del PIL, sia totale, non dovrebbe stupire, perché i FSI nascono proprio per attrarre nuovi finanziamenti e aumentare la spesa sanitaria totale, asserendo di dare così "sollievo" alla spesa sanitaria pubblica (NB: ma l'obiettivo vero di produttori ed erogatori pare piuttosto di non fare i conti con la necessità di ridurre propri prodotti/prestazioni di low value, in quanto per entrambi ciò significherebbe perdita dei ricavi connessi).

Può sembrare invece paradossale che paesi con sistemi assicurativi e più FSI, in cui oltretutto (salvo che negli USA) prevalgono casse mutue/fondi non profit, abbiano spese sanitarie pubbliche in media maggiori dei paesi con SSN e meno FS.



Sostenibilità del SSN e fondi sanitari integrativi

CONTINUADA PAG. 12

Si confronti ad esempio la spesa sanitaria pubblica pro-capite di paesi europei con sistemi assicurativi come Svizzera, Olanda, Austria, Germania, Francia, Belgio, ricchi di FS (International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, Nov 2012): la spesa varia dai 3.473 ai 4.711 PPP\$.

Lo stesso vale per la Danimarca, con SSN ma molti FSI: 4.160 PPP\$ (e, in Nordamerica 4.672 negli USA e 3.266 in Canada, quest'ultimo con sistema pubblico ma molti FS), rispetto a paesi come UK e Spagna con un SSN (almeno prima di recenti controriforme) e come l'Italia, che hanno meno FSI. La spesa pubblica di questi è molto inferiore: rispettivamente 3.171, 2.204 e 2.470 PPP\$.

Fa eccezione la Svezia, con SSN, pochi FS ma alta spesa pubblica: 4.375 PPP\$ (ma ha una spesa sanitaria quasi solo pubblica).

Dunque i FSI falliscono proprio uno dei primi obiettivi dichiarati dai loro sostenitori: contenere la spesa sanitaria pubblica.

L'apparente paradosso si spiega con l'induzione di prestazioni di low value, cui i FSI nel complesso concorrono, che influenza anche l'erogazione nel contesto pubblico (indotta da professionisti con doppia afferenza) e la spesa relativa, almeno nel lungo periodo. [Un esempio tra 100: un ginecologo cui conviene, per libera professione e contratto con FSI, fare Pap-test, pagato a tariffa, non triennale ma annuale, "si farà piacere" Linee Guida che giustificano Pap-test annuali; per "rispetto di sé", cercherà di tenere/trascinare tale prassi anche nell'Azienda sanitaria da cui dipende].

Per come sono oggi in genere concepiti, i FSI sono fonte di:

- iniquità per le agevolazioni fiscali concesse/pretese per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti;
- induzione di consumismo sanitario, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma anche prestazioni d'efficacia non provata/improbabile, che il SSN ha buoni motivi per non offrire (ma non osa scoraggiare apertamente);
- paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica, oltre che di (voluto) aumento di quella totale;
- lungi dall'alleggerire, in base ai dati, rendono ancor più precaria la sostenibilità di un SSN, anche perché, con la crescente offerta di prestazioni sostitutive, preparano fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno (con più costi/meno risorse e protezione per chi resta).

La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato/Regioni/ASL/USSL/ATS:

- non dovrebbero incentivare iniquità o consumismo;
- se entrano nella gestione di FSI (soluzione in teoria migliore, rispetto ad alternative), dovrebbero limitarsi a prestazioni davvero integrative, di cui serie valutazioni di

merito confermino l'efficacia (almeno probabile), ancorché non/ non ancora accolte nei LEA;

- dovrebbero promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed empowerment + supporti/benefit per render facili le scelte salutari.

Conclusione

A parte differenti valutazioni sul ruolo di FSI e Assicurazioni, ci sembra che il post di Cartabellotta sia contraddittorio nel proporre:

da un lato un condivisibile disinvestimento da interventi sanitari sovrautilizzati di low-value (definiti inefficaci/rischiosi/inappropriati) per riallocare risorse in investimenti di high value (efficaci/sicuri/appropriati) sottoutilizzati; dall'altro di riservare interventi di low-value "futili" (ancorché non "negativi") alla spesa privata, terreno della sanità integrativa.

Riteniamo che i FS cosiddetti integrativi, come non si sono accontentati di offrire solo assistenza odontoiatrica e

domiciliare (forse le uniche prestazioni davvero integrative e potenzialmente efficaci), così non accetteranno passivamente di lasciarsi definire "venditori di prestazioni futili", che a quel punto non troverebbero molti acquirenti. Invece sono e saranno infaticabili nel proclamare il value del più ampio portafoglio della propria offerta (per sopravvivere e prosperare), contrastando mediaticamente e con azioni di lobbying coloro che vorrebbero sminuire il value delle prestazioni che offrono, dando a intendere che lo facciano "solo per questione di costi".

Così le prestazioni senza valore continueranno a essere praticate, promosse, e a consumare risorse di privati misinformati e della collettività, tramite sgravi fiscali e attraverso l'aumento della stessa spesa sanitaria pubblica, per i meccanismi prima sinteticamente descritti, come mostrano i confronti internazionali. Oltre alla possibile iatrogenesi di interventi futili ma non sempre innocui a lungo termine.

Alberto Donzelli, Monica Sutti

Per Consiglio Direttivo e Comitato Scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute

Vittorio Caimi

Presidente CSERMeG, a nome Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale

Ernesto Mola

Presidente WONCA Italia, Coordinamento Italiano Società Scientifiche aderenti a WONCA

Piergiorgio Duca

Presidente, a nome di Medicina Democratica

Adriano Cattaneo

a nome del Gruppo NoGrazie.

Roberto Romizi

Presidente di ISDE Italia (Associazione Medici per l'Ambiente)

Violetta Plotegher

Assessora Regione Trentino-Alto Adige

In rete su: www.saluteinternazionale.info



Il peso delle industrie farmaceutiche nel governo

Leggendo con attenzione gli articoli riguardanti la sanità si deduce che l'unico soggetto che ha ragione di brindare è l'industria farmaceutica. I casi "biosimilari" e "epatite C". C'è più di un motivo per ritenere che nella scala delle priorità del governo vengano prima gli interessi delle lobby e dopo quelli dei cittadini. Questo si legge in un appello sottoscritto da tutti i sindacati medici che contesta le scelte del governo contenute nella legge di bilancio presentata in parlamento. Infatti, leggendo attentamente gli articoli riguardanti la sanità si capisce che c'è ben poco da rallegrarsi, come all'inizio - a scatola chiusa - era sembrato.

Vediamo perché:

Le intese Stato-Regioni 2.2016 (Legge Stabilità 2016) e 7.9.2016 (nuovi Lea) avevano stabilito che il fondo sanitario nazionale sarebbe cresciuto per il 2017 da 111 a 113 miliardi di euro e per il 2018 da 113 a 115. Per il 2017 era corsa voce che l'aumento sarebbe stato dimezzato: così non è stato e tutti si sono rallegrati.

Poi si è scoperto che il dimezzamento ci sarà, ma nell'anno 2018. Ma anche nel 2017 non è detto che l'aumento sia proprio di 2 mld di euro (e di 1 mld nel 2018): in entrambi



gli anni infatti potrebbero mancare all'appello 480 milioni di euro, in base ad accordi tra Stato e Regioni, in attuazione dell'intesa del 11.2.2016. Nel 2017 la metà dell'aumento è vincolata per l'acquisto di farmaci innovativi molto costosi (oncologici e anti-epatite C) e di vaccini. Anche il miliardo che resta però è in gran parte vincolato alla fornitura dei nuovi livelli essenziali di assistenza (Lea), per i quali servono circa 800 milioni di euro (vedi post Livelli essenziali di assi-

stenza sanitaria e diritto alla salute). Per il personale del SSN rimane ben poco come denunciano i sindacati, dopo anni di tagli, di perdita di migliaia di posti di lavoro e di blocchi contrattuali. "Spiegheremo ai cittadini - si legge nell'appello - che i Lea non sono auto-erogabili, come se fossero in un virtuale self service della sanità pubblica, separabili da abilità e competenze professionali che fanno la differenza tra la salute e la malattia e, non di rado, tra la vita e la morte e che il diritto alla cura non è scindibile dal diritto a curare in dignitose condizioni di lavoro e di esercizio professionale".

Ovvero, nella legge di bilancio, l'unico soggetto che ha ragione di brindare è l'industria farmaceutica.

Redazione

Medici mobilitati contro la manovra, il 28 novembre sciopero generale

Con la proposta di legge sulla responsabilità del medico all'esame dell'aula del senato, il rischio è che la pezza risulti peggiore del buco.

Quando all'inizio del suo percorso parlamentare proposi di inserire nel testo una clausola di verifica (non accolta) cioè un termine per fare un bilancio dei pro e dei contro, era perché ero e ancora sono convinto che la questione in quanto tale non è né traducibile facilmente in una norma esaustiva e né la norma è facilmente applicabile nelle prassi ordinarie delle professioni. Le situazioni concrete sono molto ma molto complicate.

La legge avrà successo solo se riuscirà a ridurre il contenzioso legale, non ad accrescere il grado di impunità del medico o a tutelarla dagli oneri risarcitori, mentre tanti sono i medici che pensano il contrario, cioè che la legge avrà successo solo se garantirà loro una relativa impunità indipendentemente dal problema del contenzioso legale. E già questo è un bel problema.

Tra i possibili punti deboli della legge, il primo è la scelta di campo sbagliata che ha fatto il legislatore: inquadrare il fenomeno del contenzioso legale nel quadro dei problemi della sicurezza delle cure, della prevenzione del rischio, dell'evento avverso, del risk management.

Si tratta di una scelta che non coglie un dato di fatto: la gente non denuncia i medici perché sbagliano (la fallibilità fa parte dell'ordine normale delle cose), ma perché i medici non sono capaci di avere relazioni con i malati e i loro famigliari.

Personalmente per prevenire il contenzioso legale avrei agito su una riforma del

Cinque punti critici nella riforma della responsabilità del medico



consenso informato quindi su una maggiore corresponsabilizzazione del malato e di conseguenza avrei correlato la legge con un forte intervento formativo dei medici.

Il secondo è che tutto l'apparato definito a sostegno di tutte le proposte della legge (difensore civico, osservatorio nazionale, centri, elenchi, ecc) è previsto a costo zero, vale a dire che se le regioni lo vogliono fare se lo devono pagare. Questo realisticamente è poco probabile che accada perché le regioni non hanno neanche più gli occhi per piangere. Per cui senza supporti tecnici resta come prima il medico contro il cittadino.

Il terzo è il ricorso alle linee guida per garantire al medico l'impunità da certi reati (non entro nei dettagli). Si corre il rischio di istituzionalizzare la medicina difensiva cioè di indurre il medico a salvarsi con il ricorso ordinario alle procedure

indipendentemente dalle necessità individuali del caso. Il che causerebbe un danno incalcolabile alla qualità della medicina e alla sua credibilità.

Potremmo avere una medicina appropriata alle linee guida ma inadeguata nei confronti delle necessità del malato. E' vero che per ammorbidire la questione è stata inserita la frase "salve le specificità del caso concreto" (proposta che per altro ho avanzato per tempo) ma la legge non dice come tutelare il medico nel caso in cui egli derogasse dalle linee guida per rispettare la singolarità del caso. Per cui è presumibile che i medici assumano le linee guida come principio precauzionale generalizzato. In questo caso dovremmo scordarci la personalizzazione delle cure, l'umanizzazione, ecc.

Il quarto è la storia che obbligando il malato all'inversione dell'onere della prova il medico abbia risolto tutti i suoi problemi, in realtà il medico in un modo o nell'altro in tribunale a disculparsi ci dovrà andare comunque sia in caso di azione diretta nei confronti dell'assicurazione da parte del paziente danneggiato, in quanto il medico è parte necessaria, sia che venga citata la struttura, in quanto il medico è obbligato a partecipare, in quanto parte attiva del procedimento.

Il quinto è il terreno paludoso della questione assicurativa, della rivalsa, delle coperture obbligatorie ancora troppo pieno di incognite, con il rischio di scaricare i risarcimenti sul fondo sanitario nazionale (Tiziana Frittelli su "quotidiano sanità" del 15 novembre) cioè di togliere soldi alle cure dei malati.

Ivan cavicchi

TAV E RISCHI PER LA SALUTE

I dati diffusi dall'OMS nello scorso mese di Settembre, in quello che è considerato il più dettagliato studio finora mai condotto sull'argomento, lasciano senza parole: l'Organizzazione Sanitaria Mondiale dice che il 92% delle persone sul globo, cioè oltre 9 persone su 10, respirano aria troppo inquinata, aria che danneggia la salute respiro dopo respiro. I morti che ne conseguono sono milioni, uccisi da solfati, nitrati e carbone che penetrano in minuscoli corpuscoli nel nostro corpo, fino a ucciderlo. I danni peggiori li subiscono, si sa, vecchi, bambini e donne gravide.

Da questo studio si evince che il nostro Paese ha l'aria peggiore di tutta l'Europa occidentale, nessun angolo del nostro Paese può vantare zone "verdi", cioè pulite, come invece hanno Francia, Spagna e soprattutto Gran Bretagna e Paesi scandinavi.

I dati sembrano quindi coincidere con un precedente rapporto dell'AEA, l'Agenzia Europea dell'Ambiente, pubblicato nello scorso anno: il Belpaese ha segnato il record del numero di morti prematuri rispetto alla normale aspettativa di vita per l'inquinamento dell'aria.

Nel 2012, in Italia, si sono avuti 84.400 decessi di questo tipo, su un totale di 491.000 in tutta l'Unione Europea. Decessi dovuti a tre killer "sottili": le micro polveri sottili (Pm2.5), il biossido di azoto (NO2) e l'ozono, presente nei bassi strati dell'atmosfera (O3), a cui lo studio attribuisce rispettivamente 59.500, 21.600 e 3.300 morti premature in Italia.

L'area più colpita dal problema delle micro polveri si conferma la Pianura Padana, con Brescia, Monza, Milano, ma anche Torino, che oltrepassano il limite fissato a livello UE di una concentrazione media annua di 25 microgrammi per metro cubo d'aria, ai livelli record presenti in Cina ed India. Come ha dichiarato Maria Neira dell'OMS, "l'inquinamento dell'aria è oggi il peggiore rischio ambientale per la salute, responsabile della morte di una persona su 9".



L'inquinamento dell'aria continua a crescere - ha continuato Neira - e compromette le economie e la nostra qualità di vita. Si tratta di un'emergenza sanitaria".

In questo certamente non confortante quadro generale, si inseriscono le preoccupazioni derivanti dal possibile ulteriore inquinamento che potrebbe derivare in Val Susa dai lavori di costruzione della nuova linea TAV Torino - Lione. La presenza di amianto e uranio, la qualità dell'aria e l'inquinamento acustico sono tre aspetti che, secondo il fronte ostile alla nuova linea, determinerebbero forti rischi per la salute.

Da sempre i medici presenti in Valle hanno lanciato appelli e messo in guardia circa i consistenti rischi per la salute che non riguarda solo i lavoratori. Nella popolazione della Valle di Susa c'è già un'incidenza significativa di mesotelioma (il tumore pleurico che è la principale conseguenza dell'esposizione all'amianto).

Questi lavori aumentano significativamente la quota di minerali nell'ambiente. Le stesse previsioni del progetto preliminare parlano di un aumento degli inquinanti, con un rischio di patologie aumentato del 10% per la popolazione suscettibile. In pratica un maggior rischio cardiovascolare e respiratorio, in particolare per chi già soffre di patologie di questo tipo o per i soggetti fragili, bambini e anziani in primis.

Vincenzo Spinola Medico ASL3

« maxiprocesso NOTAV, ingiustizia è stata fatta »

Il maxiprocesso d'appello ai 47 NoTav per le proteste del 27 giugno e 3 luglio 2011 si è chiuso con 38 condanne e decine di anni di carcere. Ingiustizia è stata fatta. Non è possibile continuare a trattare il Movimento NoTav alla stregua di un movimento criminale. Sappiamo, in Valsusa la democrazia è stata sospesa da tempo. Come recita la sentenza del Tribunale dei Popoli sono stati violati diritti fondamentali – la libertà di opinione, espressione, manifestazione e circolazione – come conseguenza della strategia della criminalizzazione della protesta. La repressione non fermerà la lotta contro la realizzazione di un'opera inutile e distruttiva, contro il vergognoso spreco di denaro pubblico alla faccia delle reali emergenze sociali e ambientali di questo nostro Paese.

Ezio Locatelli segretario provinciale Prc di Torino

Torino, 17 novembre 2016

LA PODEROSA

CIRCOLO RICREATIVO CULTURALE

Affiliata ARCI - Via Salerno 15/A Torino

associazionelapoderosa@gmail.com - www.associazionelapoderosa.it

**TUTTE LE SERE (lunedì escluso)
DALLE ORE 19,00**

Servizi sociali ai soci
Bar - Musica - Incontri -
Dibattiti - Presentazione
libri e tanto altro

Lavoro, servizi pubblici e stato sociale

Rinnovo del contratto pubblico impiego?

Stando alle dichiarazioni di esponenti del Governo profuse a mezzo Stampa, Sembrerebbe prossimo l'avvio della contrattazione per il rinnovo del contratto del pubblico impiego. Sarebbe davvero positivo Se ciò avvenisse, in ragione del fatto che i contratti per i circa tre milioni di lavoratori del Settore Sono fermi oramai da ottantadue mesi.

Le organizzazioni sindacali cgil, cisl, uil hanno deciso quindi di avviare una consultazione tra i lavoratori; in tal senso auspichiamo che il negoziato si sviluppi anche in considerazione della necessità di una profonda modifica delle leggi sul lavoro pubblico, con particolare riferimento al decreto 165 (il testo unico sul pubblico impiego), ripristinando reali relazioni sindacali e riconoscendo un ruolo forte alla contrattazione a partire dai temi dell'organizzazione del lavoro e delle professionalità. rispetto alle prime bozze delle piattaforme già circolate tra i gruppi dirigenti, riteniamo che sul piano delle rivendicazioni economiche occorra una nuova formulazione delle richieste: infatti l'attuale modalità di calcolo delle risorse non tiene conto di quanto perso dalle lavoratrici e dai lavoratori in termini di perdita del potere d'acquisto in questi sette anni di vacanza contrattuale. pur comprendendo la strategia "classica" della presentazione delle proposte sindacali, occorrerebbe fare chiarezza rispetto ai quantitativi economici entro cui bisogna sviluppare il confronto.

1. il riferimento all'andamento dei negoziati dei comparti privati non può essere un termine di comparazione poiché il blocco della contrattazione nel pubblico è pari a 7 anni: questo ha determinato una perdita complessiva (calcolata con l'indice ipca fino al 31.12.2015), pari a circa il 10,2 %. inoltre, gli anni che hanno contribuito maggiormente a questa perdita sono quelli più lontani, e compresi nel triennio 2010/12.

2. Si insiste che il recupero delle risorse è "da ripartire" tra i due livelli di contrattazione", mentre finora il compito di difendere il potere d'acquisto dall'inflazione era affidato al solo livello "tabellare" del contratto nazionale.

Questa sovrapposizione tra i due livelli rappresenta un arretramento grave rispetto al modello contrattuale vigente in Italia a partire dal 1993, che considerava il secondo livello integrativo come aggiuntivo a quello nazionale, non certo sostitutivo. nella piattaforma del comparto delle funzioni centrali bisogna delimitare lo "spazio" riservato al secondo livello di contrattazione sul tema dei profili professionali, comprendendo in quelle sessioni integrative solo la possibile articolazione. Sconsigliamo certamente una semplificazione degli stessi laddove i profili non riuscissero ad articolarsi nella contrattazione decentrata.

3. il possibile riconoscimento delle "specificità e peculiarità" dei corpi e Servizi di polizia locale e del personale dei Servizi educativi e Scolastici, così come di altre "professioni" periodicamente attratte da una fuoriuscita dai comparti contrattuali, pur essendo comprensibile per la necessità di non frammentare ulteriormente le filiere contrattuali, necessita di una considerazione nella quantificazione delle risorse affinché le stesse non siano appannaggio esclusivo di questi profili.

Si pensi, tra gli altri, ai Servizi della cultura (in particolare alla complessità tecnica e professionale che ha raggiunto il lavoro in biblioteca), oggi ritenuti essenziali, ma probabilmente solo ai fini della regolamentazione del diritto di sciopero. Si pensi ancora a figure come gli assistenti sociali e in generale il personale dei Servizi Sociali. oppure alle rincorse che i profili amministrativi hanno dovuto fare rispetto alle innovazioni tecnologiche e legislative. o alle figure tecniche legate alle nuove competenze informatiche.

4. affinché la contrattazione integrativa sia in relazione con le politiche occupazionali occorre:

- cambiare la legislazione che classifica come "acquisto beni e servizi" le intermediazioni di manodopera, perché consente di sottrarre questa spesa agli indici e di aggirare i vincoli di bilancio, incentivando di fatto le esternalizzazioni, anche al minimo ribasso (ovviamente sulla pelle dei lavoratori con l'abbassamento dei salari e dei diritti)
- occorre ripristinare - con minore flessibilità - le norme che limitano gli straordinari e destinare i relativi risparmi alle assunzioni dell'anno successivo, in incremento rispetto ai limiti posti al turn over dalle varie finanziarie.
- analoga finalizzazione alle assunzioni va prevista per i risparmi dovuti a impegni part time;

Stop pubblico

Secondo i dati diffusi nel mese di marzo dall'Istat attestano una riduzione della spesa per redditi da lavoro dipendente di quasi 11 miliardi (il 6,3 per cento in meno, cioè ai livelli del 2006) annullando, gli incrementi dovuti alle due ultime tornate contrattuali. E' il risultato dell'adozione del blocco del turn over dei dipendenti, che hanno prodotto un calo dell'occupazione nel settore pubblico, con relativa diminuzione di spesa e, del contestuale blocco di ogni incremento retributivo.

Rinnovo del contratto del pubblico impiego?

CONTINUA DA PAG. 16

- sulla piattaforma delle funzioni centrali occorre eliminare il riferimento riorganizzativo tendente alla soppressione degli uffici.

5. Sul salario accessorio la riflessione è ancora insufficiente e incoerente. dobbiamo capire se intendiamo preservare la funzione di autorità salariale del ccnl. in questo caso non basta scrivere che occorre superare la distinzione tra parte fissa (meglio "stabile") e parte variabile del fondo. le progressioni orizzontali - per essere finanziate e non andare a detrimento di altri istituti - hanno la necessità di un'alimentazione stabile, che si rinnovi annualmente sulla base di una previsione del ccnl. non può bastare a creare elementi di certezza il "consolidamento delle risorse storicizzate".

6. per quanto concerne le valutazioni dei dipendenti, è positiva l'intenzione di privilegiare la performance organizzativa rispetto a quella individuale così come l'abolizione degli schemi - definiti a priori - dall'ex ministro brunetta con l'indicazione percentuali dei lavoratori da premiare e quelli da punire. tutto il resto va affrontato con

maggiore precisione e con la prudenza dovuta ad una fase in cui la contrattazione può facilmente portare a dei peggioramenti normativi.

7. esprimiamo un giudizio molto critico rispetto alle ipotesi di "welfare contrattuale" in quanto questo strumento, anziché essere integrativo (cioè aggiuntivo) rispetto a quello "universalistico" viene in realtà utilizzato per indebolire quest'ultimo.

8. lo stesso discorso vale per la proposta di defiscalizzazione del salario accessorio che ha diverse implicazioni critiche, tra le quali il suo rafforzamento a discapito di quello nazionale. e' una tendenza già in atto che non bisogna incoraggiare in quanto viene utilizzato per svuotare progressivamente il contratto nazionale spostando il baricentro della negoziazione sul livello decentrato

Queste indicazioni, quali rilievi alle piattaforme, si limitano ai comparti delle autonomie locali e centrali, mentre con ulteriori articoli proporremo altre riflessioni per il comparto della Sanità. aggiungiamo, infine, che occorrerà predisporre una vera mobilitazione delle lavoratrici e dei lavoratori, a sostegno della maratona sui servizi pubblici già prevista per il 12 di novembre ipotizzando, pertanto, anche forme di lotta più incisive di carattere generale e nazionale.

Adriano Sgrò - Matteo Gaddi

Settimanale online di Punto Rosso-Lavoro21

SANITÀ DECONTRATTUALIZZATA

Sono trascorsi 7 anni dall'ultimo rinnovo contrattuale e parecchi mesi dalla sentenza della Corte costituzionale che ha sancito il superamento del blocco del contratto del pubblico impiego e ancora non si apre un vero tavolo negoziale con il governo. Le somme stanziare sono insufficienti, ridicole, praticamente un'elemosina. È la prima volta che viene stanziato un fondo indistinto che comprende il rinnovo dei contratti, alcune misure per il comparto sicurezza, riordino delle carriere, indennità 80 euro e lo sblocco delle assunzioni. Il rinnovo contratti poi non comprende Medici e Infermieri, le cui sorti dipendono dal fondo sanitario.

È stata presentata una bozza contrattuale che è molto vaga e generica e del tutto inadeguata, il sindacato chiede sostanzialmente una cifra intorno alle 150 euro lorde mensili. Bisogna innanzitutto respingere i tagli al SSN e la progressiva privatizzazione della sanità, anche con il referendum costituzionale i fautori del Sì vogliono togliere poteri alle regioni in materia di sanità per spostarli a livello centrale, quindi è più che mai importante VOTARE NO il 4 dicembre.



Ritornando alla piattaforma, bisogna chiedere aumenti contrattuali di 300 euro mensili considerando l'inflazione di questi anni, prevedere aumenti del salario accessorio, le indennità di turno, notti, festività ecc., limitare il lavoro straordinario al minimo, la libera professione va drasticamente diminuita e va potenziata invece l'attività pubblica, vanno stabilizzati i lavoratori precari e trovati i fondi per sbloccare il turn over.

Vanno eliminati i meccanismi individuali di valutazione, la legge

Brunetta deve essere cancellata nel suo complesso, i processi di privatizzazione e esternalizzazione devono essere osteggiati. Purtroppo però in questi anni l'azione del sindacato è stata del tutto inadeguata e caratterizzata da un'evidente sottomissione ai vari governi che si sono succeduti in questi anni.

Basti pensare alla legge Fornero sulle pensioni, al Job's act, alla demolizione di quello che resta dell'articolo 18 e in ultimo all'accordo con il governo sul anticipo pensionistico (APE) che prevede che il lavoratore, dopo aver lavorato 42 anni, accenda un mutuo ventennale (un vergognoso quanto esplicito regalo alle banche) : chiediamo con forza che la CGIL ritiri la firma da quell'accordo.

Bisognerebbe prendere esempio dai Sindacati francesi e lottare contro questo governo dei padroni, unificare le lotte dei lavoratori, costruire piattaforme rivendicative che vengano discusse con i lavoratori e sottoposte a referendum, ricorrere insomma allo SCIOPERO GENERALE.

Giuseppe Saragnese Infermiere (ASST PAPA GIOVANNI Bergamo) RSU-CGIL (il sindacato è un'altra cosa)

Lavoro e stato sociale

I figli dei lavoratori flessibili hanno più probabilità di sviluppare un rallentamento linguistico: i clamorosi risultati di una recente ricerca sociologica dell'Università di Milano svelano l'inquietante realtà nascosta dietro la retorica delle recenti "riforme" del lavoro

Analfabeti da Jobs Act

Sono passati in secondo piano - oscurati dall'accesa discussione sui disastrosi risultati del Jobs Act - i clamorosi dati di una recente ricerca sociologica condotta dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca su un campione di famiglie residenti nel Comune di Milano, pubblicata da Riccardo Bonato nel saggio "La famiglia flessibile - Gli effetti transgenerazionali della flessibilità lavorativa: il caso di Milano" [1].

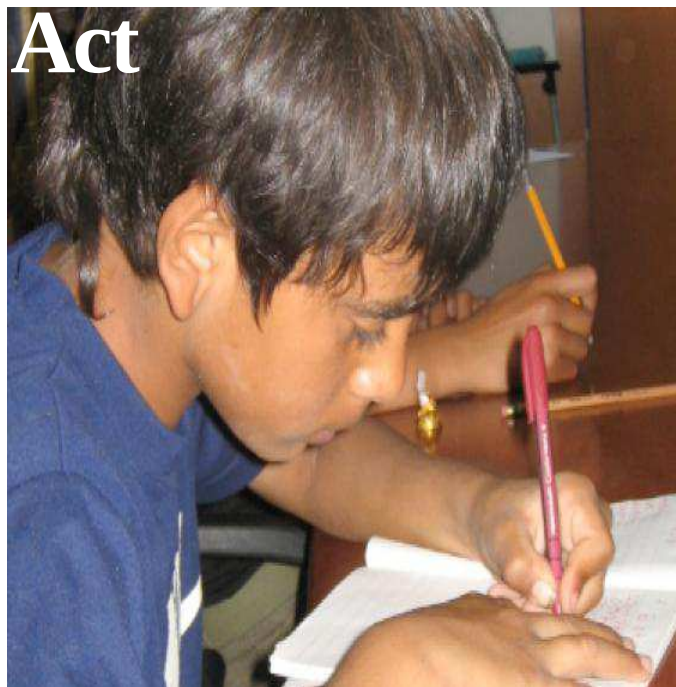
Lo studio parte da un presupposto assodato nella sociologia e nel diritto del lavoro: l'effettivo esercizio dei diritti presuppone un effettivo sistema di tutele. Il che si traduce, nel nostro campo d'interesse, in una tanto semplice quanto nodale osservazione: il lavoratore o la lavoratrice assunti con contratto di lavoro atipico (ovverosia a tempo determinato, coordinato e continuativo od occasionale) tenderanno ad utilizzare meno dei colleghi garantiti da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato gli istituti universalmente previsti dalla legge a tutela della genitorialità (ovvero l'astensione obbligatoria, l'astensione facoltativa e il permesso per allattamento).

È ciò, con ogni evidenza, per il timore di non ottenere il rinnovo del contratto alla scadenza o per la paura di subire un inaspettato licenziamento da parte del datore di lavoro che vedesse, nell'esercizio dei doveri genitoriali, un ostacolo alla produttività aziendale; evenienza questa che, nel caso del rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, soprattutto nell'area della cosiddetta "tutela reale" e prima della "riforma" renziana, era efficacemente arginata dal deterrente della reintegra o di un risarcimento di particolare rilievo previsto dall'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori.

In una parola, il lavoratore atipico è più "vulnerabile"; ed è proprio tale congenita vulnerabilità che, in ogni momento, ne condiziona il modo di vivere ed i comportamenti, con ricadute non solo individuali, ma anche e soprattutto familiari.

Quali sono i risultati della ricerca? Lasciamo la parola direttamente a Riccardo Bonato:

"...la flessibilità lavorativa influenza le tutele della genitorialità e la differente fruizione di queste ultime ha un impatto sulla famiglia, e sulla crescita del bambino. La ricerca quantitativa condotta in occasione di questo studio evidenzia un indicatore che rivela l'esistenza di un impatto transgenerazionale della flessibilità lavorativa: sembra esistere una relazione fra le differenti tipologie contrattuali con cui è assunta la figura di riferimento del bambino (tipicamente la madre) e lo sviluppo del linguaggio dell'infante.....poco più del 25% delle lavoratrici flessibili, infatti, utilizzano i permessi di allattamento contro il 60% circa delle lavoratrici con un contratto stabile. Questo fattore ha un impatto evidente e drammatico sullo sviluppo del linguaggio del bambino: la mancata fruizione del permesso di allattamento da parte della figura di riferimento aumenta notevolmente (48% circa) la probabilità che il figlio appartenga al gruppo di bambini nei quali si rileva un rallentamento nello sviluppo linguistico"[2].



Dunque, il tipo di contratto di lavoro della madre sembrerebbe esercitare almeno un parziale effetto sullo sviluppo linguistico del figlio, nella stessa misura in cui il tipo di contratto di lavoro condizionerebbe la madre nell'utilizzo dei permessi di lavoro giornalieri per l'allattamento[3].

E' il caso tuttavia di precisare come questa ricerca sia stata effettuata tra il 2012 e il 2013, allorché la differenza di tutela tra contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e contratti atipici era talmente netta, da essere marcata con il discrimine tra lavoratori insiders e lavoratori outsiders.

Nell'anno di grazia 2016, tuttavia, lo scenario appare radicalmente rivoluzionato dall'universale azzeramento delle tutele a favore dei lavoratori. Si tratta dell'appiattimento in un'unica informale categoria di lavoratori poveri sia di tutele sia di retribuzione, attuato dal Jobs Act attraverso l'integrale flessibilizzazione e testimoniato - al di là di ogni strumentalizzazione di parte - dagli eloquenti dati sull'aumento dei licenziamenti (+ 31%), dall'esplosione dei voucher (69,899 milioni venduti nell'intero territorio nazionale) e dal ritorno del lavoro a cottimo, sebbene "digitale" e mascherato sotto la veste dei bikers di Foodora, di Deliveroo e di altre analoghe iniziative imprenditoriali. Quali sarebbero, oggi, i risultati della stessa ricerca applicata ad una madre assunta "a tutele crescenti", o cassiera in regime di voucher in un grande magazzino o addetta alle consegne di cibo a domicilio?

Il timore di un licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo oggettivo assistito nel migliore dei casi da un miserrimo indennizzo, la paura di essere "disconnessa" dall'oggi al domani e senza giustificazione alcuna dalla "app" che gestisce il sistema delle consegne, la prospettiva di non poter utilizzare i voucher nel periodo della maternità che

Analfabeti da Jobs Act

CONTINUA DA PAG. 18

effetto potranno esercitare sulla scelta della lavoratrice di accudire il proprio figlio e, conseguentemente, sullo sviluppo linguistico dello stesso?

Domande retoriche che svelano dinanzi a noi, in contrasto con la propaganda dei cortigiani del Principe, un paesaggio sconcertante.

E' il deserto del totalitarismo neoliberista il cui homo novus (homo oeconomicus)[4], soggetto completamente individualizzato e totalmente chiuso nell'angusto recinto del proprio interesse economico (interesse ormai assunto a misura universale della razionalità moderna), appare incapace di dialogare, avendo quasi del tutto atrofizzata la funzione del linguaggio, ridotto a meri simboli (emoticon) e a monosillabiche espressioni: la frenesia del calcolo si sostituisce alla riflessiva lentezza del dialogo.

Del resto, se è vero che la parola è espressione del pensiero (tanto che i Greci ne esprimevano l'unione in un unico termine, il logos), l'atrofia del linguaggio reca con sé l'inevitabile impoverimento del pensiero.

Sono gli analfabeti del Jobs Act, inerme generazione alla mercé di una tanto cinica quanto spregiudicata "mano invisibile".

Domenico Tambasco

NOTE

[1] R. Bonato, La famiglia flessibile - Gli effetti transgenerazionali della flessibilità lavorativa: il caso di Milano, Milano, Franco Angeli, 2016.

[2] R. Bonato, La famiglia flessibile, cit., p. 8-9.

[3] R. Bonato, La famiglia flessibile, cit., p. 94.

[4] Si rimanda alla illuminante analisi di Frank Schirmacher in Ego. Gli inganni del capitalismo, Torino, Codice Edizioni, 2015.

In rete su Micromega online 24 ottobre 2016

Sindacato del salario o sindacato della produttività?

IItalia ultima in Europa quanto a produttività del lavoro, agli ultimi posti per innovazione e laureati in rapporto alla popolazione. Sono questi i dati incontrovertibili che hanno determinato la crisi del sistema Italia.

Da due anni la produttività in Italia è in calo, calano le ore di lavoro ma soprattutto il valore aggiunto, dal punto di vista dei salari, del prodotto e della distribuzione di ricchezza\redditi la situazione del nostro paese è particolarmente grave, anzi siamo i soli ad avere perso produttività del lavoro quando altri paesi in crisi evidenziavano segnali di ripresa. La crisi è legata alla stagnazione della ricerca, agli scarsi risultati del progresso tecnico\tecnologico che investe il terziario, i servizi di informazione e comunicazione, la ripresa in ambito industriale e nei trasporti assume connotati alquanto modesti e macchia di leopardo. Se poi guardiamo le dinamiche salariali, in Usa e Germania i redditi da lavoro crescono mentre in Italia perdiamo solo colpi.

L'Italia resta quindi un paese incapace di affrontare le nuove sfide tecnologiche, con una forza lavoro femminile ridicola, un numero di



laureati insufficiente (strano che a nessuno venga in mente di criticare gli esiti delle riforme universitarie degli ultimi anni), con una ancora alta vocazione manifatturiera, e con l'augurio di Confindustria che la prossima manovra economica porti gli investimenti richiesti al premier Renzi. Un paese, il nostro, con profondi disuguaglianze e un sistema produttivo pieno di falle. Ma, strano a dirsi, le ricette per gli industriali sono sempre uguali, le stesse che da anni producono scelte dimostrate fallimentari: aprire crediti finanziari alle imprese, ridurre il costo del lavoro (mai che ci si chieda gli effetti della deregulation in materia di diritto del lavoro...), crediti e defiscalizzazioni. L'idea vecchia ma sempre in auge è

legare il costo del lavoro (per questo i contratti nazionali vengono giudicati desueti dai padroni) alla produttività, i salari siano quindi variabile dipendente dai profitti, anzi i profitti crescano liberamente che a tenere bassi i salari ci penseranno le Leggi del Governo. Delocalizzazioni e monocommitenza hanno combinato solo guai, ricordiamo che il 65,4% delle imprese italiane è specializzato in un unico prodotto e appena lo 0,8 ne produce 10 tipi diversi.

Contratti aziendali, aumenti per pochi sono la ricetta del Governo e di Confindustria, una ricetta che con alcune variabili si ripresenterà anche

per i 3 milioni di dipendenti pubblici. E per abbattere i costi a carico dello stato arriverà il welfare aziendale e parte degli aumenti saranno indirizzati a tale scopo, ovviamente mentre si procederà allo smantellamento del welfare da noi conosciuto fino ad oggi, welfare incompleto e imperfetto ma senza dubbio migliore di quello che ci vanno propinando per i prossimi anni. In questo scenario la collaborazione del sindacato con il Governo giocherà un ruolo determinante per ingabbiare i lavoratori e le lavoratrici indebolendone il potere di acquisto e di contrattazione.

Federico Giusti

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

Marco Spezia - sp-mail@libero.it

Sono un rsl della sanità

Salve Marco, ti scrivo perché vedo lesi i miei diritti di RLS in azienda e dei lavoratori che giornalmente si rivolgono a me per risolvere i problemi.

Sono stato formato con tanto di corso nel 2012 e ho sempre svolto con coscienza il mio ruolo. Lavoro come infermiere in un ospedale classificato privato (CCNL in allegato) e sono stato designato all'interno delle RSA firmatarie di contratto. Ora dall'altro anno, causa fuoriuscita dalla sigla firmataria di contratto, svolgo la mia attività sindacale in una OS non firmataria del CCNL, la quale mi ha comunque designato suo RLS in ospedale. Sempre l'anno scorso l'azienda per cui lavoro è stata ceduta (cessione ramo d'azienda ex articolo 47 della Legge 428/90) a un nuovo proprietario (una srl) il cui Amministratore Delegato non mi riconosce come RLS, affermando a parole che il sindacato che mi ha designato non è firmatario di contratto applicato in azienda e quindi, avendo già i 3 RLS della triplice che sono rimasti gli stessi anche nel trasferimento d'azienda, non ha bisogno del quarto (azienda con più di 200 dipendenti).

Ho chiesto di poter visionare il DVR e non mi è stato concesso, ho fatto varie segnalazioni senza riscontro. La situazione in ospedale lascia molto a desiderare potendo ben immaginare quale sia la libertà di agire dei tre RLS della triplice.

Il TUSL non mette un limite al numero

massimo di RLS, ma parla solo di minimo (nel mio caso 3 essendo l'azienda con più di 200 dipendenti).

Il sindacato che mi ha designato come RLS ha seguito lo stesso iter (comunicazione della mia nomina da parte del Segretario provinciale all'Amministrazione), che ha invece tenuto la triplice senza mai fare le elezioni, come invece andrebbe fatto. Sono formato e ho tanto di certificazione come RLS dal 2012, ho firmato il DVR con il precedente datore di lavoro, ho svolto sempre al meglio il mio compito, denunciando alla ASL Spresal le carenze e facendo intervenire gli ispettori. Forse questo non è stato gradito dal padrone, ma non me ne mai importato nulla. Ho

subito intimidazioni e pressioni continue, ma ho sempre resistito e ho difeso la sicurezza dei lavoratori e i loro diritti sul posto di lavoro.

Adesso il nuovo datore di lavoro pensa che si è finalmente tolto dai piedi un rompiscatole, negandomi l'accesso alla funzione di RLS.

Avevamo pensato insieme alla Segreteria provinciale di convocare l'azienda in Direzione Territoriale del Lavoro per questa vicenda. Secondo te potrebbe essere la strada buona?

Secondo te cosa dovrei fare per farmi riconoscere il ruolo di RLS e poter tutelare i miei colleghi infermieri e i lavoratori tutti sul posto di lavoro? Hai consigli da darmi?

Ti saluto.



Ciao,

innanzitutto comprendo in pieno la tua incazzatura nei confronti dell'azienda che non vuole riconoscere il tuo ruolo, ma anche nei confronti dei RLS della triplice che non fanno quello che la legge permette loro (e impone moralmente) di fare.

Seguo personalmente o indirettamente decine di casi simili al tuo in cui i RLS che si impegnano vengono boicottati e/o minacciati più o meno velatamente dalle aziende e in cui altri RLS fanno vita tranquilla perché se ne fregano della tutela dei lavoratori.

Il tuo è un caso complesso, andando a interessare non solo il D.Lgs. 81/08 (Decreto), ma anche CCNL e vari accordi sindacali.

Parto allora dal Decreto che definisce le linee guida per la designazione e quindi la legittimazione dei RLS.

I criteri generali di elezione o designazione del RLS sono definiti, per aziende come la tua con più di 15 lavoratori dall'articolo 47, comma 4 del Decreto:

"Nelle aziende o unità produttive con più di 15 lavoratori il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è eletto o designato dai lavoratori nell'ambito

delle rappresentanze sindacali in azienda. In assenza di tali rappresentanze, il rappresentante è eletto dai lavoratori della azienda al loro interno".

Le modalità di elezione o designazione del RLS sono invece demandate dal Decreto alla contrattazione collettiva, ai sensi del successivo comma 5:

"Il numero, le modalità di designazione o di elezione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, nonché il tempo di lavoro retribuito e gli strumenti per l'espletamento delle funzioni sono stabiliti in sede di contrattazione collettiva".

Il Decreto non stabilisce un numero massimo di RLS, ma come dici giustamente te, solo un numero minimo, al comma 7 del solito articolo: "In ogni caso il numero minimo dei rappresentanti di cui al comma 2 è il seguente:

a) un rappresentante nelle aziende ovvero unità produttive sino a 200 lavoratori;

b) tre rappresentanti nelle aziende ovvero unità produttive da 201 a 1.000 lavoratori;

CONTINUA A PAG. 21

Risposta a un RLS

CONTINU DA PAG. 20

c) sei rappresentanti in tutte le altre aziende o unità produttive oltre i 1.000 lavoratori. In tali aziende il numero dei rappresentanti è aumentato nella misura individuata dagli accordi interconfederali o dalla contrattazione collettiva".

Quindi da quest'ultimo punto di vista le affermazioni della tua azienda sono del tutto pretestuose.

La tua azienda potrebbe invece avere ragione in merito alla modalità della tua elezione e della durata del tuo mandato. E mi spiego a seguire.

In merito alle modalità di dettaglio di elezione o designazione del RLS, a seguito dell'articolo 6 comma a) dell'Accordo del 9 aprile 2015 relativo alla cessione del ramo di azienda, è ancora valido quanto stabilito dal CCNL che mi hai inviato.

Tale CCNL prevede all'Allegato 6, articolo 1 che:

"Entro il 31 dicembre 1996, in tutte le strutture sanitarie aderenti alle Associazioni datoriali firmatarie saranno promosse le iniziative, con le modalità di seguito indicate, per l'elezione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Sono fatte salve le nomine del rappresentante di sicurezza già effettuate alla data di sottoscrizione del presente Accordo, fermo restando quanto previsto dal successivo articolo 4".

Inoltre all'articolo 6, il medesimo Allegato 6 del CCNL stabilisce che:

"La durata dell'incarico è di 3 anni".

Metto in evidenza che tale CCNL fa ancora riferimento al D.Lgs. 626/94, che però in termini di elezione o designazione del RLS è del tutto simile al Decreto, prevedendo all'articolo 18, comma 3 che:

"Nelle aziende, ovvero unità produttive, con più di 15 dipendenti il rappresentante per la sicurezza è eletto o designato dai lavoratori nell'ambito delle rappresentanze sindacali in azienda. In assenza di tali rappresentanze, è eletto dai lavoratori



dell'azienda al loro interno", del tutto analogo a quanto disposto dal Decreto. Tale CCNL non specifica altro in merito alla elezione o designazione del RLS.

Pertanto da quanto previsto dal Decreto (ma anche da quanto era previsto dal D.Lgs. 626/94), combinato con quanto previsto dal CCNL discende che, per la tua azienda:

- il RLS deve essere eletto o designato all'interno delle rappresentanze sindacali aziendali;
- il mandato del RLS ha una durata di tre anni.

Visto cosa dice la normativa e il CCNL, nel tuo caso particolare possono sorgere i seguenti problemi.

Da quello che ho capito tu sei stato designato nel 2012, all'interno delle RSA in quel momento riconosciute dall'azienda.

Secondo il CCNL, il tuo incarico scadeva quindi nel 2015.

Se tu sei stato nuovamente designato nel 2015 e quindi il tuo incarico è stato rinnovato fino al 2018, l'azienda deve per forza riconoscerti come RLS, in quanto sei stato designato, come previsto dall'articolo 47, comma 4 del Decreto "nell'ambito delle rappresentanze sindacali in azienda", cioè all'interno delle RSA che nel 2015 erano riconosciute dall'azienda.

E ciò fino al 2018, data in cui scadrà il tuo mandato come RLS.

Se tu invece non sei stato rinnovato nel 2015 come RLS, la tua azienda si può appellare al fatto che il tuo mandato sia

scaduto.

Una tua eventuale nuova designazione al momento attuale non potrebbe essere inoltre essere fatta "nell'ambito delle rappresentanze sindacali in azienda", in quanto la tua OS, come mi sembra di avere capito, non è riconosciuta come RSA o RSU dalla tua azienda.

In questi termini la tua azienda ha quindi effettivamente e purtroppo la possibilità di non riconoscerti, appellandosi, in maniera strumentale a cavilli legislativi e contrattuali.

Questa è la mia interpretazione di quanto disposto a livello legislativo e contrattuale.

In ogni caso non lascerei intentata la iniziativa di convocare l'azienda alla Direzione del Lavoro, ma prima di fare questo passo, ti consiglio di rivolgerti alla ASL Servizio di Prevenzione della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro territorialmente competente, in quanto tale organo è incaricato della corretta applicazione del Decreto e della normativa ad esso collegato, ai sensi dell'articolo 13, comma 1 del decreto stesso:

"La vigilanza sull'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è svolta dalla azienda sanitaria locale competente per territorio e, per quanto di specifica competenza, dal Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco".

Ti consiglio di richiedere formalmente alla ASL un'opinione sulla validità o meno del tuo ruolo come RLS alla luce della normativa richiamata.

In assenza di una risposta da parte della ASL, ma anche in aggiunta alla domanda alla ASL, potrete rivolgere, come OS, il medesimo quesito alla Commissione degli Interpelli di cui all'articolo 12, comma 2 del Decreto.

Una convocazione dell'azienda alla DTL alla luce di un'interpretazione normativa da parte della ASL o, meglio ancora, della Commissione degli Interpelli avrebbe sicuramente una maggiore valenza, anche "politica".

Rimango a tua disposizione per ulteriori chiarimenti.

Un caro saluto.

Marco Spezia



Smart working? "Un modo come un altro per aggirare le norme sulla sicurezza sul lavoro"

“I dati ufficiali indicano una costante riduzione degli infortuni sul lavoro negli ultimi anni e una crescita, seppur contenuta e sottostimata, delle malattie professionali; in realtà, sono due facce della stessa medaglia che tracciano un quadro per nulla rassicurante. Di lavoro si muore ogni giorno: prova ne sono i tanti eventi quotidiani che avvengono lontano dai riflettori delle cronache giornalistiche. Quelli che fanno crescere l’ansia e l’incertezza nel futuro tra chi si sente dimenticato, lasciato solo davanti al dramma della disoccupazione o della precarietà del lavoro”.

Lo scrive su Rassegna Sindacale Lisa Bartoli dell’Inca, riprendendo anche le riflessioni di Silvino Candeloro della presidenza del patronato della Cgil. In Italia, sono 60 mila le denunce di malattie professionali, ma solo nel 34 per cento dei casi l’Inail riconosce il nesso causale con il lavoro. “Una percentuale molto bassa – spiega Candeloro – che indica come sia difficile il percorso per accedere alle tutele antinfortunistiche previste per legge e che getta più di qualche ombra sull’azione di tutela dell’Inail”.

Il quadro si complica ulteriormente a causa delle nuovi rapporti si lavoro. Con lo smart working, il cui ricorso si sta affermando in Italia, il lavoro sconfinava dai perimetri dei capannoni, degli stabilimenti tradizionali, dei palazzoni, attorno ai quali si sono sviluppate intere città, mascherando precarietà, lavoro sommerso e soprattutto il mancato rispetto delle norme sulla sicurezza e per la prevenzione. Per il sistema imprese, invece, si tratta di una modalità di lavoro innovativa, basata su un alto livello di flessibilità, che interessa le tecnologie digitali, policy organizzative (orari e sedi di lavoro), spazi fisici aziendali e stili di vita. Ma dietro la presunta libertà di esercitare la propria attività ovunque, si cela la volontà di aggirare le norme contro gli infortuni e le malattie professionali, riconducendo la causa di un eventuale incidente esclusivamente sulla “cattiva condotta” del lavoratore.

INFORTUNI SUL LAVORO: COME OTTENERE INDENNIZZI E RENDITE DALL'INAIL

L'indennizzabilità del danno, l'indennità giornaliera, la rendita, il risarcimento del danno biologico, la denuncia di infortunio e le altre prestazioni

L'infortunio sul lavoro è quello che si verifica per causa violenta in occasione di lavoro, comportando, per il lavoratore, la morte, l'inabilità permanente assoluta o parziale al lavoro, l'inabilità temporanea totale per più di 3 giorni o un danno biologico.

LA CAUSA VIOLENTA E L'OCCASIONE DI LAVORO

Come accennato, un infortunio è indennizzabile dall'INAIL anzitutto se imputabile a una causa violenta. Si tratta, nei fatti, di un'aggressione esterna all'indennità psico-fisica del lavoratore, intensa e concentrata nel tempo. Non sono, invece, indispensabili i requisiti della straordinarietà, dell'accidentalità o dell'imprevedibilità del fatto lesivo.

Proprio le caratteristiche della causa violenta permettono di distinguere l'infortunio dalla malattia, caratterizzata, invece, da una causa lenta.

La causa violenta deve, poi, verificarsi in occasione di lavoro. Ciò vuol dire che tra l'attività lavorativa e l'infortunio deve sussistere un rapporto, diretto o indiretto, di causa-effetto, senza che sia sufficiente che l'evento si verifichi durante il lavoro.

Se l'infortunio è connesso a una condotta riconducibile all'attività lavorativa, l'indennizzabilità non è compromessa dal comportamento imprudente, negligente o privo di perizia del lavoratore, mentre restano esclusi dalla tutela gli infortuni le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore o che derivino dall'abuso di sostanze alcoliche e di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni o dalla mancanza della patente di guida.

L'INFORTUNIO IN ITINERE

Si considera verificatosi durante il lavoro anche il cosiddetto "infortunio in itinere", ovvero sia quello che avviene durante il tragitto compiuto per raggiungere, dalla propria abitazione, il luogo di lavoro o quello compiuto per recarsi da un luogo di lavoro a un altro o, infine, quello necessario per la consumazione dei pasti in assenza di mensa aziendale.

Se l'infortunio si verifica durante eventuali deviazioni rispetto ai predetti tragitti, esso è risarcibile dall'INAIL solo se tali deviazioni siano necessarie per accompagnare i figli a scuola, conseguenza di una direttiva del datore di lavoro o dovute a causa di forza maggiore, ad esigenze assistenziali improrogabili o ad obblighi penalmente rilevanti. In caso di sosta il risarcimento è riconosciuto solo se essa sia breve e non alteri le condizioni di rischio.

Occorre tuttavia chiarire che il tragitto percorso con l'utilizzo di un mezzo privato è coperto dall'assicurazione solo se tale uso sia indispensabile, come ad esempio nel caso in cui il mezzo sia fornito o prescritto dal datore di lavoro per esigenze lavorative o nel caso in cui il luogo di lavoro non possa essere raggiunto, o non possa essere raggiunto in tempo utile, con l'utilizzo dei mezzi pubblici.

INFORTUNI SUL LAVORO

CONTINUA DA PAG. 22

L'INDENNIZZABILITA' DEL DANNO

Il danno derivante dall'infortunio sul lavoro è indennizzabile solo laddove sia di particolare rilievo e comporti, quindi, una riduzione della capacità lavorativa di almeno il 16%, un danno biologico quantificato in minimo 6 punti percentuali, un'inabilità assoluta temporanea al lavoro.

In particolare se il danno permanente è:

- inferiore al 6%, non si ha diritto ad alcun indennizzo;
- di entità compresa tra il 6% e il 15%, si ha diritto all'indennizzo in capitale del danno biologico;
- di entità compresa tra il 16% e il 100%, si ha diritto a una rendita a titolo di indennizzo sia del danno biologico sia del danno patrimoniale.

L'INDENNITA' GIORNALIERA PER LA INABILITÀ TEMPORANEA

Nel caso in cui dall'infortunio sia derivata al lavoratore un'inabilità al lavoro temporanea e assoluta, egli avrà diritto a un'indennità giornaliera corrisposta dall'INAIL a partire dal quarto giorno (i primi tre giorni sono a carico del datore di lavoro) e pari al 60% della retribuzione per i primi 90 giorni e al 75% dal novantunesimo giorno in poi.

Terminato il periodo di inabilità temporanea, il lavoratore è sottoposto a visita medico-legale dall'INAIL al fine di valutare la presenza di eventuali postumi.

LA RENDITA DIRETTA

Nel caso in cui dall'infortunio sia derivata al lavoratore un'inabilità permanente, assoluta o parziale, fino al 25 luglio 2000 egli aveva diritto ad una rendita corrisposta mensilmente.

Essa spetta ancora oggi ai lavoratori che abbiano subito un infortunio prima di tale data ed è subordinata alla circostanza che l'inabilità derivata fosse almeno pari all'11%.

La rendita è incompatibile con le pensioni di inabilità e gli assegni di invalidità erogati per il medesimo evento invalidante ma è cumulabile con le pensioni di vecchiaia e di anzianità.

IL RISARCIMENTO DEL DANNO BIOLOGICO

Per gli infortuni avvenuti a partire dal 25 luglio 2000 è previsto il risarcimento, da parte dell'INAIL, del danno biologico subito dal lavoratore a seguito di infortunio sul lavoro.

Esso è influenzato nel suo ammontare dal tipo e dalla percentuale di menomazione che ne è derivata e soggiace alle stesse incompatibilità previste per la rendita diretta.

Bisogna quindi fare riferimento, congiuntamente, alla tabella delle menomazioni e alla tabella di indennizzo del danno biologico.

Se la menomazione è inferiore al 6% il danno biologico, come visto, non è riconosciuto, se essa è compresa tra il 6% e il 15% comporta l'erogazione di una somma in



capitale, una tantum, influenzata anche dal sesso e dall'età del danneggiato.

Se, infine, la menomazione è superiore al 16% dà luogo a una rendita corrisposta tramite l'INPS e influenzata, nel suo ammontare, oltre che dalla percentuale di invalidità, anche dallo stipendio e da un coefficiente di maggiorazione.

In tale ultime ipotesi il lavoratore può anche ottenere il risarcimento del danno patrimoniale subito, calcolato riferendosi alla cosiddetta tabella dei coefficienti.

LA DENUNCIA DI INFORTUNIO

Il lavoratore è tenuto a denunciare immediatamente l'infortunio al datore di lavoro, il quale deve a sua volta denunciarlo all'INAIL entro due giorni.

In ogni caso per poter ottenere l'erogazione delle prestazioni, il lavoratore deve fare espressa domanda all'INAIL entro tre anni e centocinquanta giorni dall'evento dannoso, compilando un modulo scaricabile online o recandosi presso le sedi dell'istituto.

ALTRE PRESTAZIONI.

La tutela previdenziale prevede ulteriori prestazioni oltre a quelle fondamentali sopra analizzate.

Ad esempio, al lavoratore che benefici della rendita e, invalido al 100%, non sia in grado di far fronte autonomamente alle esigenze di vita quotidiana, spetta anche un assegno per l'assistenza personale continuativa.

E' previsto, poi, un assegno di incollocabilità corrisposto al lavoratore che, a causa delle conseguenze riportate a seguito dell'infortunio, stimate in almeno il 34% di invalidità, non possa usufruire del sistema di collocamento obbligatorio.

Si pensi, inoltre, alla rendita corrisposta ai superstiti nel caso in cui dall'infortunio sia derivata la morte del lavoratore, da dividersi pro quota tra il coniuge e i figli, in mancanza tra gli ascendenti se a carico del defunto o, in subordine, a fratelli e sorelle conviventi e a carico del defunto.

Valeria Zeppilli

Da Studio Cataldi
www.studiocataldi.it

**SALUTE E SICUREZZA
NEGLI OSPEDALI**

**Manuale d'uso per i lavoratori
e le lavoratrici ospedalieri**

VADEMECUM INCA CGIL

digita: web.vademecum_ospedali.pdf



"2. Ai fini della individuazione del medico competente, il datore di lavoro si rivolge all'azienda sanitaria competente territorialmente, la quale provvede alla designazione nell'ambito degli elenchi dei professionisti in possesso



Questo disegno di legge, infatti, è il terzo provvedimento, dopo quelli presentati al Senato dalla senatrice Serenella Fucksia e dal senatore

Infatti è ormai acclarato che il medico competente si configura oggi come una sorta di ibrido, del tutto peculiare in campo sanitario, in quanto trattasi di professionista sanitario "privato" (nella maggioranza dei casi libero-professionista o dipendente di aziende non sanitarie), che viene retribuito direttamente (o indirettamente nel caso di società di servizi) dal datore di lavoro che lo ha nominato ma che svolge un ruolo francamente pubblicistico, essendo posto a tutela di un bene costituzionalmente rilevante quale la tutela della

CONTINUA A PAG. 25



PROPOSTA SU MEDICO COMPETENTE

CONTINUA DA PAG. 24

salute del cittadino/lavoratore.

Sono anni che questo paradosso viene sottolineato e che si cerca di escogitare adeguate soluzioni, presentate e discusse anche in svariate occasioni pubbliche quali seminari, convegni e congressi locali e nazionali. A tale proposito, anche in occasione della prossima "Convention MC 2017", che si terrà a Roma nei primi mesi dell'anno, una parte molto ampia sarà dedicata all'analisi di queste tematiche e a quanto possa esserci di vicendevolmente costruttivo negli ultimi disegni di legge presentati, anche al Senato. Quest'ultima proposta di legge è sicuramente foriera di tematiche che vanno adeguatamente discusse e affrontate, quali: difficile compatibilità tra l'attività di vigilanza svolta da parte delle ASL e il nuovo ruolo attribuito alle stesse, criteri di indicazione dei medici competenti da parte della struttura ASL per oggettive differenze nella struttura e nella complessità delle aziende da seguire, problemi di tariffe da ricondurre ai rischi e alle complessità delle varie aziende etc. Proprio di questo si occuperà una intera sessione della nostra Convention, nell'ambito della quale sarà sicuramente interessante il confronto con le parti politiche, sociali e datoriali che sin d'ora sono invitate alla discussione e al confronto.

A tale riguardo, da tempo il nostro gruppo, nel tentativo di superare le attuali criticità, ha proposto di ridefinire il medico competente quale "Medico Occupazionale" e ha teorizzato la possibile creazione di una "Agenzia Nazionale dei Medici Occupazionali", cioè di una struttura pubblica o semi-pubblica, di carattere nazionale e soggetta a controllo governativo (Ministero della Sanità congiuntamente al Ministero del Lavoro), istituita con l'obiettivo di individuare un costante rapporto di collaborazione tra medici competenti e SSN per le possibili sinergie e i risparmi economici che tale sintonia può comportare. L'Agenzia potrebbe avere un ruolo di sovrintendenza e garanzia sia dei liberi professionisti che delle società di servizi, vigilando sul livello qualitativo delle prestazioni e sui meccanismi competitivi, garantendo pari opportunità a tutti. Si tratta,

come risulta evidente, di una ipotesi che può presentare molti vantaggi ma, al tempo stesso, che comporta evidenti complessità di ideazione e gestione e proprio all'approfondimento di questa proposta sarà dedicato ampio spazio nella Convention 2017, cercando di rivestire di concreti contenuti l'idea tutti insieme con i partecipanti all'evento.

Ci si auspica, in definitiva, che questo rinnovato "attivismo" sul piano parlamentare possa condurre a un confronto concreto, serrato e approfondito - che

è poi quello che da sempre auspichiamo - con l'obiettivo riconosciuto di giungere a una ideazione condivisa che possa fungere da supporto indispensabile al Legislatore per consentire di approvare, in tempi brevi, un testo di legge che consenta la soluzione alle criticità poste dalla attuale normativa.

Ernesto Ramistella

Coordinatore Nazionale
AProMel-SIMLII



cronache, studi e inchieste di sicurezza sul lavoro
www.diario-prevenzione.it



TTIP
L'accordo di libero scambio transatlantico
Quando lo conosci lo eviti

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

**DeriveApprodi
2016,
pagg.180
13 euro**

In libreria



controlacrisi

il quotidiano online che libera l'informazione

**notizie, inchieste, conflitti, lotte
in tempo reale**

digita www.controlacrisi.org

IPOCRISIA CONTRO IPPOCRATE

In Italia non solo l'obiezione di coscienza ma anche l'abuso di obiezione di coscienza mette a rischio la salute delle donne e lede i loro diritti sessuali e riproduttivi. Cosa si intende per abuso di obiezione di coscienza? Gli anestesisti non fanno le anestesie, gli attrezzisti di sala non preparano i ferri per gli interventi abortivi, le infermiere non trasportano barelle con pazienti che devono effettuare l'interruzione di gravidanza, con la diretta conseguenza che i pochi medici non obiettori di coscienza devono espletare anche queste attività, togliendo tempo al lavoro vero e proprio. "L'obiezione riguarda attività legate in maniera indissolubile, in senso spaziale e cronologico e tecnico, all'intervento abortivo, cosicché con esse non sia più data la possibilità di desistenza dalla volontà di abortire". Deve trattarsi cioè di un atto tipico della sola procedura abortiva e non comune ad altri interventi sanitari. Non è legittima l'obiezione per le condizioni preparatorie, di routine per molteplici interventi, non specificatamente e necessariamente dirette all'effettuazione di un aborto che è procedura successiva. Siano imposti limiti all'obiezione al fine di non permettere disoneste forme di boicottaggio atte a perpetuare il ben più remunerativo mercato degli aborti clandestini!

L'obiezione di coscienza è un abuso di potere legittimato dallo Stato

Non è corretto parlare di obiezione di coscienza in merito ai medici antiabortisti, in quanto l'obiezione di coscienza implica che al rifiuto di compiere un'azione imposta giuridicamente in virtù di proprie convinzioni etiche o religiose corrisponda una sanzione.

Il diritto all'obiezione di coscienza venne introdotto in Italia nel 1972 in relazione al servizio di leva obbligatorio e prevedeva la sostituzione dell'anno di leva con un analogo periodo di servizio non armato e non retribuito presso strutture pubbliche o private.

Il personale sanitario che impedisce a una donna di accedere legittimamente all'IVG o si rifiuta di somministrare la pillola del giorno dopo non è considerato sanzionabile quindi compie semplicemente un abuso di potere.

L'obiezione di coscienza, contemplata dalla 194, è prevista a fronte di interruzione volontaria della gravidanza, non è applicabile nei casi di aborto terapeutico.

Il recente caso della donna di Catania, morta di setticemia alla 19ma settimana di gravidanza, in seguito al rifiuto di un ginecologo obiettore, di interrompere la gravidanza gemellare a causa di una gravissima sofferenza fetale, che avrebbe provocato (come poi è successo) conseguenze anche alla madre è evidentemente un caso



di omicidio colposo e si annovera tra i tanti casi di negligenza medica.

Il problema dell'obiezione di coscienza, incivilmente diffusa tra il personale ostetrico/ginecologico, sta rendendo inagibile l'applicazione della 194 soprattutto al sud, dove la percentuale dei medici religiosamente impossibilitati ad eseguire un aborto chirurgico è del 83%, in alcuni casi è addirittura l'intera struttura sanitaria a dichiararsi indisponibile a praticare l'IVG (l'obiezione di struttura non è prevista dalla legge).

Mediamente, in Italia, solo 3 medici su 10 si dichiarano disponibili all'applicazione della legge. Sulla base di questo dato, 7 italiani su 10, nella fascia di scolarizzazione più alta, sarebbero quindi cattolici osservanti. Seppure l'ISTAT abbia smesso di censire la religione degli

italiani da quando ha registrato una crescente tendenza a dichiararsi atei, sono le inchieste condotte dalla chiesa a smentire che stiamo vivendo un'onda di rinnovata spiritualità religiosa.

A luglio 2016 il Consiglio d'Europa ha accolto un esposto della Cgil secondo cui il personale medico che non fa dichiarazione di obiezione di coscienza è soggetto "a diversi tipi di svantaggi lavorativi diretti e indiretti" e ha riconosciuto in Italia un'oggettiva difficoltà di accesso alla 194 che viola i diritti umani.

Il Parlamento Europeo nel 2015 ha votato a favore dell'aborto volontario riconoscendone la piena legittimità in virtù del diritto delle donne ad avere il controllo del proprio corpo in ambito sessuale e riproduttivo.

In 25 stati membri dell'UE l'aborto è considerato un diritto; in Svezia l'obiezione di coscienza non è contemplata e agli studenti specializzandi in ginecologia-ostetricia viene consigliato di scegliere un'altra specialità se dimostrano di avere problemi di qualche genere nei confronti dell'aborto. In generale è ammesso unanimemente che lo stato che si dichiara laico non può tollerare l'obiezione di coscienza sanitaria.

Mentre la ministra Lorenzin lancia il FertilityDay e declassa alcuni farmaci anticoncezionali dalla fascia A, l'assessore alla sanità del Piemonte propone di escludere la contraccezione orale dai Lea, i livelli essenziali di assistenza garantiti dalla sanità pubblica a carico del servizio sanitario nazionale. Questa mossa farebbe risparmiare alla sanità piemontese 1 milione di euro, scaricando l'onere, ancora una volta, sulle donne, in particolare sulle fasce meno tutelate.

A questi evidenti attacchi al diritto della donna di gestire il proprio corpo portati avanti dalle istituzioni, bisogna aggiungere la tracotanza con cui i "movimenti per la vita" sono penetrati nei consultori in qualità di agevolatori della gravidanza, snaturandone la funzione sociale stabilita dalla legge 405/1975, che istituiva i consultori famigliari affermando il principio della gratuità del servizio e della contraccezione.

Tra il diritto del medico a fare obiezione e il diritto del nascituro ad essere messo al mondo, l'unica a non avere diritti ancora una volta è la donna.

Chiara Marzocchi

Segreteria PRC Piemonte

Alcuni anticoncezionali a pagamento da vietare

Il prof. Roberto Suozzi, utilizzando anche la letteratura scientifica internazionale, ha scoperto che alcuni anticoncezionali sono pericolosi! Andrebbero vietati e tolti dal commercio e invece restano in circolazione, a pagamento. Le donne che li utilizzano non sono state informate di nulla, non sono state fornite loro indicazioni su eventuali anticoncezionali sostitutivi. Un ministero fa fare cassa alle multinazionali del farmaco, ma se ne frega della salute, soprattutto quella delle donne.

Lo puoi leggere sul giornale online www.contropiano.org

Integralismo VS salute MA IL MEDICO "OBIETTORE" È SEMPRE UN MEDICO?



Discutiamo di un principio generale: un medico "obietto-re di coscienza" rimane un medico a tutto tondo? Oppure, a seconda dei casi che gli si presentano, cessa d'esserlo e si trasforma in un momentaneo assenteista dalla professione, causando, magari, anche danni irreparabili?

Un uomo che viene chiamato alle armi e fa obiezione di coscienza, chiaramente, si rifiuta di imbracciare un fucile e quindi non diviene un militare. Ma un medico, che è già tale, che ha giurato con le parole di Ippocrate di salvare qualsiasi vita, nel momento in cui rifiuta di intervenire su un parto che può causare la morte della madre fino a che il bambino non è morto, per non contravvenire alle sue convinzioni di credente - cattolico, in quell'istante si può dire che sia ancora, appunto, un medico?

L'obiezione di coscienza in questo frangente lo fa automaticamente decadere, proprio nella concretezza della funzione che svolge, da medico: rifiutarsi di curare una persona, di prestarle quelle cure che da protocollo medico e scientifico le possono salvare la vita al costo di negarla ad un essere vivente, ma non ancora pienamente cosciente della propria vita, non è un atto contro la vita stessa? Non può essere considerato tutto questo una omissione di soccorso al pari di un automobilista che, dopo aver investito un passante, fugge senza curarsi delle conseguenze?

Se stiamo ad un mero rapporto di causa ed effetto, se la causa è un atto che provoca l'effetto-morte, la similitudine purtroppo funziona, calza a pennello.

Quindi, il punto centrale della riflessione è questo: può la legge, può la Repubblica tollerare l'obiezione di coscienza in campo medico?

Medici cattolici ne esistono molti e hanno i loro diritti: possono e devono pensarla come credono in merito a determinate problematiche che intrecciano scienza medica e fede. Ma più importante rimane la preservazione del diritto alla difesa della salute di ogni cittadino, di ogni cittadina: si tratta di un diritto universale, non rifiutabile a seconda del medico che possiamo incontrare in un pronto soccorso o in una sala operatoria di un qualsiasi ospedale.

Abbiamo il diritto di sapere, anzi dobbiamo avere la certezza che, una volta ricoverati, avremo tutte le cure del caso e che il medico non potrà obiettare nulla in merito all'applicazione delle cure necessarie per evitare la morte con ogni strumento, metodo e cura che non vada contro la decisione

del paziente, dei suoi parenti o dal suo compagno o compagna.

A nessun altro spetta la scelta se salvare la madre da un pericolo di morte in seguito ad un parto rischioso fino a che il bambino non risulti più non salvabile perché morto. Non si può invocare nessuna giustificazione di carattere medico per un comportamento che disciplina autonomamente, in base ad una coscienza religiosa, ad una precisa etica che contrasta con l'esercizio della professione medica nella sua espressione più semplice e quindi anche più meticolosa, un "ordine di salvezza".

Accade che si debba scegliere: salvare la madre o il bambino? La scelta non la fa l'etica cattolica attraverso la coscienza di un medico credente. La scelta tocca professionalmente al medico che può suggerire ai parenti, sulla base delle sue competenze, quale via sia meglio seguire per garantire la sopravvivenza di entrambi oppure di una delle due creature. Entrano in gioco fattori emotivi immediati, pressanti, impossibili da ricondurre solamente a norme giuridiche o codici deontologici.

Ma se la scelta drammatica, appunto, resta tale e non è facile, non è ammissibile che un medico si rifiuti di pensarla in base alle sue funzioni che derivano dai suoi studi e, quindi, dal ruolo di consigliere che deve avere in quel momento per gli attoniti famigliari che, altrimenti, resterebbero catatonici in un limbo di indecisione comprensibilmente legata alla voglia ancestrale e umana di salvare tutte e due le vite. Proprio come vorrebbe la "coscienza" cattolica del dottore in questione, ma a volte ci si trova nella totale impotenza, nella situazione del bivio e una scelta va fatta. L'obiezione di coscienza, in questi casi, è il contrario di ciò che vuole rappresentare: non salva delle vite, ma le nega portandole alla morte.

Per questo, come cittadini abbiamo il diritto di esigere di non trovarci davanti ad un dottore che, nel momento d'una scelta di questa portata, si scopra obietto-re di coscienza e, non badando alla nostra coscienza e a quella dei nostri cari, ci conduca, con tutto il carico aggiunto della aderenza ad una fede solo sua, ad una morale solo sua, verso la porta della morte. E non per grazia ricevuta, ma per obiezione subita.

Marco Sferini

PRC Savona

.....
LILA Onlus - Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, in collaborazione con NAM, è lieta di fornirti la copertura scientifica ufficiale on-line del Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV 2016 (HIV Glasgow 2016), che si è tenuto a Glasgow, Regno Unito, dal 23 al 26 ottobre 2016.
.....

Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV

È oggi possibile trattare HIV, epatite virale e tubercolosi (TBC) al costo di soli 90 dollari l'anno per ognuna: parola del dott. Andrew Hill, che ha tenuto in intervento in materia al Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV 2016 (HIV Glasgow), svoltosi dal 23 al 26 ottobre a Glasgow, Regno Unito.

Il costo di un ciclo semestrale di terapia per la TBC è già inferiore ai 90 dollari, ed anche alcune combinazioni di farmaci generici per l'HIV disponibili nei paesi poveri costano già meno di 90 dollari l'anno.

Stanno diminuendo anche i costi delle terapie per epatite B ed epatite C. Il costo di una terapia efficace contro l'epatite B potrebbe scendere sotto i 90 dollari dal 2017; per quanto riguarda l'epatite C, invece, sarà possibile produrre combinazioni di sofosbuvir e ledipasvir per cicli di 12 settimane di trattamento a soli 96 dollari.

Sono ormai in scadenza i brevetti per svariati farmaci cardine per la terapia dell'HIV, e di conseguenza diverranno presto disponibili versioni generiche molto meno costose.

I brevetti di efavirenz e lamivudina sono già scaduti, mentre quelli di abacavir/lamivudina e ritonavir/lopinavir scadranno entro la fine dell'anno corrente. Nel 2017 sarà il turno dei brevetti di emtricitabina e tenofovir; seguiranno atazanavir/ritonavir nel 2018 e darunavir nel 2019.

Il dott. Hill ha segnalato però anche che in Europa c'è scarsa consapevolezza in materia di generici, sia da parte di coloro che determinano le politiche di acquisto dei farmaci che da parte degli stessi soggetti acquirenti.

“Pochi servizi sanitari sono informati di quanto sono economici da produrre questi farmaci. Occorre maggiore trasparenza sui prezzi, per innescare un effetto a cascata che interesserà via via tutti gli ambiti terapeutici”, ha affermato lo studioso.

L'eliminazione di una malattia, che si tratti di HIV, epatite virale o TBC, è possibile solamente se i farmaci per trattarla sono disponibili a prezzi accessibili per i sistemi sanitari, ha ricordato il dott. Hill. Senza una riduzione dei prezzi non si potranno raggiungere gli obiettivi globali fissati per l'eliminazione di queste patologie, e la disponibilità di una gamma sempre più ampia di generici non potrà che rimettere in discussione le politiche di prezzo dei farmaci di marca, ha concluso.

Link collegati

Resoconto completo su aidsmap.com

Pagine di NAM dedicate a HIV Glasgow 2016

HIV Glasgow 2016
Farmacoterapia dell'HIV
23-26 ottobre,
Glasgow, Regno Unito
aidsmap.com
Partner ufficiale per la copertura scientifica

Nuove strategie terapeutiche: regimi a due farmaci altamente efficaci

Un regime a due farmaci composto da un inibitore della proteasi potenziato con ritonavir più lamivudina si è dimostrato altamente efficace in pazienti che effettuavano lo switch terapeutico dopo aver ottenuto l'abbattimento della carica virale con la tradizionale triplice terapia.

La terapia semplificata presenta svariati vantaggi, tra cui costi inferiori e un minor rischio di effetti collaterali; questo regime infatti non comprende il tenofovir, che può causare disfunzioni renali e perdita di densità ossea.

Il regime è stato sperimentato in contesti sia ricchi che poveri di risorse, dimostrando potenziali vantaggi in entrambi i casi.

In Italia, un gruppo di pazienti che avevano ottenuto la soppressione virale stabile con la triplice terapia sono stati randomizzati per ricevere il regime semplificato a base di atazanavir/ritonavir più lamivudina oppure atazanavir/ritonavir più due nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI). A distanza di due anni, coloro che hanno ricevuto la terapia a due farmaci presentavano un tasso di fallimento terapeutico significativamente inferiore rispetto a quelli trattati con la triplice, ed erano anche meno soggetti a rebound sostenuti della carica virale (1 contro 7%). Anche la funzionalità renale è risultata leggermente più elevata nei pazienti che assumevano il regime semplificato.

Uno studio separato ha confermato l'efficacia del regime con un inibitore della proteasi potenziato più lamivudina. Un gruppo di pazienti in terapia di seconda linea stabile sono stati randomizzati per ricevere questo regime oppure una monoterapia con solo un inibitore della proteasi potenziato con ritonavir. I risultati sono stati nettamente a favore del regime a due farmaci. Dopo 48 settimane, solo il 3% dei pazienti trattati con quest'ultimo erano andati incontro a un fallimento terapeutico, contro quasi un quarto di quelli che avevano assunto la monoterapia. Il regime a due farmaci è risultato migliore anche in termini di aumento della conta dei CD4.

Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV

CONTINUA DA PAG. 28

In un terzo studio, il trattamento semplificato con darunavir/ritonavir più lamivudina è risultato non meno efficace del regime standard a tre farmaci con darunavir/ritonavir più due nucleosidi. Il darunavir/ritonavir è l'unico inibitore della proteasi potenziato raccomandato come opzione elettiva nelle linee guida dell'European AIDS Clinical Society e negli Stati Uniti.

Dopo 48 settimane di trattamento, l'89% dei pazienti randomizzati per ricevere il regime a due farmaci erano riusciti ad abbattere la carica virale a < 50 copie/ml, contro il 93% dei pazienti trattati con triplice terapia. Tra i due bracci dello studio, inoltre, non sono state registrate sostanziali differenze in termini di eventi avversi.

Da un ulteriore studio arriva invece conferma dell'efficacia di una combinazione di farmaci composta da un inibitore della fusione sperimentale più un inibitore della proteasi potenziato.

Questo nuovo inibitore della fusione, denominato albuvirtide, è attualmente in fase di messa a punto in Cina, e viene somministrato una volta alla settimana per infusione intravenosa. I partecipanti allo studio sono stati randomizzati per ricevere il farmaco sperimentale in combinazione con un inibitore della proteasi potenziato oppure la terapia standard a tre farmaci. Dopo 48 settimane, aveva raggiunto l'abbattimento della carica virale ben l'80% dei pazienti trattati con albuvirtide, contro solo i due terzi di coloro che assumevano la triplice terapia.

Il farmaco è risultato ben tollerato, causando solo effetti collaterali lievi. L'albuvirtide è attualmente allo studio in Cina come ulteriore opzione terapeutica a basso costo per la terapia di seconda o terza linea. La Frontier Biotechnologies, che lo produce, sta lavorando a una formulazione iniettabile per via sottocutanea e ha espresso interesse in una collaborazione con altre case farmaceutiche che stessero mettendo a punto farmaci antiretrovirali iniettabili per tentare delle sperimentazioni di questi prodotti in combinazione.

Link collegati

Resoconto completo degli studi sull'impiego dei regimi a due farmaci risultati efficaci quanto la triplice terapia, su aidsmap.com

Resoconto completo dello studio sull'impiego di darunavir/ritonavir più lamivudina, su aidsmap.com

Resoconto completo dello studio sull'impiego dell'inibitore sperimentale della fusione albuvirtide più un inibitore della proteasi potenziato, su aidsmap.com

Effetti collaterali del dolutegravir sul sistema nervoso centrale

Il tasso di effetti collaterali a carico del sistema nervoso centrale (SNC) causati dal dolutegravir risulta molto più elevato nella pratica clinica di routine che nei trial clinici. Il dolutegravir (Tivicay, anche in combinazione con abacavir/lamivudina nel Triumeq) è un inibitore dell'integrasi di seconda generazione raccomandato per la terapia di prima linea. Il farmaco ha un buon profilo di tollerabilità, e negli studi clinici sui quali era stata basata la sua approvazione era stato osservato un tasso molto basso di effetti collaterali



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

a carico del SNC (insonnia, disturbi del sonno, depressione e altri disturbi dell'umore).

Alcuni medici in Germania, tuttavia, hanno rilevato che il 5,6% dei loro pazienti ne interrompevano l'assunzione nell'arco di 12 mesi proprio a causa di questo tipo di effetti collaterali: si tratta di un dato notevolmente superiore rispetto a quello osservato per altri inibitori dell'integrasi.

I disturbi riferiti più frequentemente sono stati insonnia e disturbi del sonno. Un numero più ridotto di pazienti ha lamentato vertigini, cefalee, formicolii, depressione e difficoltà a concentrarsi o a ragionare.

Sono risultati più soggetti a soffrire di effetti collaterali a carico del SNC le donne, i pazienti più anziani e quelli che assumevano il dolutegravir in combinazione con l'abacavir. I ricercatori della ViiV Healthcare, la casa farmaceutica produttrice del farmaco, hanno riesaminato i dati sugli effetti collaterali a carico del SNC rilevati nei trial clinici che avevano preceduto l'immissione sul mercato del farmaco, condotti su oltre 2500 pazienti di cui circa la metà assumeva il dolutegravir.

Praticamente in tutti i bracci di tali studi erano stati osservati bassi tassi di effetti collaterali sul SNC, e molti eventi erano solo di lieve entità. I tassi di effetti collaterali talmente gravi da portare il paziente ad abbandonare la terapia risultavano inferiori al 5% in tutti gli studi condotti.

L'unica eccezione era rappresentata da uno studio in cui ben il 17% dei pazienti trattati con dolutegravir aveva riferito uno o più effetti collaterali a carico del SNC: un dato, tuttavia, pur sempre inferiore a quello osservato con il farmaco di confronto, l'efavirenz.

Link collegati

Resoconto completo su aidsmap.com <http://www.aidsmap.com/Dolutegravir-and-central-nervous-system-side-effects-abacavir-older-age-increase-the-risk/page/3094507/>

CONTINUA A PAG. 30

Infezioni Sessualmente Trasmesse

Ambulatorio IST Ospedale Amedeo di Savoia
C/SO Svizzera 164 TORINO

011/4393788 tram: 3, 9; bus 59, 60

lun/mart/giov/vener: 8,30-10,00 Disponibili 15 posti

Padiglione RUDIGOZ - Ritiro a libero accesso:

lun/mart/giov/ven 13,00 - 14,30; mer 9,00 - 11,00

Attività: prelievi, terapie post visita

Senza prenotazione; nè impegnativa del medico

A richiesta è garantito l'anonimato; visita senza ticket

Disponibilità di mediatori culturali

Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV

CONTINUADA PAG. 31

Indagine sull'acquisto online di farmaci per la PrEP: nessun falso, buoni i livelli ematici

Chi si procura online farmaci a base di tenofovir/emtricitabina per la profilassi pre-esposizione (PrEP) può farlo più a cuor leggero: probabilmente non sta comprando dei falsi. Lo svela un'indagine condotta a Londra.

L'accesso alla PrEP nel sistema sanitario nazionale britannico è molto limitato, e lo stesso vale anche per quasi tutti i paesi europei. In un centro per la salute sessuale e riproduttiva di Londra, però, è stato offerto un servizio gratuito di monitoraggio a un gruppo di persone che acquistava questi farmaci in rete: i prodotti sono stati innanzitutto controllati per verificare che non fossero dei falsi, e i partecipanti hanno potuto sottoporsi a esami del sangue per controllare che i livelli ematici di farmaco fossero sufficienti a proteggere dall'infezione da HIV. In più, sono stati offerti ai partecipanti anche dei controlli della salute sessuale.

Gli autori hanno monitorato oltre 200 persone, trovando adeguati livelli ematici in tutti coloro che avevano assunto versioni generiche di tenofovir/emtricitabina; nessuno dei partecipanti ha inoltre contratto l'infezione da HIV.

Link collegati

Resoconto completo dell'indagine sull'acquisto di PrEP online su [aidsmap.com](#)

Articolo sull'assunzione "selvaggia" della PrEP a causa dell'inerzia in materia dei decisori politici, su [aidsmap.com](#)

Efficaci i generici di alcuni antivirali ad azione diretta per l'epatite C

In India, Bangladesh ed Egitto stanno venendo prodotte versioni generiche di alcuni farmaci antivirali ad azione diretta (direct-acting antivirals, o DAA) impiegati per il trattamento dell'epatite C. La loro produzione è possibile o in virtù di accordi di licenza volontari con i detentori del brevetto, oppure perché avviene in zone dove non valgono le restrizioni brevettuali. Anche se le aziende produttrici sono note per produrre generici di elevata qualità acquistati anche dal Fondo Globale per la lotta contro AIDS, TBC e Malaria, nessuno dei farmaci per l'epatite C è ancora passato al vaglio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (un processo noto come 'prequalificazione').

Questi DAA generici non possono essere acquistati da governi o istituti sanitari in paesi dove vigono le restrizioni brevettuali, ma possono essere importati in modo del tutto legale da singoli individui che li acquistano online o li comprano di persona all'estero. I prezzi per un ciclo di trattamento della durata di 12 settimane oscillano tra i 700 e i 900 dollari.

Da alcuni studi presentati a HIV Glasgow risulta che questi prodotti generici sono altrettanto efficaci e hanno tassi di cura simili a quelli ottenuti nei pazienti trattati con farmaci di marca.

Sono stati esaminati gli outcome virologici di pazienti che si sono procurati i DAA con l'aiuto di gruppi auto-organizzati di compratori (i cosiddetti buyers' clubs) attivi in Australia, Sud-Est asiatico e Europa orientale. È stato chiesto alle persone che avevano acquistato farmaci attraverso questi canali di fornire dati virologici tramite gli



specialisti presso cui erano in cura, allo scopo di calcolare quanti di loro riuscivano ad ottenere una risposta virologica sostenuta (SVR) al trattamento.

Il gruppo da cui è stato possibile ottenere la mole più grande di dati è il FixHepC Buyer's Club: tra i pazienti che si sono procurati i farmaci per suo tramite è stata ottenuta una SVR a 12 settimane in 283 casi. È stata ottenuta la SVR12 dall'87% dei pazienti che hanno assunto sofosbuvir/ledipasvir e dall'81% di quelli che hanno assunto sofosbuvir/daclatasvir. I tassi di cura sono risultati inferiori nel secondo gruppo perché la combinazione sofosbuvir/daclatasvir è stata assunta da pazienti con il genotipo 3, più difficile da trattare.

Tra i pazienti dei buyers' clubs nel Sud-Est asiatico e in Russia il numero di coloro che sono già arrivati alla 12° settimana dall'inizio del trattamento è per ora inferiore, ma in entrambi i gruppi i tassi di cura sono risultati elevati.

I pazienti di Sud-Est asiatico ed Europa orientale sono stati curati dall'epatite C a un costo complessivo compreso tra i 700 e i 900 dollari.

Link collegati

Resoconto completo su [aidsmap.com](#) HIV e invecchiamento: quando i bisogni sanitari si fanno più complessi

Due studi mettono a nudo tutta la complessità dei bisogni medico-sanitari che le persone HIV-positive sviluppano con l'invecchiamento.

Grazie ai progressi compiuti in materia di trattamento e cura dell'HIV, nei paesi ricchi le persone colpite da questo virus oggi hanno un'aspettativa di vita normale o quasi. Molti, però, vivono in condizioni di salute cronicamente precarie. Un gruppo di ricercatori in Svizzera ha riscontrato che nelle persone HIV-positive le comorbidità tendono a sommarsi, quindi si osservano sovrapposizioni tra HIV, depressione e stati di sofferenza, oppure HIV, depressione e mancata aderenza terapeutica, o ancora HIV, ipertensione e malattie cardiovascolari.

Anche uno studio condotto da alcuni ricercatori francesi ha fatto luce sul carico di malattia che grava su molte persone HIV-positive dalla mezza età in avanti.

CONTINUA A PAG. 31

Congresso Internazionale sulla Farmacoterapia nell'infezione da HIV

CONTINUA DA PAG. 30

Gli autori hanno analizzato i profili medici di oltre 2000 pazienti nel 2004 e poi di nuovo nel 2014, rilevando nell'arco del decennio dei miglioramenti nei marker dell'HIV, carica virale e conta dei CD4.

Tuttavia è stato riscontrato anche un significativo aumento della percentuale di pazienti colpiti da patologie tipiche dell'invecchiamento, come la fragilità ossea e le conseguenti fratture, le malattie cardiovascolari, l'ipertensione e il diabete. Un quinto dei soggetti considerati è stato ritenuto ad alto rischio di infarto cardiaco nell'arco di cinque anni, e il 50% di loro presentava un elevato punteggio di rischio di malattia renale.

Complessivamente, questi dati indicano che per la cura della persona HIV-positiva è necessario un approccio multidisciplinare, e che va tenuto debito conto del rischio di comorbidità nel momento in cui si seleziona il regime antiretrovirale.

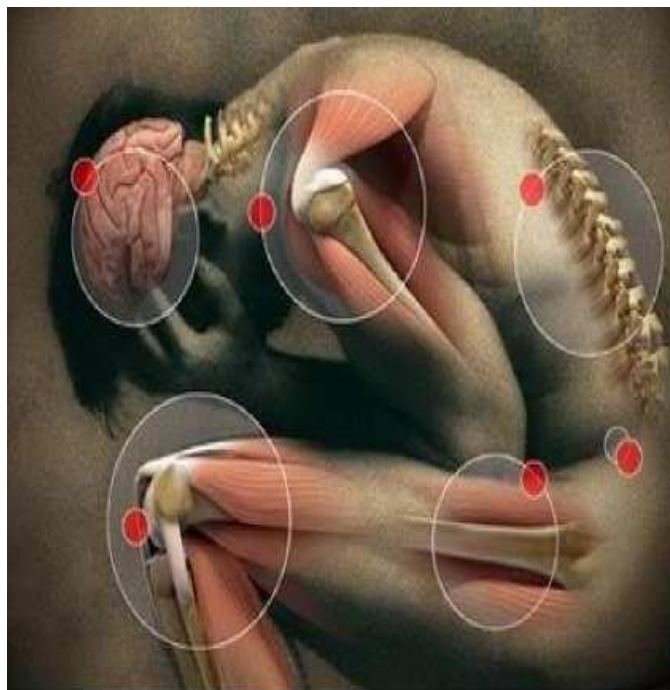
Link collegati

Resoconto completo su aidsmap.com

La lipodistrofia non ha avuto conseguenze a lungo termine sulla salute.

Uno studio condotto su un arco di tempo di 20 anni ha evidenziato che i pazienti che hanno manifestato segni di lipodistrofia – un'anomala ridistribuzione del grasso corporeo – a causa di alcuni antiretrovirali di vecchia generazione in realtà hanno avuto outcome sanitari migliori, nel lungo termine, rispetto a chi non ha mai sviluppato questo tipo di effetto collaterale.

La lipodistrofia è stata riconosciuta come effetto collaterale della terapia anti-HIV poco tempo dopo che sono stati resi disponibili i primi trattamenti altamente attivi, a metà degli anni '90. È stato infine appurato che a causarla erano principalmente i farmaci della classe degli NRTI (inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa), in particolare la stavudina (d4T), la didanosina (ddI) e la zidovudina (AZT). L'accumulo anomalo di grasso (lipoipertrofia) è stato invece associato all'assunzione di un inibitore della proteasi in combinazione con due NRTI.



Un gruppo di ricercatori spagnoli, nel timore che questo effetto collaterale potesse causare problemi di salute nel lungo termine, hanno monitorato circa 500 pazienti che hanno iniziato ad assumere la triplice terapia tra il 1996 e il 1999, con particolare attenzione ai tassi di mortalità.

Nel complesso, la percentuale di pazienti che ha sviluppato manifestazioni lipodistrofiche è stata il 46%. I tassi di mortalità annui sono risultati inferiori nei pazienti con lipodistrofia rispetto a quelli che non l'avevano mai manifestata (1 contro 2%). Chi veniva colpito dalla lipodistrofia, inoltre, risultava anche meno soggetto a sviluppare un altro evento AIDS-correlato (1,5 contro 2,88%).

Questi pazienti erano pur sempre a rischio più elevato di ipertensione, e tendevano a presentare alti livelli di trigliceridi nel sangue; anche il rischio di malattia cardiovascolare risultava leggermente superiore. Ma ad esempio le malattie epatiche, le fratture ossee e il deterioramento neurocognitivo risultavano tutti meno frequenti nei pazienti con lipodistrofia.

Lo studio ha infine mostrato che la corretta aderenza alle terapie anti-HIV ha avuto indubbi benefici a lungo termine sulla salute, per quanto la lipodistrofia fosse un effetto collaterale tra i più impattanti sulla vita della persona, e tra i più stigmatizzanti.

Link collegati

Resoconto completo su aidsmap.com

Lanciato il nuovo sito internet 'About HIV / Pro VICH' Al congresso di Glasgow è stato lanciato un nuovo sito, 'About HIV / Pro VICH', specificamente pensato per le persone che vivono con l'HIV in Europa orientale e Asia centrale. Il sito offre al suo interno una serie di opuscoli informativi su argomenti chiave in fatto di HIV. Il materiale è attualmente disponibile in lingua armena, inglese, georgiana, cosacca, russa e ucraina.

Link collegati

Sito di About HIV / Pro VICH

La versione completa – in formato pdf – del bollettino è disponibile cliccando su www.lila.it

2/11/2016

Vai a Roma per piacere o per lavoro?



Viale Anicio Gallo 196/C2 - 00174 Roma

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 Cile

inserzione concessa gratuitamente



'VITA E BENESSERE' NEL PARCO NAZIONALE DEL GARGANO

Salve, sono Franco Milone, ho un posto bellissimo sul Gargano in Puglia Italia e lo propongo a quelle persone single o coppie che, stanche della vita di città, del freddo del nord, della solitudine in mezzo a tanta gente, vogliono cambiare vita totalmente e invece di

chiudersi in quattro mura grige o in un condominio affollato da estranei, o addirittura in un pensionato per vecchi, amano la vita all'aperto in campagna, insieme a pochi loro simili e totalmente indipendenti. Un posto dove ritrovare se stessi nella dimensione da sempre sognata, e nel contempo serviti in ogni necessità, una residenza per persone autosufficienti e benestanti, che possono permettersi questo 'lusso' nella seconda o terza parte della propria vita.

Un parco di 20 ettari nel Parco Nazionale del Gargano tra boschi di lecci e roverelle, olivi secolari, frutteto, orto, grandi spazi liberi da vivere, a poca distanza dal mare e dalla laguna del Varano, in un ambiente esclusivo: campagna mediterranea, aria dolce tutto l'anno, temperature che non scendono mai allo zero, possibilità di lunghe passeggiate, di nuotare in una grande piscina, campi da tennis, bar e sale conviviali, un ristorante a completa disposizione e capace di ogni tipo di cucina e ancora corsi pratici di cucina, di pittura, di lingue, escursioni e molte altre attività tra cui l'università della ragione.

In una cornice naturalistica di grande pregio, per single o coppie autosufficienti per soggiorni annuali, a medio-lungo termine, metto a disposizione camere arredate con letto matrimoniale, armadio, scrittoio e frigo-bar, bagno con doccia, climatizzazione caldo/freddo, ingresso indipendente, utenze incluse e trattamento di pensione completa. Il progetto partirà subito, prima della fine dell'anno.

Per informazioni contattare Franco Milone 345.9246141
info@lavallettacentrobenessere.it



inserzione concessa gratuitamente



La copertina di questo inserto la dedichiamo alle donne e agli uomini che hanno sofferto e speso la loro vita per ridare a questo Paese la dignità di un popolo libero. Con delle regole di convivenza scritte nella Costituzione, oggi in pericolo con il referendum di un governo che vuole completare il progetto della Loggia massonica P2, messo in campo da Berlusconi nel 1994.



L'incidenza dell'intrusione, Goro, Gorino, razzismo e dintorni



Fra passato e presente, un Paese in Zona Cesarini Attraverso il NO al referendum



Legge 194 e obiezione di coscienza La coscienza degli obiettori



cronache marziane di scuola quotidiana Quando c'è la poesia c'è tutto



La pelle parla di noi, è lo specchio delle nostre emozioni



Chiedi di Massimo Troisi Il battito del tempo malato

L'incidenza dell'intrusione, Goro, Gorino, razzismo e dintorni



Molti avranno sentito parlare di intrusione, ormai è una parola molto gettonata da analisti, sociologi e studiosi di fenomeni sociali, il cosiddetto pericolo dell'intrusione.

Solitamente, gli intellettuali evitano di affondare la lama nei fenomeni sociali, specie quando si parla di razzismo. In questi casi, il limite acque sicure è proprio a ridosso della riva, per cui è consigliabile non avventurarsi e rischiare di passare per razzista o, viceversa, per buonista, semplicista, superficiale. E' doveroso aggiungere, che la disonestà intellettuale è sempre la punta avvelenata dei paesi guerrafondai, di ogni società basata sulla morte, la base di un progetto senza fondamenta. Quindi, tanto più un paese si abbevera nei piani della subcultura o sottocultura, della rozzezza, tanto più trasmette razzismo, intolleranza e la stupidità di cui è vittima.

La discriminazione è il frutto di un illogico progresso, concepito con il commercio, con l'economia sostenibile e insostenibile, con la capacità di offrirsi sul mercato. I fatti di Goro e Gorino hanno portato alla luce, la tendenza dell'essere umano a chiudersi, ad alzare barricate, quando teme "l'incidenza dell'intrusione".

Sarebbe opportuno citare Julius Evola, non di certo perché comunista, ma perché più di altri, provò a giustificare il razzismo, puntando il dito verso l'intruso.

Di sicuro, noi non proviamo rancore verso i fiancheggiatori, i sostenitori, i sobillatori della lotta tra poveri, ma verso chi si interpone nell'immediato come pericolo. Questo fenomeno non va sottovaluto e, se permettete, neanche liquidato con l'accusa di razzismo o, meglio, non solo. Basterebbe ripassare a memoria alcuni titoli di cronaca: ragazzi Albanesi stuprano una ragazza, romeni ubriachi distruggono un locale, extracomunitari derubano una vecchietta, 3 giovani provenienti dal Marocco sorpresi a rubare. L'ultimo letto era affascinante: arrestato spacciatore Nigeriano. A volte, le vittime vengono nominate quasi per caso, si

evidenzia la provenienza del crimine e sempre meno il reato. Quasi impossibile leggere in prima pagina: italiano stupra una donna di colore; forse perché alle donne di colore non è concesso denunciare?

Solitamente siamo i primi a indignarci, quando i giornali stranieri utilizzano la metafora italiani=mafia, per cui non concordo sullo slogan goro-gorino=razzismo. Tutto sommato, potrei accettarlo da politici rozzi e da inservienti del potere, non da studiosi di fenomeni sociali, tanto meno da oliati editorialisti. Il fenomeno va esaminato a fondo, come se parlassimo di un gruppo, di un nucleo, di una fetta della torta. Allen disse che la destra è pericolosa, perché da risposte semplici a domande complesse, noi siamo Marxisti, siamo

diversi.

Per spiegare "l'incidenza dell'intrusione" prenderemo spunto dalla psicologia, nello specifico dalla terapia di gruppo. Il terapeuta riunisce un gruppo di cinque persone, tutte con problemi di alcolismo. Dopo un anno si accorge che questo gruppo non ha fatto passi avanti, in più i cinque alcolisti sono entrati anche in accettazione, quindi ognuno nasconde le sue bevutine in tacito accordo con l'altro. In questo caso si potrebbero utilizzare gli intrusi: persone nuove con "abusi differenti" che si aggiungono al gruppo. Non sempre il risultato è apprezzabile, qualcuno di essi potrebbe abbandonare la terapia, altri potrebbero chiudersi o sbraitare. In ogni caso riceverebbe una scossa concreta per iniziare a uscire dal guscio, uscire da quelle dinamiche negative assimilate.

L'incidenza dell'intruso apporta disordine, specie in una situazione di negatività. Questa volta non dovremmo parlare di razzismo, anzi sarebbe comodo liquidare la questione con questa accusa. Se andassimo a fondo, scopriremmo che Gorino è il comune con la più bassa percentuale di dichiaranti IRPEF (33,3%) nella Regione Emilia-Romagna, nonostante sia un posto dove girano molte partite IVA.

Ora immaginate il gruppo di alcolisti, pensate all'incidenza, all'interferenza dell'intruso e quanta e quale paura nasconda quel muro costruito dagli uomini; da persone convinte d'esser proprietarie e beneficiarie assolute della terra e del mare pubblico. L'egoismo è solo l'anticamera del razzismo, del fascismo, del nazismo, i quali sono concomitanti per natura e ideologia, infatti questi "atteggiamenti" vanno a braccetto quando l'intruso potrebbe rovinare l'assetto dei privilegiati. Nulla di particolare, possibile che gli abitanti di Goro e Gorino abbiano scambiato gli immigranti per la guardia di finanza, forse per colpa di quei giubbotti catari-frangenti con cui addobbiamo gli intrusi di colore, noi che non lo siamo mai stati.

Antonio Recanatini

Fra passato e presente
un Paese in Zona Cesarini

Attraverso il NO

Riunire i cocci è complicato, specie in un paese diviso per contraddizioni storiche, passivo e distante da ogni crisi d'identità, pronto a distinguersi solo all'ultimo minuto, quando la fine sfiora la certezza o la certezza sfiora la fine: il doppio senso da noi è a senso unico. Il dibattito sull'inglorioso passato accende gli animi e ancora troviamo un modo, un'occasione per dividerci.

Questo è un paese di santi, non un paese di eroi, molti Compagni, me compreso, dovrebbero ripeterselo ogni giorno, magari all'inizio e alla fine di ogni malaugurato giorno.

Siamo gli unici a riconoscere il nobile valore della soluzione in extremis, abbiamo anche una locuzione con una figura retorica, quasi funge da copertina della nostra storia: Zona Cesarini, dapprima Caso Cesarini.

Si tratta di un giocatore di calcio che, spesso e volentieri, riusciva a far gol negli ultimi minuti della partita. Nella nostra storia, i cambiamenti epocali vanno di pari passo con le tardive prese di coscienza, tardive reazioni, guerre mondiali incluse. Siamo critici, contrari e, al tempo stesso, legati a origini e tradizioni, legati a una nazione che pare debba scomparire, anzi per qualcuno è già scomparsa.

Io, da perfetto uomo qualunque, allego qui le mie sensazioni, dopo aver partecipato a qualche manifestazione per il NO al referendum costituzionale, referendum in cui si decide se l'Italia debba rimanere nazione semi-libera o l'anfiteatro di una dittatura mondiale.

Le distanze tra noi che rappresentiamo "l'uomo qualunque", il cittadino, la massa, sono davvero tante e, spesso e volentieri, inconcepibili.

Vedo tante isole infelici, ognuno con il suo eroe da difendere, ognuno con i suoi "chiari"

ideali da utilizzare per sconfessare le altrui credenze, le altrui convinzioni; in pratica un gioco al massacro, un gioco per darla vinta al padrone a prezzi ridicoli, la tipica guerra tra poveri presenti e poveri futuri.

Distinti e separati, fedelissimi della Carbonara di mamma, la migliore in assoluto, le altre ricette son tutte brutte copie, latrati, imitazioni dell'originale.

Riunire i cocci del dissenso è l'opera da compiere, forse un'opera più grande di noi, ma val la pena tentare per non dirsi un giorno "avrei potuto".

La zona Cesarini è già alle nostre spalle, il tempo di recupero dobbiamo conquistarlo. Il dissesto sociale, la disoccupazione, la miseria che allarga le maglie, il timore di un conflitto mondiale che incombe, la straripante corruzione, i mentecatti al comando, le fratellanze massoniche vincenti a colpi di maggioranza, l'ipocrisia cattolica di fondo, la mania di competere, rendono il nostro paese un luogo indecente, dove la funzione della malvagità rientra in canoni previsti dalla legge.

Non parteggiamo, siamo semplicemente tifosi che, quando la loro squadra perde, maledicono l'arbitro a priori. Siamo tifosi di un passato glorioso/inglorioso: Staliniani o trotskisti, giustizialisti o liberisti, mediatori o presunti rivoltosi, antifascisti o sinistroidi, belli o brutti, radical chic o proletari, un fritto misto senza anima.

Siamo, più o meno, soggetti sporchi di borghesia, perché diventiamo borghesi, dal momento in cui percorriamo strade che portano al conflitto tra poveri, alla famosa guerra tra poveri. Il Borghese è dentro ognuno di noi, dentro noi che cerchiamo appigli per rinunciare, cerchiamo appigli per puntare il dito, pur di non

correre insieme ad altri disperati. Il cammino da fare è lungo, forse qualcuno ancora sopravvive, qualcuno ancora può decidere di denigrare le altre presenze, qualcuno può ancora scegliere di vivere a parte e senza far leva sull'unità di intenti, qualcuno può ancora danzare sotto la pioggia; ma tanti, tantissimi NO.

Da adesso, da subito, da ieri, bisogna abbassar la guardia e imparare ad ascoltare. Chi sa ascoltare deve insegnare il suo segreto e non farsene un vanto,



chi sa interpretare i segnali illuminati il viale a chi non vede più, chi ha coraggio sostenga chi l'ha consumato per strada, chi coglie la poesia spolveri e faccia risplendere il sentimento comune, chi sa cantare sproni gli altri a seguire il coro dei più deboli, chi ama a prescindere sieda vicino a chi non crede più.

Siamo tutti dentro lo stesso stagno, uscire dalla nostra quotidiana e inessenziale isola deve tornare a essere un bisogno primario. Capisco i rigurgiti personali e impersonali, capisco le varie congetture, ma non concepisco la resa al sistema. L'infelicità è un lusso che non possiamo più permetterci, il NO è il primo passo da compiere. Per arrivare in cima, meglio iniziare dal primo gradino, già troppe volte ci siamo persi in volo. Chi vuole la primavera di Praga, pensi prima alla Rivoluzione d'Ottobre, altrimenti apprestiamoci a voltare le spalle a figli e figliastri.

A. R.

Legge 194 e obiezione di coscienza

La coscienza degli obiettori

privilegiati. L'interruzione di gravidanza è un diritto della donna, un diritto della coppia, quindi l'ostacolo dell'ipocrisia "made in Italy" è il vero nocciolo della questione.

Nel 2013, la Cassazione ha confermato la condanna a un anno di carcere, per omissione di atti d'ufficio, con interdizione dall'esercizio della professione medica, una dottoressa di un presidio ospedaliero in provincia di Pordenone, che, come medico di guardia la sera in cui la paziente ha abortito, si era rifiutata di visitare e assistere la donna, nonostante le richieste di intervento dell'ostetrica che temeva un'emorragia. Il diritto di obiezione di coscienza non esonera il medico dall'intervenire durante l'intero procedimento, in quanto «il diritto dell'obiettore affievolisce, fino a scomparire, di fronte al diritto della donna in imminente pericolo a ricevere le cure per tutelare la propria vita».

Ancor oggi, la discussione prosegue in parlamento, la coscienza degli obiettori non si ferma, l'idea stantia dei cattolici sul diritto alla vita è molto più fuorviante dell'idea di pregare l'inganno storico. La religione è un'armeria, dove i trasgressori possono acquistare espedienti per decidere la sorte dell'umanità, non è un semplice costume, una rilevanza culturale. Lo stato laico dovrebbe garantire a ogni cittadino, il diritto di fare scelte sul proprio futuro.

La chiesa si ostina a presentare miracolose invenzioni e suppellettili vari, compreso il diavolo tentatore e l'aborto come peccato mortale. Entrare in merito alla questione è già un passo indietro. Spesso e volentieri, dietro queste obiezioni di coscienza, ci sono le cliniche private che spingono il dottore "coscienzioso" negli ospedali pubblici, a prestar servizio "incosciente" per un pugno di euro in più, magari sottobanco, in privacy. Non è un pregiudizio il mio, la galanteria cattolica non riconosce i disastri, come riconosce le fonti di reddito.

Personalmente, fatico molto ad accettare l'aborto come soluzione, sia per l'esperienza vissuta che per la violenza che intravedo. Sono, altresì, convinto che questi miei pregiudizi siano datati, logori, antiquati; quindi è d'obbligo rispettare le scelte altrui e il nuovo disagio che incombe. Alle nostre spalle, la storia ancora parla di feti perduti, nascosti, bruciati sempre in privato, tra le mura amiche dell'ipocrisia, perché l'aborto era vietato al pubblico.

Antonio Recanatini

Non dovrebbe essere un segreto, quelli come me non accettano che ci si possa sottrarre dai doveri professionali per motivi religiosi, soprattutto in medicina. La locuzione obiezione di coscienza indica la possibilità di rifiutare di ottemperare a un dovere, imposto dall'ordinamento giuridico e contrario alle convinzioni di una persona, sia etiche che religiose.

Il diritto all'obiezione di coscienza nella legislazione italiana venne introdotto per la prima volta dalla legge 15 dicembre 1972, n. 772 che riconobbe il diritto all'obiezione contro il servizio militare di leva in Italia per motivi morali, religiosi e filosofici, introducendo quindi la possibilità di rifiutare il servizio militare sostituendolo con un servizio non armato. Tuttavia la legge del 1972 comminava pesanti limitazioni agli obiettori, che saranno poi superate dalla legge 8 luglio 1998, n. 230, che sancì il pieno riconoscimento giuridico dell'obiezione di coscienza inteso come diritto della persona: i giovani possono scegliere di difendere la Patria, con il servizio militare o con il servizio sostitutivo civile.

A dire il vero, fa un po' senso parlare di diritto di obiezione di coscienza sul campo di lavoro, come se un antennista si rifiutasse di salire sul tetto o un autista di guidare, sembra sciocco il paragone, ma "stranamente" il rifiuto di ottemperare ai propri doveri, spesso diventa l'asso nella manica dei

cronache marziane di scuola quotidiana

QUANDO C'E' LA POESIA C'E' TUTTO

E' tempo di uccidere...qualsiasi forma di pensiero monolitico sui giovani d'oggi. Sono privi di fantasia, non hanno capacità ironiche non sanno nulla della vita insomma tanti orpelloi pensieri distruttivi che trovano troppo spazio nelle menti dei figli del baby boom oramai nonni. Ai nostri tempiiiii...si sente riecheggiare nei meandri delle case...

Siamo oramai ad anno scolastico inoltrato si sente già l'odore dei piedi nudi incorniciati da sandali improbabili fatti di lacci che avvolgono polpacci tatuati ora con effigi di centurioni ora con farfalle che non riescono a spiccare il volo eppure l'amore aleggia tra queste pareti scrostate piene di scritte inneggianti...l'amore tenero quello fatto di sguardi languidi insomma quello che ricordiamo anche noi parrucconi che ci aggiriamo in questi corridoi umidi di sudore mal versato.

Siamo in quel momento dell'anno scolastico nel quale si iniziano a tirar le somme, in qualche caso catastrofiche di mesi e mesi trascorsi a rimeggiar su Dante, Ungaretti e Montale a pensare come ben accostare il bilancio d'impresa al finger food.

Il fremito in istituto è tanto e palpabile, grande evento alle porte, cucina vegan alta cucina un grande chef verrà ad illustrare come la cucina di qualità possa proporre ricette vegane senza far torto alcuno alla tradizione anzi sublimando l'aspetto territoriale.....uaoooo

File di studenti armati di smartphoneregistranti si accalcano alle porte della sala-laboratorio di cucina per prender posto, qualcuno scettico ed in contrapposizione sventola panini imbottiti con affettati di grassa tradizione contadina altri sono contenti e basta fossaltro per il dato certo...si salta la lezione di poesia crepuscolare...al crepuscolo preferisco l'orto...perchè so' chef professorè mica poeta! A professorè io so un poeta chef....e ride una risata grassa come un guanciale fresco giusto giusto per un'amatriciana. Seeee sei poeta anvedimo' sei diventato poeta e da quando?...

Da quando?...non lo so me so svejato poeta stamattina prima del corso di cucina vegan... A proff...da quando la donna l'ha accannato è diventato strano....

Le delizie dell'orto e non solo ci vengono esposte e cucinate all'impronta, giornata piacevole



all'insegna di una cultura alimentare diversa la classe è contenta anche se per molti versi ancora scettica.... la metafora.... a professorè la metafora è quella cosa che si dice una cosa ma se ne intende un'altra giusto?... si insomma concetto un po' impreciso ma in linea di massima ci siamo....ecco che v'avevo detto so poetaaaaaaaltro che Eugenio (leggi Montale) e giù risate!!!

So' il genio della rima baciata.....risate

Un foglietto gira fra le loro mani...qualcuno lo strappa dalle mani di una ragazza che arrossisce...allora mi preoccupa.... DATEMI QUEL FOGLIO ... me lo portano cercando invano di renderlo illeggibile lo apro e leggo ANCHE ALLE VEGANE PIACE IL MIO SALAME....Dante è ammutolito, Foscolo si nasconde, Montale scende le scale da solo... Ti metto 2 !! VEGANE-SALAME non è una rima baciata ASINO!!

by A.A. Conrad

inserto culturale

[illegible]

La risposta sta nell'interazione continua fra soma e psiche che si concretizza proprio nel termine "pelle sensibile".

Una condizione per cui particolari soggetti avvertono, sul viso o altre parti del corpo, sensazioni di bruciore, prurito, pizzicore, dovuta a stimoli di varia natura: cosmetici, detergenti, oppure provocate da condizioni e fenomeni ambientali, come il freddo, il caldo, la fioritura primaverile, ma anche a seguito di emozioni e stati d'animo.

I soggetti più colpiti da “sensitive skin” e' il sesso femminile, lo stesso che viene anche convenzionalmente considerato come il sesso più sensibile dal punto di vista psicologico, perchè è quello che più rispetto agli uomini, risente dei cambiamenti, sia ambientali che situazionali, il più incline a manifestare i diversi stati dell'anima, il più timido e volubile. E forse e' proprio questo che i Latini, nella loro saggezza erano stati in grado di comprendere che gli aspetti cutanei e quelli psicologici sono tra loro strettamente correlati, e che un particolare stato emotivo può generare importanti riflessi sulla fisiologia corporea, ed essere la causa dell'insorgere di fenomeni di ipersensibilità.

E, allo stesso modo, manifestazioni cutanee, come psoriasi, arrossamenti e bruciori della pellessi manifestano spesso in concomitanza di situazioni legate a stress, a stanchezza e spossatezza fisica ma anche interiore. Ogni reazione del nostro corpo, ogni insolita reattività a fenomeni del mondo che ci circonda, dovrebbe suggerirci perciò di dare uno sguardo anche dentro noi stessi, perchè a una estrema sensibilità fisica e cutanea, molto probabilmente corrisponderà uno stato di profonda sensibilità emotiva e psicologica a cui dovremmo cercare, prima di tutto,

Il nostro corpo e' infatti lo specchio di ciò che e' racchiuso nella nostra mente "mens sana, in corpore sano": una mente sana si trova soltanto in un corpo altrettanto sano.

Cute e sistema nervoso originano dall'ectoderma, cioè da cellule madri identiche, che nel feto si differenziano per dare origine ai suddetti organi al momento della nascita. Questo stretto grado di parentela spiega le evidenti correlazioni tra patologie cutanee e nervose: lo stress emotivo peggiora sensibilmente le patologie cutanee e allo stesso modo le malattie delle pelle possono rappresentare una notevole fonte di stress per l'individuo.

Lo stress, le forti emozioni e in generale tutte le interferenze nervose condizionano sia negativamente, sia

La pelle parla di noi

CONTINUADA PAG. 38

positivamente l'andamento dell'asma stessa. D'altronde, se la pelle è il nostro biglietto da visita, ciò che mostriamo agli altri (e a noi stessi quando ci guardiamo e ci specchiamo) come può non influenzare e non essere influenzato dal nostro stato d'animo?

Si ripropone l'eterno dilemma dell'uovo e della gallina: è la dermatite che peggiora lo stato d'animo? O sono i conflitti mentali che peggiorano la cute? La risposta è irrilevante: ciò che importa è considerare entrambe come gemelle e curarle contemporaneamente, proprio come i gemelli omozigoti, che soffrono in modo inspiegabile del dolore patito dal fratello. Per ogni malattia della pelle esista un corrispettivo disturbo psicologico -emozionale o affettivo, per cui la cura consiste nell'invertire la direzione e creare un circolo virtuoso "relax -> guarigione -> relax", mettendo in pratica il vecchio ma sempre attuale adagio mens sana in corpore sano, che è stato spesso considerato solo nella sua seconda parte, tralasciando la prima. Ciò che i Romani ci hanno tramandato è uno dei primi messaggi "psicosomatici": libera la mente e starai bene, vivrai in buona salute e i tuoi organi funzioneranno meglio, cute compresa.

Se così non fosse, le spese per l'estetica non andrebbero di pari passo con le spese di psicofarmaci: più aumenta il ritmo di lavoro e di vita nei nostri paesi (e quindi lo stress), più aumenta la spesa per farmaci ipnoinducenti (contro l'insonnia), ansiolitici, antidepressivi, parallelamente alle spese di medicina e chirurgia estetica. Se si ammala un gemello, l'altro ne soffre, inevitabilmente. Da qui la necessità di non trascurare mai questo importante gemellaggio, anzi, di sfruttarlo favorevolmente per ottenere un duplice beneficio: diagnostico e terapeutico. Impariamo quindi a leggere la pelle per conoscere così anche lo stato di salute di sorella psiche; per curarle entrambe, insieme, e sfruttare una sinergia d'azione che riduca sia i tempi di guarigione che l'utilizzo di farmaci.

La Pelle diventa rappresentante del tempo che passa: la nostra pelle mostra per prima i segni dell'invecchiamento, così malvisto nella società di oggi, in cui il corpo deve aderire a canoni di bellezza rigidamente imposti, essere dinamico, veloce. Spesso si cerca di combattere l'invecchiamento e tutti i suoi segni

sul corpo eliminando le rughe dal volto, aggrappandosi così all'illusione di giovinezza eterna. facili giudizi, alla ricerca di un'etichetta con cui catalogare individui che volontariamente compiono attraverso la pelle una completa metamorfosi. Sarebbe invece opportuno tenere a mente che le ragioni di questi cambiamenti radicali vanno cercate nell'irriducibile unicità dell'essere umano e delle sue scelte.

Tuttavia, può essere utile interrogarsi sul vissuto che accompagna un tale comportamento: che significato ha il tatuaggio per quella persona? Si pos-

compie all'insaputa di se stesso, contro il proprio corpo. La Pelle e delle metamorfosi che essa può subire sembra prendere corpo nel mito di Apollo e Dafne: il dio è innamorato della ninfa ma lei lo respinge e, mentre si dà alla fuga nei boschi inseguita da Apollo, invoca l'aiuto della madre terra; così, nel momento in cui Apollo sta per afferrare la ninfa per farla sua, lei si trasforma in una pianta di alloro: le braccia diventano rami, le dita foglie: la mano del dio sul petto di Dafne riesce a cogliere gli ultimi battiti del cuore della ninfa, mentre la sua pelle viene catturata per sempre dalla corteccia. Il mito di Apollo e



sono pertanto definire due stati d'animo differenti che accompagnano colui che pratica la modificazione corporea: da una parte ci sono le persone che, cambiando l'aspetto della propria pelle, rispondono a un desiderio: allora quel segno diventa espressione di libertà e di scelta; altre volte invece la pratica di modificazione corporea viene messa in atto perché la persona non può fare altrimenti: è un bisogno a cui è impossibile rinunciare, espressione di una problematica identitaria, funzionale al mantenimento dell'integrità del vissuto corporeo; spesso queste persone modificano senza tregua la propria pelle senza mai essere del tutto contente del risultato finale, perché in realtà l'insoddisfazione corporea viene da dentro: a essere sofferente e bisognosa di cambiamento non è la pelle, ma la psiche.

E' di nuovo il tema del rapporto tra Mente e Pelle. In quei casi è probabile che la pelle non sia portatrice di messaggi di vita e veicolo di contatto con l'altro, ma il luogo su cui infuria una battaglia che il soggetto

Dafne descrive una metamorfosi che segna il passaggio da un corpo che sente (sente se stesso, sente l'altro) a un corpo che, coperto da una spessa corteccia, si chiude in sé.

Questa trasformazione sembra racchiudere il doppio status della pelle e la sua realtà cangiante: può essere un luogo di scambio e comunicazione, oppure può diventare barriera contro cui si infrangono i tentativi di contatto. Questo dipende da ciò che batte sotto la pelle, e dall'ininterrotto dialogo sotterraneo tra Mente e Pelle. Se consideriamo la Pelle come il confine del nostro mondo interiore comprendiamo la grande importanza che ha la qualità del tocco donato e ricevuto: una calma e calda mano su di una spalla in un momento difficile, conta più di mille parole. La delicatezza e il calore del gesto sono strumenti fondamentali di comunicazione in grado di raggiungere immediatamente l'interno della persona. Come affermava Paul Valéry "Quel che c'è di più profondo nell'uomo è la pelle".

Marilena Pallareti

di Antonio Recanatini



Chiedi di Massimo Troisi

Non è mai fuori tempo parlare di un artista, di un teatrante, di un uomo che seppe congiungere e non mescolare, la poesia alla comicità, la comicità alla poesia. Se sei giovane, chiedi a tuo padre di Massimo Troisi, sicuramente ti risponderà sorridendo. A quel tempo molti sogni parevano ancora possibili, noi di quella generazione avevamo la fortuna di poter ammirare un nuovo Pulcinella in prima serata. Entrava nelle case dalla tv e il silenzio intorno sembrava infinito. .

Al primo cenno, si sentiva qualcuno ridacchiare, il riso si propagava e accompagnava ogni mossa, ogni parola di Troisi. Il teatro, il cabaret, il cinema, la tv e la poesia, ovunque cospargeva talento, arte e la napoletanità, mai troppo decantata e mai tralasciata.

La vita, i modi, l'eleganza, l'ironia di quel comico nato a San Giorgio a Cremano, le sue prime uscite con La Smorfia, insieme a Lello Arena e Enzo Decaro rimarranno per sempre impresse a chi, come me, sognava un mondo migliore e, intanto, rideva di cuore, proprio quel cuore che lo tradì da giovane.

Se sei giovane, chiedi a tuo padre di Massimo Troisi, si fermerà a pensare a quel mondo così diverso, a quella maschera blasfema, ma mai offensiva, a quel disprezzo artistico verso la borghesia, accompagnato dalla risata collettiva. "Troisi che ne pensi del terremoto in Campania?"

"Picchè tu i visti mai nu terremoto a Montecarle?"

A lui serviva poco, gli bastava aprire l'album dei ricordi per trovare il volo da offrire a quell'Italia, non senza il rispetto dovuto per la rabbia dell'uomo qualunque. Il suo "dialogo con dio", la scanzonata anima da ribelle, l'innato senso dell'umorismo e la pausa come momento folgorante, dipinsero di bei colori l'entusiasmo e l'ambizione di noi fuori dal coro.

"Gli americani per aiutare il cinema, fanni li guerre e quande ni fanne li invendine, come guerre stellari; tenne pure o presidente ch'ere n'attore: Reagan".

Se sei giovane, chiedi a tua madre di Massimo Troisi, avrà un sussulto, perché ricorderà dei dialoghi tra il postino e Pablo Neruda, la poesia e la grandezza di un mito, mai troppo fuori dagli schemi perché seguiva la sua direzione e colpiva duramente l'anima del sistema.

A volte mi sembra di esagerare quando parlo di lui, ma non ricordo persone che l'abbiano denigrato. A quel tempo dalle mie parti, ogni estate veniva una famiglia napoletana in vacanza. Entrarono subito nelle abitudini del posto, subito si conquistarono la simpatia di tutto il quartiere. Un'estate dei miei 13 anni, un giornale pubblico parecchi miei lavori, di cui un po' mi vergogno ancora oggi. A parte il misero successo tra gli amici, potevo contare sul consenso di questa famiglia napoletana, anzi del padre di Nicola, Augusto. Un giorno afoso di tanti anni fa, mi fece un appunto "ma hai scritto mai una poesia per Massimo Troisi?"

Mi piacque subito l'idea, ma non credevo d'essere all'altezza. Ogni volta che tornavano in vacanza, Augusto mi chiedeva "ma hai scritto la poesia per Troisi?" e ogni volta inventavo una scusa.

L'anno dopo la sua morte, finalmente la scrissi. Era il 1995, ma quell'estate la famiglia napoletana non venne, per motivi da tenere in un cassetto, infatti anche la poesia finì in un cassetto.

Ho immaginato Troisi, con quella calzamaglia nera a parlare con gli altri defunti, in un giardino immaginario delle sue parti.

Il battito del tempo malato

Una volta pensavo al tempo, al tempo che poteva fuggirmi di mano e avevo paura, ora no, temo l'arresto.

Sapevo di dover bruciare le tappe e godermi poco.

Non conoscevo le bandiere del mondo e non c'erano troppe panchine qui, sorridevo alla vita ovunque fossi.

C'era un tempo in cui ero felice, un tempo non conoscevo la fine, ovunque fossi.

Guardate che mi sto forzando a parlare italiano, io non dovrei conoscere sta lingua vostra!

Pensavo a come è strano, saper d'esser stati parcheggiati al mondo, che tutto era stato deciso, prima che potessi scegliere.

Ho imparato a sorridere, perché mi gratificava, non il mio, ma quello che riuscivo a strappare. La vita mi ha reso strano, volevo fare il poeta e mi sono ritrovato comico e Napoletano.

Sono nato pigro e nel tempo son peggiorato, non ho mai denunciato chi mi derubava quel che avevo apparteneva agli altri.

Non sono stato come gli altri giullari.

Non sapevo cantare, a memoria ricordavo solo i nomi, alla fine è stato il tempo a decidere tutto. Ad un tratto la favola è finita e Tutti i napoletani so tornati bastardi, io non posso difenderli da qui, "saprei bene cosà ricere io a chisti".

No, non tengo più rancore, si muore per riposare, nun ppe fa' atre guerrè.

Ma se è risorto Cristo, peccché nun dovrèbbe risorger Massimo Troisi?

Stai pensando a un tuo soggiorno in TOSCANA

Bed&Breakfast Podere Rigopesci n°8 Monticchiello di Pienza 53026 Siena
valdorcias@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 Valdorcias 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.

LAVORATORI USA, GENOCIDIO TRAMITE RICETTA

Nessuno conosce il numero totale di decessi di cittadini statunitensi provocati, negli ultimi 20 anni, da overdose di farmaci e dall'interazione fatale tra medicinali, soprattutto narcotici per il dolore prescritti dai medici o di altra provenienza, ma partiamo da una cifra tonda prudenziale di 500.000 vittime appartenenti alla classe lavoratrice, in maggioranza bianchi e sfidiamo l'autorità a fornire delle statistiche autentiche, con definizioni reali. Il numero, di fatto, potrebbe essere molto più elevato, se si includono le morti causate dalla polifarmacia e da "errori di medicazione" che si verificano in ospedali e case di riposo.

Essenzialmente, questa epidemia è stata promossa, sovvenzionata e protetta dal Governo a tutti i livelli e riflette la protezione di un mercato medico - farmaceutico privato selvaggio che massimizza il profitto.

In nessun'altra parte del mondo si verificano questi fatti, per esempio, nonostante la sua inclinazione per l'alcool, l'obesità e il tabacco, la popolazione britannica è stata risparmiata da questa epidemia, essenzialmente perché il sistema sanitario nazionale è regolato e funziona con un'etica differente: il benessere del paziente è valutato al di sopra dei meri profitti; tutto questo, probabilmente, non si sarebbe sviluppato negli Stati Uniti se si fosse implementato un sistema sanitario nazionale unificato.

In questo documento, si identificheranno:

- 1) le conseguenze a lungo termine delle morti indotte da farmaci su vasta scala
- 2) la dinamica della "transizione demografica tramite overdose"
- 3) l'economia politica della dipendenza da oppiacei. Non saranno citati cifre o rapporti, poiché sono ampiamente disponibili, pur essendo dispersi, incompleti e in generale privi di una struttura teorica utile a comprendere o affrontare il fenomeno.

Concluderemo discutendo se ciascuna "morte per ricetta" debba essere vista come una tragedia individuale, da piangere in privato o come un crimine



delle corporation alimentato dall'avidità o anche come un modello su vasta scala del "darwinismo sociale" guidato dall'apparato decisionale di una élite.

Dall'avvento dei grandi cambiamenti politico-economici indotti dal neoliberismo, la classe oligarchica degli USA si scontra con il problema di una estesa popolazione di milioni di lavoratori emarginati e potenzialmente conflittuali, ex membri declassati della classe media, resi superflui dalla "globalizzazione" e di una popolazione rurale di poveri che affonda sempre più nella miseria.

Un modello simile era emerso agli inizi della crisi dell'AIDS, quando il governo di Reagan ignorò deliberatamente le morti in aumento tra i giovani statunitensi, specialmente tra le minoranze,

adottando un approccio moralista volto a colpevolizzare le vittime, fino a quando l'influente e organizzata comunità omosessuale pretese che il governo agisse.

Escalation e portata delle morti da farmaci.

Agli inizi della crisi medici e patologi erano in maggioranza propensi alla negazione e sottoposti a pressioni affinché certificassero i decessi improvvisi come "naturali dovuti a condizioni pregresse", nonostante le incontestabili evidenze di prescrizioni esagerate da parte dei medici locali.

Quindici o venti anni fa, le famiglie delle vittime, isolate nei loro piccoli paesi, potevano trovare un piccolo conforto a breve termine nel leggere il termine "naturale" abbinato alla morte dei loro cari; è comprensibile che una diagnosi di morte per overdose di sostanze comportasse una tremenda vergogna personale e sociale tra i membri delle famiglie rurali e delle piccole città della classe lavoratrice bianca che avevano sempre associato i narcotici con le minoranze urbane e con la popolazione criminale.

Negli ultimi decenni, sotto il neoliberismo, i budget sanitari delle contee rurali sono stati saccheggianti per mezzo di imprese promotrici di programmi di austerità. Al loro posto,



GENOCIDIO TRAMITE RICETTA

CONTINUADA PAG. 42

il governo federale ha ordinato che fossero implementati piani assurdi e costosissimi per fare fronte al "bioterrorismo".

Le recenti tendenze dimostrano che le morti per farmaci (dovute sia a overdose di oppiacei, sia a interazioni fatali con altri farmaci e alcool) hanno avuto un forte impatto sulla composizione della forza lavoro locale, sulle famiglie, sulle comunità e sui quartieri; ciò è riscontrabile nelle vite dei lavoratori, la cui vita personale e lavorativa è stata pesantemente alterata dalla delocalizzazione delle fabbriche, ristrutturazioni aziendali, tagli dei salari e dei benefit sanitari. I tradizionali sistemi di supporto che fornivano aiuto ai lavoratori danneggiati da queste tendenze, quali sindacati, assistenti sociali e servizi di salute mentale sono stati o incapaci o privi della volontà di intervenire sia prima, sia dopo la comparsa del flagello della dipendenza.

La dinamica demografica della morte indotta da farmaci

Quasi tutti i rapporti pubblicati ignorano la demografia e la differenza di impatto in funzione delle classi sociali dei decessi relativi a farmaci prescritti; la maggioranza dei morti per droghe illegali era in precedenza dipendente da narcotici legali prescritti. La maggior parte delle vittime è composta di persone con bassi salari, disoccupati o sottoccupati della classe lavoratrice bianca.

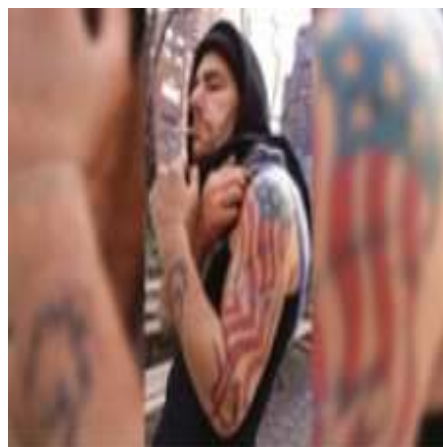
Qualsiasi sogno di stabilire una vita familiare in salute con un solo salario nel "cuore dell'America" sarebbe accolto da una risata. Si tratta di un'enorme fetta della popolazione nazionale che ha sperimentato un forte calo dei suoi standard di vita a causa della deindustrializzazione. Le vittime di overdose fatali sono in maggioranza maschi bianchi in età lavorativa, ma c'è anche un'ampia proporzione di donne della classe lavoratrice, spesso madri con bambini. C'è stato pochissimo dibattito sull'impatto di un decesso da overdose di una persona in età lavorativa sulla famiglia allargata, che comprende le nonne sulla cinquantina; in questo segmento demografico, le donne spesso forniscono coesione e



stabilità a diverse generazioni a rischio.

In apparenza, la popolazione statunitense appartenente alle minoranze è, per il momento, sfuggita all'epidemia. Neri e ispanici sono stati depressi ed economicamente emarginati per molto più tempo e il minore tasso di decessi per farmaci da ricetta fra la loro popolazione potrebbe riflettere una maggiore resilienza; sicuramente, riflette un minore accesso al settore medico privato tendente all'eccesso di prescrizioni, un lugubre paradosso per il quale l'abbandono medico potrebbe essere definito "benigno".

Sebbene nel campo della sanità pubblica e nei dipartimenti di studi universitari sulle minoranze vi siano poche ricerche sociologiche basate sulle classi sociali che studiano e comparano le tendenze al decesso per overdose tra le minoranze urbane e rurali o le piccole città bianche, l'evidenza aneddotica e l'osservazione personale suggeriscono che le popolazioni urbane delle minoranze hanno più probabilità di fornire assistenza a un vicino o a un amico vittima di sovradosaggio rispetto alla comunità bianca, dove è più probabile che chi è dipendente da sostanze sia isolato e abbandonato da



membri della sua famiglia che si vergognano della sua debolezza.

Dopo decenni di lotte per i diritti civili, le minoranze sono probabilmente più disinibite nel far valere i loro diritti in relazione alla fruizione di tali risorse pubbliche; può anche esserci una cultura della solidarietà più forte nella prestazione di assistenza tra le minoranze emarginate o una maggiore coscienza delle conseguenze derivanti dal non portare un vicino al pronto soccorso; questi meccanismi di sopravvivenza urbana sono stati, in grande misura, assenti nelle zone rurali bianche.

Tutto ciò è prodotto di decisioni esecutive private:

- 1) delocalizzazione delle imprese produttive dagli USA all'estero o in zone distanti e non sindacalizzate del Paese;
- 2) costringere i lavoratori prima ben remunerati ad accettare posti di lavoro con salari più bassi;
- 3) sostituzione dei lavoratori statunitensi con immigrati qualificati e non qualificati o con mano d'opera temporanea malpagata;
- 4) eliminazione dei benefit relativi a pensioni e sanità;
- 5) introduzione di nuove tecnologie (compresi i robot) che tagliano la mano d'opera rendendo superflua la prestazione dei lavoratori umani; questi cambiamenti nelle relazioni tra capitale e lavoro hanno creato enormi profitti per gli alti dirigenti e per gli investitori, mentre producono esuberanti nella forza lavoro, il che comporta una pressione ancora maggiore sui lavoratori al primo impiego e su coloro che hanno già un'anzianità di servizio.

Non ci sono stati programmi efficaci di protezione del lavoro e/o di creazione di posti di lavoro sostenibili per affrontare i decenni di calo del lavoro ben remunerato; i buoni lavori sono stati sostituiti con quelli a salario minimo nei servizi, i cosiddetti Mac Jobs o con lavori temporanei a basso salario nelle manifatture, senza benefit né protezione.

In tutta questa devastazione, programmi pubblicizzati in maniera estremamente dispendiosa, come Start-Up New York, hanno fallito nel creare posti di lavoro decenti, mentre i politici dello Stato hanno goduto di pubblicità gratuita, poiché le spese di centinaia di milioni per la promozione di questi programmi sono state coperte con denari pubblici.

CONTINUATA PAG. 44

GENOCIDIO TRAMITE RICETTA

CONTINUA DA PAG. 43

Parallelamente all'aumento di dipendenze da oppiacei, c'è stato un aumento astronomico nella prescrizione di medicinali psicotropi e antidepressivi, anche questi altamente redditizi per la grande industria farmaceutica; la modalità di prescrivere tali potenti e potenzialmente pericolosi medicinali che alterano l'umore agli americani che sperimentano una mobilità sociale al ribasso, per "trattare" o attenuare normali stati d'ansia e reazioni al deterioramento delle loro condizioni materiali, ha avuto profonde conseguenze.

Mentre un lavoro dignitoso con un salario decente avrebbe potuto trattare con efficacia e senza effetti collaterali sgradevoli o pericolosi la disperazione dei lavoratori emarginati, la comunità medica e i servizi di salute mentale hanno sistematicamente indirizzato i loro pazienti verso la grande industria farmaceutica; come risultato, le analisi tossicologiche post mortem evidenziano, nei casi di decesso da overdose di oppiacei, l'assunzione di molteplici medicinali psicotropi e antidepressivi prescritti, oltre che di narcotici.

La politica economica delle morti per overdose

Quando i resti di una vittima di overdose giovane (uomo o donna), appartenente alla classe lavoratrice, è portato all'obitorio, il decesso è classificato come "autoinflitto" o "accidentale" per overdose di oppiacei e si mette in moto una grande macchina di copertura. La sequenza che ha condotto al decesso è avvolta nel mistero e non si tenta neppure di comprenderne in profondità i fattori socioculturali ed economici; invece, si incolpa la vittima o la sua cultura per il risultato finale di una complessa catena di decisioni dell'élite economica e di manovre politiche, delle quali la morte prematura di un lavoratore è solo un danno collaterale. La comunità medica, in questo processo, si è limitata a funzionare da cinghia di trasmissione invece di essere un soggetto al servizio del pubblico.

La grande maggioranza delle vittime di morte per overdose è, in realtà,



composta da vittime di decisioni e perdite ampiamente fuori dal loro controllo; le loro dipendenze hanno abbreviato le loro vite, così come hanno offuscato la loro comprensione degli avvenimenti e minato la loro capacità di impegnarsi nella lotta di classe per invertire questa tendenza; è stata una soluzione perfetta per i prevedibili problemi demografici del brutale neoliberismo negli USA.

La produzione di massa di narcotici da parte dell'industria è stata uno degli affari più redditizi; le catene di farmacie soddisfano le ricette prescritte da decine di migliaia di dottori, dentisti, infermieri e assistenti medici che hanno solo una quantità limitata di tempo per esaminare un lavoratore infortunato.

Le condizioni di lavoro deteriorate creano la lesione e i lavoratori si trasformano in consumatori del sollievo miracoloso fornito dalla grande industria farmaceutica (l'ossicodone o simili), promosso per un decennio dai venditori come farmaco che non dà dipendenza; una lunga lista di professionisti con alto livello di istruzione, tra i quali vi sono medici, esaminatori medici e patologi, provvede a nascondere con cura la causa reale,



cioè le decisioni delle grandi imprese, allo scopo di mettersi al riparo dalle loro rappresaglie nel caso dovessero far scattare l'allarme. Dietro la facciata scientifica, si nasconde un "darwinismo sociale" che pochi sono disposti ad affrontare.

Solo recentemente, in seguito ad un numero incredibile di ricoveri e morti da overdose di narcotici, il governo federale ha cominciato a stanziare fondi per la ricerca; i ricercatori universitari hanno iniziato a raccogliere e diffondere dati sulla crescente epidemia di morti per oppiacei e forniscono mappe scioccanti delle contee e delle regioni più colpite; si uniscono al coro che chiede alle agenzie federali e statali di partecipare più attivamente alla solita panacea fatta di "educazione e prevenzione". Questo fervore di attivismo arriva con due decenni di ritardo e puzza di cinismo.

I fondi per la ricerca su questo fenomeno non porteranno ad alcun programma efficace a lungo termine per fare fronte a queste piccole "crisi del capitalismo" che colpiscono la comunità; non c'è nessuna istituzione disposta ad affrontare le cause fondamentali: la devastazione delle relazioni tra capitale e lavoro negli Stati Uniti capitalisti del nuovo millennio, la natura corrotta dei vincoli tra stato e corporation farmaceutiche e il carattere caotico del nostro sistema sanitario privato, orientato al profitto. Pochissimi scriveranno che un servizio sanitario nazionale, pubblico e unico avrebbe in tutta evidenza evitato, sin dall'inizio, l'epidemia.

Conclusioni

Perché le élite capitaliste dello stato e le industrie farmaceutiche sostengono un processo che ha elevato a grande scala le morti a lungo termine dei lavoratori e dei loro famigliari negli USA rurali e nelle piccole città?

Le corporation ottengono miliardi di dollari di profitti dal "declino naturale" dei lavoratori licenziati: la riduzione dell'occupazione e delle prestazioni sociali (piani sanitari, pensioni, ferie o programmi di formazione al lavoro) permette ai datori di lavoro di aumentare profitti, capital gains e bonus per i dirigenti; si eliminano i servizi pubblici, si riducono le imposte, si riducono i lavoratori e, quando servono, li si può importare dall'estero (completamente formati), per

CONTINUA A PAG. 45

GENOCIDIO TRAMITE RICETTA

CONTINUA DA PAG. 44

impiegarli temporaneamente in un "libero mercato del lavoro".

I capitalisti guadagnano ancora di più con i benefici della tecnologia (robot, informatizzazione, ecc.) assicurandosi che i lavoratori non godano di riduzioni dell'orario di lavoro né di aumento delle ferie come risultato della loro maggiore produttività: perché condividere i risultati dell'aumento di produttività con i lavoratori quando li si può semplicemente eliminare? I lavoratori insoddisfatti possono ripiegarsi su sé stessi o "prendersi una pastiglia", ma mai organizzarsi per riprendere il controllo della loro vita e del loro futuro.

Gli esperti in elezioni e le autorità politiche possono affermare che i lavoratori statunitensi bianchi rifiutano i principali partiti del sistema perché sono "arrabbiati" e "razzisti"; sono i lavoratori che ora guardano a Donald Trump. Tuttavia, un'analisi più approfondita rivelerebbe il loro rifiuto razionale verso leader politici che si sono rifiutati di condannare lo sfruttamento capitalista e di affrontare l'epidemia di morti per overdose.

Questo vero e proprio genocidio attraverso i narcotici in corso contro i lavoratori bianchi e i disoccupati nelle piccole città e nelle zone rurali degli USA ha una base classista, è la soluzione perfetta delle corporation a un'eccedenza di forza lavoro; è ora che i lavoratori americani e i loro leader si sveglino rispetto a questa crudele realtà e che resistano a questa guerra di classe unilaterale, altrimenti continueranno a piangere altre morti premature nel loro stesso silenzio intorpidito dai farmaci. Ed è ora che la comunità medica chieda un sistema pubblico e nazionale responsabile della salute, che metta al primo posto il paziente, che faccia prevalere il servizio sul profitto e la responsabilità sul silenzio complice.

Di **James Petras**
e **Robin Eastman-Abaya**

Articolo originale:
<http://petras.lahaine.org/?p=2091>

Sintesi redazionale- Traduzione di
Gorri per "Lavoro e Salute"

Nelle carceri italiane, dati aggiornati al 1° aprile 2016, si svolgono attività di consulenza e di trattamento sanitario su circa 22.500 detenuti, con la seguente ripartizione:

- Come attività di consulenza, vi è l'osservazione della personalità su 14.912 detenuti (in stato di detenzione, internati e condannati in stato di libertà). Inoltre, si svolgono indagini socio/familiari su un totale di 6.213 casi.

- Circa l'attività di trattamento sanitario è svolto su 647 condannati in stato di detenzione, su 328 famiglie e su 404 casi non ulteriormente specificati.

Un detenuto su due soffre di una malattia infettiva, mentre uno su tre di un disturbo psichiatrico.

Nei piani del Legislatore del 2008, la riforma della sanità penitenziaria doveva perseguire l'obiettivo fondamentale di equiparare il diritto alla salute dei detenuti a quello garantito ai cittadini liberi.

Ma, a distanza di otto anni, troppi sono i casi di salute negata. Solo nel carcere di Massa Carrara, all'inizio del 2015, è stato avviato un progetto pilota grazie al quale i detenuti possono scegliere il medico di fiducia tra quelli operanti all'interno della struttura, mentre uno sportello informativo sanitario consente ai familiari di monitorare le condizioni di salute del congiunto in carcere, attraverso colloqui con i medici, previo consenso dell'interessato.

Il giuramento di Ippocrate dice: "medico, ricordati che il malato non è una cosa, o un mezzo, ma un fine,

Sanità negata

Il diritto alla salute in carcere

un valore, e quindi comportati di conseguenza". In carcere il malato detenuto è un malato sfortunato. Una persona in libertà quando è ammalata riceve cure e assistenza e, di norma, può essere sicura di ricevere attenzione dalla propria famiglia, mentre al paziente in carcere l'attenzione si trasforma in disprezzo, il male in vergogna.

Il prigioniero malato non gode della pur minima protezione e gli si fa pure una colpa della sua malattia. Al minimo lamento e tentativo di conforto per un motivo normalmente di nessuna importanza, la malattia gli viene rinfacciata come una colpa e viene additato come simulatore. Viene cacciato dal gruppo dei veri ammalati perché bugiardo, cattivo, meschino, senza valore. E qualunque disturbo possa lamentare, ormai non gli si crede più. Purtroppo il detenuto malato è come un cieco a cui si rimprovera di non vedere. In carcere per non affogare devi lottare, devi lottare per qualsiasi cosa e scrivere per far sentire la tua voce.

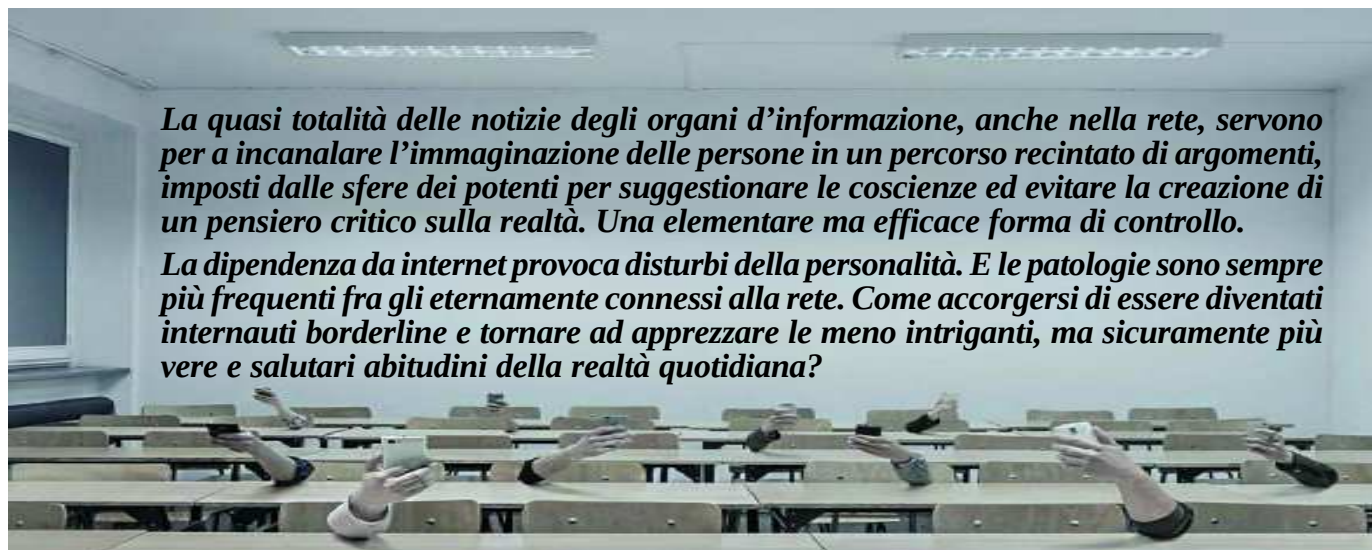
Nell'Ordinamento Penitenziario, all'articolo 11, si legge: "L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati". In realtà, la sanità in carcere è cattiva, mostruosa, sadica.

Marilena Pallareti



Perché 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 quasi totalità delle notizie degli organi d'informazione, anche nella rete, servono per a incanalare l'immaginazione delle persone in un percorso recintato di argomenti, imposti dalle sfere dei potenti per suggestionare le coscienze ed evitare la creazione di un pensiero critico sulla realtà. Una elementare ma efficace forma di controllo.

La dipendenza da internet provoca disturbi della personalità. E le patologie sono sempre più frequenti fra gli eternamente connessi alla rete. Come accorgersi di essere diventati internauti borderline e tornare ad apprezzare le meno intriganti, ma sicuramente più vere e salutari abitudini della realtà quotidiana?

Confusione, smarrimento, ansia. Insonnia. Tremore e totale mancanza di concentrazione. Ti parlano, ma stai pensando ad altro, oppure non pensi affatto. Non sei in grado di farlo. Non si tratta di mal d'amore, né di tasse in scadenza, neanche di Alzheimer precoce. Succede che la ram dello smartphone non risponda più alle funzioni, inibendo l'utilizzo di tutte le app. O che la scheda madre del pc sia danneggiata. Per giorni in assistenza e la nostra vita connessa si ferma. Può succedere, in particolari condizioni di dipendenza, che ci troviamo ad essere colpiti dallo Iad, acronimo di "Internet Addiction Disorder". Una vera patologia causata dall'eccessivo uso dei mezzi informatici che offrono la connessione internet.

Una sindrome non rara. Chi trascorre la maggior parte del suo tempo nella rete potrebbe esserne colpito. Il problema non sta nelle app, né nel sistema Android, o nell'Iphone, ma nell'uso smodato che si fa di questi strumenti. Come se la nostra vita si sdoppiasse in due realtà, la reale e la virtuale, ma forse non è ancora questo il problema che conduce allo Iad, è che la vita virtuale inquina le sinapsi a tal punto da superare quella reale, diventando poi inesorabilmente l'unica realtà.

Come si finisce nell'obnubilamento del reale e nell'interruzione spasmodica del normale scorrere delle attività della nostra giornata per navigare nella rete? Quale virus che genera una così forte dipendenza si è inserito e radicato nella nostre pulsioni, sì da non poter fare a meno di connetterci per leggere l'ultima mail? O controllare quanti like approvano i nostri post o visualizzare i msg su whatsapp, l'ultimo gettonatissimo prodotto digitale? Si chiama disturbo compulsivo ossessivo,

"Mi connetto... ergo sum" Tutti i danni di internet

problema con difficile soluzione, tranne che con la volontà.

Come siamo finiti nella tagliola della rete non è poi così misterioso e non occorrerebbe uno stuolo di esperti dei comportamenti umani con il lungo elenco dei disturbi derivanti dall'uso delle tecnologie, per capire le motivazioni del disturbo. Basterebbe osservare e analizzare la realtà e ciò che avviene abitualmente nel tessuto sociale in cui viviamo, specie nelle metropoli. Sarebbe sufficiente visitare uno store center e entrare in quei mega, ultratecnologici esercizi pubblici, dove per effetti allucinogeni, dovuti all'ultimo modello della "mela", si dimenticano tutti gli effetti della crisi economica mondiale.

Nell'era della globalizzazione, illusorio fenomeno di mercato che offre a tutti le stesse possibilità di acquisto, smartphone, tablet e pc sono già inseriti nelle culle, così che anche i lattanti possano essere connessi, oltre che alla "tetta" materna, contemporaneamente al touch screen.

Da dove ha origine questa dipendenza? Quali gli apparenti apporti positivi nella nostra vita personale e nelle relazioni sociali? Perché la frequentazione della rete spesso ci dà euforia esaltando i nostri sensi e ci offre pronta autostima, bypassando così, almeno fino allo Iad, la parcella dello psicologo? "Elementare Watson", per dirla alla

Sherlock Holmes. È' chiaro che lo Iad assale particolarmente le persone più fragili emotivamente e socialmente. Inoltre s'instaura facilmente nella fascia d'età giovanile ove la personalità è più attaccabile da impulsi esterni che offrono sfere ludiche a gogò, piuttosto che oneri, impegni e problematiche.

Il battesimo della rete, avviene con l'accessibilità rapida. Tutti vi possono accedere, perché tutti possono facilmente possedere quegli strumenti. Ne nascono anche fenomeni di "mala educacion" evidenti. Pensiamo al bimbo, nella primissima infanzia, che viene letteralmente imboccato da nonne premurose e madri ansiogene, mentre gioca con le ultime app scaricate sul costosissimo Iphone paterno. Accetta di nutrirsi solo a questa condizione.

La dipendenza dalla rete è in agguato e crescerà insieme al pargolo, che sarà sì, ben pasciuto, ma rischierà lo Iad nell'adolescenza. O pensiamo anche a un convivio in cui ognuno dei commensali sta guardando il suo whatsapp. Ne derivano, in tal caso, anche boutade che sfiorano l'assurdo e che possono tramutarsi in fenomeni pestiferi nei rapporti di coppia, scatenando perfino rotture coniugali. Senza voler toccare il triste fenomeno del cyberbullismo, che nutre le cronache nere di agghiaccianti episodi.

Alla rete si accede ovunque c'è un

Tutti i danni di internet

CONTINUADA PAG. 46

telefonino (ma non doveva servire solo al "Call"?) o un pc o un tablet e in un attimo qualsiasi azione della quotidianità non può più essere un impedimento, anche la più intima. Una "deregulation" dell'uso degli strumenti digitali, a tutti gli effetti.

Altro aspetto che induce alla frequentazione compulsiva della rete è l'onnipotenza del controllo. La comunicazione in rete è totalmente autogestita. Possiamo entrare e uscire a nostro piacimento, controllando al nanosecondo e in tutti dettagli i nostri interventi, ma soprattutto, nel caso di alcuni network, fra cui emerge Facebook, possiamo controllare la vita degli altri. Questo aspetto ci fa sconfinare dalla vita reale, ove spesso siamo o ci sentiamo, out.

La possibilità di controllo della vita altrui, sbirciando foto, controllando parole, pensieri, opinioni degli altri, senza l'obbligo di intervenire, ci fa sentire al sicuro e potenti. Spiamo dal buco della serratura o ci esponiamo eccessivamente agli utenti connessi, selezionando l'immagine che vogliamo mostrare e che spesso non corrisponde alla realtà. Il top più indicativo dell'onnipotenza del controllo consiste nel cancellare con un click chi non gradiamo. Il contrario? Provoca spesso sudorazioni, crisi d'ansia e di riconoscimento.

Anche restare a guardare dietro le quinte provoca esaltazione. L'occhio gigantesco del "big brother" in cui ci rifugiamo sistematicamente per sentirci potenti, cosa impossibile nella realtà. Questo è l'aspetto più pericoloso che genera la massima dipendenza dalla



rete, invertendo in modo psicotico il reale dal virtuale, tantoché, a chi si ammala di Iad, può accadere di non distinguere la dimensione in cui si trova, scambiando per vera una dimensione immaginaria.

Infine la dipendenza dalla connessione in rete si può addurre al forte grado di emozioni che procura. La continua mole di stimoli visivi e i contatti al buio producono più endorfine di un chilo di cioccolata divorata in un battibaleno. È lo "Young Ace (access control encryption) Pattern", una forma di "ecstasy" che induce a restare il più a lungo possibile nella rete e a distaccarsene, quando si è costretti dalla realtà circostante, malvolentieri, ma è anche il craving, quel desiderio compulsivo e ingestibile che solo chi ha una dipendenza fortissima può generare.

Come accorgersi di essere diventati internauti borderline e tornare ad apprezzare le meno intriganti, ma sicuramente più vere e salutari abitudini della realtà quotidiana? Come sopportare, senza l'uso della rete/ecstasy, il vicino "rompi", il datore di lavoro fascista, il canone Rai e Renzi che vuole cambiare la Costituzione?

Se si avvertissero quegli strani sintomi, citati all'inizio dell'articolo, è probabile che siamo in Iad e allora il lettino dello psicologo può essere una soluzione per disintossicarsi.

Se invece il fenomeno della connettività non è perpetuo, siamo ancora in tempo a salvare le sinapsi, dedicandoci, oltre alla navigazione online, anche alla lettura di un buon libro o a salutari relazioni sociali.

Pillole di saggezza e concretezza, quelle dell'abitudine alla lettura dei libri, di un grande scrittore e filosofo, premio Nobel, recentemente scomparso, Umberto Eco. Che non aveva poi tutti i torti quando a Torino, nel 2015, nel corso di una lectio magistralis sulla comunicazione attaccando i social network, disse "I social della rete danno diritto di parola a legioni di imbecilli che prima parlavano solo al bar dopo un bicchiere di vino, senza danneggiare la collettività. Venivano subito messi a tacere, mentre ora hanno lo stesso diritto di parola di un Premio Nobel. È l'invasione degli imbecilli". Scatenò l'inferno nei media, ma, probabilmente aveva ragione.

Alba Vastano

In rete su www.lacittàfutura.it

I controlli a distanza sui lavoratori VIGILANTES AL COMANDO



Dal secco depotenzianamento dell'Art.4 dello Statuto dei lavoratori fino al Jobs Act (e in mezzo l'accordo del 2011 con il governo Berlusconi tra Confindustria e Sindacati) il divieto di controllo a distanza dentro i luoghi di lavoro, già mistificato in questi anni con accordi aziendali che con la scusa della sicurezza, è stato trasformato in dovere dei lavoratori e lavoratrici di poter essere liberamente spiati durante l'orario di lavoro. In tal modo c'è il monitoraggio degli atti quotidiani dei lavoratori, in particolare di quelli politicizzati e sindacalizzati.

Un'altra battaglia dei sindacati non combattuta e quindi persa in partenza, sull'assillo petulante delle aziende e dei vari governi succedutosi negli ultimi vent'anni, senza soluzione di continuità, per aumentare la produttività del singolo lavoratore, a prescindere dall'organizzazione di lavoro, dalla sicurezza sul lavoro, dagli organici sempre più ridotti. Viatico per operare questa manomissione della privacy di un mondo del lavoro, come quello italiano, che ha già da decenni il record di produttività in Europa, è stata il cieco consenso dei sindacati maggiori sulla condivisione dell'aumento della produttività collettiva, negandosi di fatto il controllo contrattuale sulla pressione concreta e psicologica sul singolo, giustificato da un sistema salariale di incentivi aziendali sempre più individuale corruttivo del bisogno materiale.

Se non vogliamo definirlo mobbing di massa, come lo decliniamo?

Red.

monologo di un etilista

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

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

Massimo ci rise sopra "gli anni più belli, proprio quelli destinati a rimanere un ricordo. Giusi è una brava persona. Sei tu a non credere più in te. Quella donna ti vuole bene".

Renato alzò il bavero dell'impermeabile e si staccò dalla discussione, non prima d'aver risposto a tono "lo so, lo so benissimo! Io non bevo per dimenticare, forse lo fanno gli altri; io bevo per trovare il coraggio di perdonarmi. Su Giusi non saprei più cosa dirti, ci penserò. Ciao Massimo. In ogni caso, tu sei sempre l'amico immaginario più rompipalle del pianeta.. Sparisci per un po'".

Riprese la via del ritorno, deciso a riconquistare la porta di casa, purtroppo un lampione lo illuminò più del dovuto. Si fermò sul posto, mise le mani in tasca e invocò i suoi demoni "Possiamo disperarci all'infinito, collegare il malumore a quel che intorno gira, rovesciare i principi e accontentarci delle briciole, dell'illusione iniettata a gocce. Possiamo staccare la spina dalla realtà e sviolinare invettive più o meno illustri, abituarci a servire come farebbero gli schiavi, sottoporci alle torture e convincerci di aver scelto la via migliore.

Non di sole parole e non di sola azione è stato concepito l'uomo, per cui a ogni lamento seguirà una tentazione, un obbligo o un vezzo, vittimismo o negazione. Facciamo attenzione cari, di questo passo ci ritroveremo ad applaudire il passaggio dei soldati, appena usciti da una battaglia con il popolo".

Aprì l'impermeabile e riprese il cammino, sommerso da un'ondata di calore, immaginando Giusi sotto le coperte. A casa si addormentò vestito, quella era una delle tante notti senza volante, le peggiori.

Qualche sera dopo, uscì dopo cena e si diresse verso casa di Giusi. La serata era limpida, il sole pareva non voler uscire di scena, mentre la luna sfilava come una modella tra le stelle. Prima di citofonare, fece un giro tra le sue ossessioni e decise che chiamarla non rientrava tra i suoi



parte 9

bisogni impellenti, forse solo per non urtare vecchie ferite.

Devì il passo e superò l'ostacolo, ma non la premonizione concessa alle sole donne. Lei lo vide dalla finestra e lo chiamò "Professò, ma state a fare le finte? Io costo poco e a lei faccio pure lo sconto".

Renato, preso in castagna, non seppe far altro che ammettere "ho pensato di venirti a prendere per uscire insieme. Volevo portarti in un bar diverso, più chic del nostro. Uno di quelli che stanno in centro, ma non ho la macchina, mi hanno ritirato la patente, quindi sono sempre il solito sfigato. Scusami, amica mia!"

A quelle scuse, seguì il saluto e un veloce, sontuoso, sonoro e umiliante dietrofront, a testa bassa. Giusi non era una donna da poco, conosceva il maestro come conosceva il suo bisogno primario: di sentirsi importante come presenza e non come dileggio, possesso e addio. Lo richiamò a sé con il tono di voce cresciuta in strada, sopra le righe "professò, adesso manco più ti fermi a sentire la risposta? State nervoso?"

Renato arrestò la sua fuga e la fissò, sembrava che quel passaggio dal tu al voi, cadenzava il suo mutamento da uomo a rimbecillito.

Le disse poco meno di quel che l'arrovellava "ricominciamo allora! Giusi, ti va di uscire con questo

vecchio squilibrato? Andiamo dove vuoi tu. Se hai da fare non mi offendo, ripasserò domani-.

Lei diede un'occhiata all'orario e rispose "ho da fare per un po', aspettami al bar. Verrò sicuramente!"

Il maestro si riappropriò del vociere interno e si diresse dove la sua Giulietta aveva indicato. Entrò dentro il bar e Romeo, dopo aver dirottato un bicchiere di whisky al fegato, lo prese di mira "Professò, tu ami Dario Fo? Certo che lo ami.

Voi saputi non ricordate quello che successe dopo Piazza Fontana e dopo che Pinelli volò dal balcone. Io lo ricordo bene. Tutta la sinistra dei professori puntò il dito verso Calabresi e lasciarono in sospeso Piazza Fontana, ne parlavano poco, molto meno di quel commissario sfigato.

Questo non lo dite mai, voi siete quelli che cadono sempre in piedi. Quelli come te potevano manovrare la rabbia della gente e vi siete venduti".

Renato bevve il primo bicchiere di rosso e rispose "mi vedi bene? Io neanche so quello che successe. Adesso mi porta solo dolore ripensarci. Fatti un altro bicchiere alla mia salute". Romeo accettò di tenergli compagnia "pago io il primo, se permetti! Noi proletari siamo sempre

CONTINUA A PAG. 49

monologo di un etilista

CONTINUADA PAG. 48

ultimi, almeno per il primo brindisi voglio il posto d'onore".

La risata coinvolge anche Daniele che di unì al brindisi "allora andiamo a whisky stasera". I brindisi si susseguirono alla velocità di uno scippo, infatti s'inserì un noto ladro di professione, amico d'infanzia "voglio starci pure io a sta bevuta". "Prego Nico, sei di nostri". Rispose Romeo, senza chiedere consensi. La discussione si accese sulla tema giustizia, molto sentito in periferia e il nuovo arrivato aveva molto da recriminare "io devo ancora scontare sei anni per rapina a mano armata. Giorni fa, un tipo gli hanno dato tre anni per lo stesso reato. Questi giudici non sanno neanche

loro, danno gli anni come stessero dando caramelle". Daniele aggiunse del suo "ho fatto tre processi per truffa con le assicurazione, mente i signori politici la passano liscia per reati come gravi. Mai creduto alla giustizia". Renato avrebbe potuto dire molto, raccontare di sé, ma il whisky non era la sua bevanda, per cui si curvò su se stesso. Romeo lo tenne su, Nico avvicinò una sedia, ma niente il maestro cade a terra esausto, abbattuto come un albero durante una forte tempesta. Il bar intero ebbe una scossa, ognuno apportò un consiglio personalissimo "solleategli la testa", "copritegli il collo", "adesso che sta a terra alzategli le gambe". Daniele decise per l'ambulanza. Arrivò dopo dieci minuti, scesero tre ragazzi con le tute rosse e si avvicinarono a Renato disteso a terra. Dopo un primo controllo, lo caricano in barella per portarlo all'ospedale. Giusi mancava.

Prima n. 3 - giugno 2015
Seconda n. 4 - settemb. 2015
Terza n. 5 - novembre 2015
Quarta n. 1 gennaio 2016
Quinta n. 2 marzo 2016
Sesta n. 3 maggio 2016
Settima n. 4 luglio 2016
Ottava n. 5 settembre 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

Il traffico di organi umani, soprattutto di minori va a gonfie vele. Non a caso, proprio in Italia sono svaniti nel nulla durante l'anno 2015, più di 6 mila fra bambini e adolescenti. Si tratta di migranti non accompagnati sbarcati nel belpaese senza nessun familiare, collocati dai tribunali per i minori nelle strutture di accoglienza. Per il governo tricolore sono ormai "irreperibili". Nessuno li cerca e non risulta che abbiano varcato la frontiera in senso contrario; insomma non sono andati all'estero e non ci sono stati ricongiungimenti familiari.



Col cuore coperto di neve. Il racconto sui traffici di carne umana

Segnaliamo l'uscita dell'ultimo lavoro di Silvestro Montanaro "COL CUORE COPERTO DI NEVE". Silvestro Montanaro è un giornalista che abbiamo avuto modo di apprezzare per avere con coraggio raccontato i lati nascosti della globalizzazione neoliberista e del colonialismo vecchio e nuovo che i nostri media tendono a rimuovere. La sua trasmissione C'era una volta, vergognosamente chiusa dalla Rai nel 2013, era una finestra aperta sui tanti sud del mondo. La sua controinformazione, mai faziosa ma sempre non allineata, evidentemente era troppo atipica nell'attuale panorama informativo.

Per questo segnaliamo il suo nuovo lavoro. "COL CUORE COPERTO DI NEVE" racconto denuncia, con una bella prefazione di Fiorella Mannoia, sui traffici di carne umana, il turismo sessuale e la pedofilia. "Un libro che vi farà piangere e arrabbiare, ma che aprirà gli occhi ed il cuore all'unica speranza. L'impegno di ognuno di noi".

Col cuore coperto di neve. Non trovate il libro nelle librerie.

E' possibile acquistarlo in due versioni. Quella e-book e quella cartacea.

E-BOOK: Amazon libri

LIBRO CARTACEO: scrivere una mail a cittadinidelmondo2016@gmail.com, indicare il proprio indirizzo e arriverà direttamente a casa con posta tracciata

dopo il versamento di 12 euro (10 per il libro e 2 per spese di spedizione) da effettuare usando le seguenti soluzioni:

POST PAY: numero carta 5333 1710 3181 8129 codice fiscale, se richiesto, mntsvs54c26i838x

PAYPAL: silvymonti@yahoo.com BONIFICO BANCARIO: IBAN IT85W0306903355010997690278 intestato a silvestromontanaro

Per organizzare incontri di presentazione del libro "perché divenga uno strumento nella lotta a chi fa scempio di tante vite e della nostra umanità" potete contattare l'autore mandando una mail (silvymonti@yahoo.com) o sulla sua pagina facebook.

Maurizio Acerbo

www.rifondazione.it

Lavoro, alienazione degli ultimi MERCIE E LAVORO

I banconi dei supermercati straripano di "buona" frutta, ma anche di tanti altri prodotti. E spesso sono anche a prezzo stracciato: per un chilo di uva 99 centesimi, per uno di banane, provenienti da ogni angolo del mondo, 69 centesimi, meno di 1 euro e 50 per portarsi via un chilogrammo di kiwi!

Noi ci riforniamo lautamente, ignorando chi è costretto a recuperare gli avanzi dalle pattumiere, perché anche a quei prezzi non può permettersi di acquistarli, ma anche chi ha coltivato, raccolto e trasportato quella merce, per pochissimi centesimi o frazione di essi. E così il coltivatore/raccolgitore sfruttato (dal padrone, da caporale, dal distributore, ...) ci lascia la pelle. Ed è così, per pochi spiccioli, che ci lasciano la pelle (e non solo in modo figurato) gli operatori della "logistica": settore alla ribalta per il più alto grado di sfruttamento e di violazione dei diritti sindacali e "umani", a partire da quello principe: il diritto alla vita!

Ecco spiegata l'assurda morte per investimento del 53enne egiziano, padre di 5 figli, che mentre partecipava



a Piacenza ad una mobilitazione sindacale per rivendicare proprio quei diritti, è stato travolto da un camion condotto da un suo co-sfruttato, aiutato dal padrone di turno. Ed ecco spiegata la non meno assurda perdita della vita del 57enne di Lucca, investito e trascinato da un autoarticolato in manovra guidato da un autista, suo compagno di sventura nel trasporto di frutta "fresca" dai porti di importazione toscani agli innumerevoli centri di distribuzione sparsi nell'hinterland milanese (e di tutta la nazione), in perenne lotta contro il tempo e la produttività: sacro totem dei nostri tempi.

L'esigenza di approvvigionamento di merci di ogni tipo, in sempre minor tempo e sempre più fino a casa nostra ha trasformato il settore trasporti e logistica in un vero e proprio inferno, in cui i vari operatori sono costretti a

sgomitare, con il proprio camion o con quello del padrone (non saprei proprio dire chi è più sfigato), per stringere i tempi di trasporto, violando la legge, mettendo a rischio la propria e altrui incolumità e magari con qualche "aiutino farmacologico" per tenersi sveglio e reattivo. E, una volta giunti a destinazione, accelerare le operazioni di posizionamento in ribalta, di scarico e di esaurimento delle procedure burocratiche, per essere immediatamente pronti per un nuovo "viaggio" verso una nuova piattaforma logistica diventata più pericolosa di un porto di mare e che, come questo, necessiterebbe di un elevatissimo coordinamento tra i diversi attori (in realtà inesistente) e, perché no, di manovratori autonomi che, al pari dei rimorchiatori nel porto, veicolino a destinazione i containers privati della motrice!

I controlli degli organi di vigilanza sulla sicurezza sul lavoro sono sempre più rari e sempre più spesso impegnati ad appurare le cause a posteriori, quando il danno, compresa la morte del lavoratore, è fatto. Nell'ultimo episodio in ordine di tempo, la dinamica degli eventi, dicono le cronache, è ancora in corso, ma le cause, quelle vere, le conosciamo tutti!

Claudio Mendicino
medico (pubblico) del lavoro, Milano

Alcuni degli ARTICOLI, delle INCHIESTE e delle ESPERIENZE in questo numero della rivista cartacea di MD

Per la Morte del Compagno Luigi Mara a cura delle Lavoratrici e dei Lavoratori della ex Montedison di Castellanza e del Centro per la Salute Giulio A. Maccacaro

I complessi rapporti tra alcolismo e povertà

DOSSIER

Donna, Salute, Lavoro

La Costituzione Italiana e il Jobs Act

Una indagine su valutazione dei rischi dei lavoratori e di genere: l'esperienza del Gruppo Donne Salute e Lavoro di Milano con delegate e R.L.S

Donne e mobbing

Gruppo di auto aiuto per il disagio lavorativo

Storie di mobbing sulle donne

Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare

Vi racconto il mio aborto, l'ospedale, il trauma, Medici Italiani Contraccezione e Aborto

LETTURE

Lidia Menapace:

"Io, partigiana - La mia Resistenza"

www.medicinademocratica.it





LA CIOTOLA D'ORO

inserzione concessa gratuitamente

Vasta gamma di alimenti di ottima qualità e appetitosi snacks per i vostri animali domestici.

Tanti accessori, gadget e giochi per i vostri amici. Se qualche prodotto non fosse disponibile faremo il possibile per procurarvelo.

PROMOZIONI E OFFERTE. Vi aspettiamo, saremo contenti di conoscervi. Vittoria ed Eric

C.so Bramante 12
10134 Torino
tel. 011. 3017741
cell. 392.23.23.383

Consegna a domicilio in zona **GRATUITE**



*gusto,
qualità,
solidarietà*

**café
REBELDE**

Sono disponibili sacchetti di cotone per i pacchetti da 250 gr. macinato. Il prezzo unitario è di 2,50 Euro. Per info e contatti: info@cafezapatista.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



*mestiere
e onestà*

**IDRAULICA
STAGLIANO'**

Telefono 327.6546432

preventivi gratuiti interventi celeri

inserzione concessa gratuitamente



inserzione concessa gratuitamente

La Credenza

**Osteria - Piola
Cucina tipica - Pizzeria**

via W. Fontan, 16, 10053 Bussoleno

Tel. 0122 49386

cell. Silvano 338.6086916

cell. Martina 392.7409082

In Val Susa, locale caratteristico nel centro pedonale del paese. Accogliente e pulito, ampie sale interne. bel cortile interno con pergola

Dire, fare contro la Legge Fornero

Rifondazione organizza i ricorsi all'INPS per recuperare il maltolto sulle pensioni

La controriforma Fornero delle pensioni ha rappresentato uno dei più violenti attacchi alle condizioni di vita delle lavoratrici e dei lavoratori, delle donne, dei giovani, degli ultimi decenni.

L'aumento fino a oltre 6 anni dell'età pensionabile significa per molte e molti non riuscire a sopportare la fatica quotidiana di un lavoro che si prolunga fino a 67 ed anche fino a 70 anni. Le donne pagano il prezzo più alto per la cosiddetta "equiparazione" a tappe forzate mentre continua a gravare su di loro il doppio lavoro produttivo e riproduttivo. I giovani vengono tenuti fuori dal mondo del lavoro perché la controriforma ha bloccato il ricambio generazionale: negati nella possibilità di costruirsi una vita e un futuro.

La controriforma Fornero ha rappresentato anche un attacco alle condizioni di vita di coloro che erano già pensionate e pensionati con il blocco delle rivalutazioni sulle pensioni in essere, se queste pensioni erano nel 2012 superiori a tre volte la minima, cioè superiori a 1405 euro lorde, circa 1200 euro netti. Un blocco che ha interessato non solo il 2012 e 2013, ma ha reso permanente nel tempo la riduzione del valore delle pensioni.

La Corte Costituzionale con la sentenza del 30 aprile 2015 ha dichiarato illegittimo il blocco delle rivalutazioni. Il governo per rispondere alla sentenza della Corte ha varato un provvedimento a maggio 2015 che in nessun modo consente di recuperare il reddito perduto. A fronte di "risparmi" pari a circa 17 miliardi ne sono stati restituiti poco più di 2.

PENSIONI RIPRENDITI IL MALTOLTO!

LA CONTRORIFORMA FORNERO DELLE PENSIONI HA RAPPRESENTATO UNO DEI PIÙ VIOLENTI ATTACCHI ALLE CONDIZIONI DI VITA DELLE PERSONE CHE LAVORANO, DELLE DONNE, DEI GIOVANI, DEGLI ULTIMI DECENNI.

- AUMENTO FINO A SEI ANNI DELL'ETÀ PENSIONABILE
- PROLUNGAMENTO DEL LAVORO FINO A 67 E ANCHE FINO A 70 ANNI
- RESTARE SENZA REDDITO SE SI PERDE IL LAVORO
- LE DONNE STANNO PAGANDO IL PREZZO PIÙ ALTO PER LA COSIDDETTA "EQUIPARAZIONE" A TAPPE FORZATE
- AI GIOVANI TENUTI FUORI DAL MONDO DEL LAVORO, A CAUSA DEL BLOCCO DEL RICAMBIO GENERAZIONALE, VIENE NEGATA LA POSSIBILITÀ DI COSTRUIRSI UNA VITA E UN FUTURO

La CONTRORIFORMA FORNERO ha rappresentato anche un attacco alle condizioni di vita di coloro che erano già pensionate e pensionati con il blocco delle rivalutazioni sulle pensioni in essere, se queste pensioni erano nel 2012 superiori a tre volte la minima, cioè superiori a 1.405 euro lorde, circa 1.200 euro netti. Un blocco che ha interessato non solo il 2012 e 2013, ma ha reso permanente nel tempo la riduzione del valore delle pensioni. La Corte Costituzionale con la sentenza del 30 aprile 2015 ha dichiarato illegittimo il blocco delle rivalutazioni, in particolare con riferimento ai "trattamenti pensionistici di importo meno elevato", in nome del principio di uguaglianza (articolo 3 della Costituzione), del diritto delle lavoratrici e dei lavoratori ad avere una retribuzione in "ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa" (art. 36 della Costituzione), al diritto dei lavoratori a "mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità o vecchiaia, disoccupazione involontaria" (art. 38 della Costituzione). Il governo Renzi per rispondere alla sentenza della Corte ha varato un provvedimento a maggio 2015 che in nessun modo consente di recuperare il reddito perduto, neppure per quello

che riguarda le pensioni di importo medio-basso. Per le pensioni di 1.200 euro netti il rimborso è stato meno della metà del dovuto. Complessivamente a fronte di "risparmi" pari a circa 17 miliardi ne sono stati restituiti poco più di 2.

PER QUESTO RIFONDAZIONE COMUNISTA ORGANIZZA NEI SUOI CIRCOLI I RICORSI ALL'INPS PER RECUPERARE IL MALTOLTO!

Questo per noi è parte di una mobilitazione più generale per la cancellazione della controriforma Fornero. I provvedimenti annunciati dal governo Renzi per la prossima legge di stabilità confermano l'impianto della legge Fornero con limitate eccezioni, né è accettabile che le persone si indebitino con le banche per poter andare in pensione con la cosiddetta Ape.

Va sempre ricordato che le pensioni sono state usate come un bancomat: il rapporto tra contributi versati e pensioni erogate al netto delle tasse è infatti in attivo dal 1998, un attivo che negli ultimi anni è stato di circa 20 miliardi annui. Sono quindi i contributi previdenziali che finanziano le casse dello stato e non viceversa.

DICIAMO BASTA!

PARTITO DELLA RIFONDAZIONE COMUNISTA
www.rifondazione.it



Per questo Rifondazione Comunista organizza nei suoi circoli i ricorsi all'Inps per recuperare il maltolto. Questo per noi è parte di una mobilitazione più generale per la cancellazione della controriforma Fornero. I provvedimenti annunciati dal governo Renzi per la prossima legge di bilancio confermano l'impianto della legge Fornero, con eccezioni limitate e non risolutive dei problemi drammatici creati dalla controriforma, né è accettabile in nessun modo che le persone si indebitino con le banche per poter andare in pensione con la cosiddetta Ape.

www.rifondazione.it



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: 18-11-2016
Suppl. rivista M. D. - n° 225/226
Stampa: via Brindisi 18/c To

Scrivi a Lavoro e Salute

O ti racconti O sei raccontato

Pubblicati 228 numeri

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

Scritto da 1698 autori

- 1201 operatori sanità
- 171 sindacalisti
- 63 esponenti politici
- 236 altri

Stampate 722mila copie

- 511mila ospedali e ambulatori
- 135mila luoghi vari
- 72mila copie distrib. nazionale

www.lavoroesalute.org - www.blog-lavoroesalute.org