

**Racconti e Opinioni**

# lavoroesalute

[www.lavoroesalute.org](http://www.lavoroesalute.org) periodico diretto da **franco cileni**

**Gratuito**  
Finanziato  
da promotori  
e lettori  
**Contributo**  
facoltativo

**o ti racconti  
o sei raccontato**  
in questo numero  
hanno scritto dai  
luoghi di lavoro:

**Margherita Napoletano, Rosanna Bassani** ospedale San Raffaele di Milano  
**Marzio Cattaneo** Cà Granda Ospedale Maggiore di Milano  
**Carmelo Marzolino** Inpdap Milano  
**Luisella Morandi** CRA comunità riabilitativa di Buccinasco  
**Valentina Boi** Patronato di Milano

## malasanità sui malati mentali al Niguarda?

L'interrogativo dopo la lettera di 112 cittadini sui reparti psichiatrici pag. 3

### Delegate incatenate

Al San Raffaele per i diritti per le lavoratrici madri pag. 7

### Un santo al S. Paolo

Da una torbida vicenda alla lotta per i precari a pag. 5

## Ospedale Robbiani a Soresina?



c'era, poi è arrivata la Compagnia e....

Paolo Zignali a pag. 8

PAG. 6



Arpie nelle corsie contro la 194

artigli catto-leghisti su corpo e diritti delle donne

## Precari a vita?

Hai avuto un contratto precario ora scaduto?

**HAI TEMPO FINO AL 21 GENNAIO PER NON PERDERE I TUOI DIRITTI**

a pag. 19

## OSS & INFERMIERI 1 TEMA IN DUE O 2 TEMI IN UNO?

Sabino Venezia a pag. 11, 12, 13

## DIRITTO ALLA SALUTE

corso di informazione e formazione per operatori e utenti

pag. 17



PAG. 22

fatti&chiacchiere

## I TRE DEL FEDERALISMO LADRONE

Svuota le tasche e deruba per conto della sanità privata



Giuliano Pisapia

a Milano un sindaco per noi?

per fare politiche di salute sociale

A PAG. 16

## altro all'interno

- Aids: la "pillola del giorno prima" è una bufala pag. 4
- "Dentro e Fuori" giornale di malati a Buccinasco pag. 4
- Comunione e Liberazione: fede, sanità e affari pag. 9
- La sicurezza al Ca' Granda Ospedale Maggiore pag. 10
- Sanità: il sindacato di fronte al sistema dei DRG pag. 15
- I danni alla salute, e al cervello, del nucleare pag. 18
- Gaza/intervista: la sanità nella Palestina occupata pag. 24

## Processo S. Rita

una sentenza per riflettere sul sistema a pag. 14

## L'Italia delle stragi impunite da 40 anni

Piazza Fontana, Piazza della Loggia a pag. 26



## Oggetto: Rappresentanze Sindacali Unitarie

Sono pervenute a questa Agenzia, da parte di amministrazioni ed enti pubblici, numerose richieste di chiarimenti in merito al prossimo rinnovo delle Rappresentanze Sindacali Unitarie. In proposito, si richiama quanto previsto dall'art. 65, comma 3, del d.lgs. n. 150 del 2009 e, precisamente, che le RSU sono prorogate, anche se le relative elezioni sono state già indette. Con riferimento alla data del 30 novembre 2010, citata nella suindicata disposizione, occorre invece precisare che la stessa non sembra assumere carattere perentorio, in quanto condizionata alla definizione dell'Accordo quadro sui nuovi comparti ed aree. Tale argomento è stato anche affrontato nel corso di alcune riunioni con le Confederazioni sindacali, dalle quali è stato confermato che il CCNQ per i comparti e le aeree rappresenta uno strumento essenziale per l'individuazione dei nuovi ambiti di riferimento per la prossima competizione elettorale come, del resto, anche riportato nel verbale della riunione sindacale del 30 agosto u.s. Pertanto, poichè il suindicato Accordo è ancora in fase di negoziazione, si ritiene che le RSU vigenti, quale soggetto sindacale necessario, non decadono alla data del 30 novembre 2010, ma proseguono nello svolgimento delle loro funzioni fino al prossimo rinnovo elettorale, mantenendo, altresì, invariate tutte le prerogative alle stesse riconosciute dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
Cons. Antonio Naddeo

**E**cco il comunicato dell'ARAN che certifica la volontà politica del quartetto: Governo-Confindustria-Cisl-Uil.

Di fronte a questa protervia la stessa Cgil ha mostrato una preoccupante inadeguatezza di fronte all'attacco al cuore del sano sindacalismo.

Questo rinvio è l'ennesimo colpo alla contrattazione collettiva, alla difesa dei diritti del lavoro che ha nella partecipazione dei lavoratori nella scelta dei propri rappresentanti nei luoghi di lavoro lo strumento determinante.

Questo rinvio colpisce organismi già fortemente debilitati dalle pratiche concertative della dirigenza nazionale dei sindacati confederali, tutte protese all'accreditamento presso i governi succedutosi negli ultimi vent'anni.

Le conseguenze sono materiali, dall'involuzione dei diritti del lavoro con leggi ad hoc, alla firma di contratti estranei alla vita reale dei lavoratori. In corso d'opera c'è il tentativo di isolare la Fiom e la speranza di fermare le potenzialità crescenti del sindacalismo di base.

L'obiettivo del quartetto governativo è l'eliminazione delle RSU?

Noi ne siamo convinti.

## Ecco il secondo numero di Lavoro e Salute in Lombardia

**Q**uesto è il nuovo numero a cura delle operatrici e degli operatori della sanità in Lombardia (per adesso prevalentemente di Milano).

Possiamo già fare alcune valutazioni su come è andata la diffusione e sulle opinioni raccolte.

Ovviamente anche noi non sfuggiamo alla eterogeneità dei pareri espressi da chi lo ha letto e semplicemente sfogliato e non avendo mai creduto all'unanimità reputo positive, e propedeutiche al miglioramento del periodico le critiche ricevute, nel contempo siamo gratificati dalle adesioni al prodotto giornalistico che abbiamo presentato.

Costruire un numero di Lavoro e Salute non è cosa facile, sia perchè cerchiamo di ridurre al massimo le pagine preparate "a tavolino" e anche perchè subordiniamo le opinioni, nostre e di altri, ai fatti, ai racconti, alle analisi dell'accaduto, perchè vogliamo raccontarci per non essere raccontati e proporre per non essere proposti come merce meramente produttiva e soldatini nelle campagne elettorali.

Non è facile ma non è neanche difficilissimo farlo se mettiamo a disposizione il nostro cervello come produttore di proposte derivanti dalla nostra esperienza lavorativa e sociale; non c'è altra alternativa alla subordinazione culturale e allo schiavismo della mente e del corpo, come insegna la politica di oggi.

Fare informazione, connettersi con i bisogni disarticolati

dei lavoratori e il vissuto deconflittualizzato dei cittadini utenti è un'impresa tortuosa, spesso derisa come ideologica dai luoghi comuni che impregnano sia pezzi corporativi di operatori che sindacalisti "responsabili".

Da venticinque anni cerchiamo di porre l'accento sulla partecipazione diretta al proprio vissuto, come un fatto dirimente per avere come operatori una propria soggettività professionale e sindacale.

Spesso si sceglie consapevolmente di farsi raccontare.

Invece, raccontandoci in prima persona scopriamo che i problemi individuali sono spesso problemi di tanti, e ci ritroviamo a riflettere sul fare, e come farlo in tanti.



## Cisl e Uil traditori?

*siete i soliti estremisti manichei, sono solo poveri roditori di troppi diritti acquisiti, da quegli ingordi di lavoratori*



cile  
54



una tazzina nutriente gusto, qualità, solidarietà

### café REBELDE

10 kg 116,16 Euro spese spedizione incluse

tel. 0267074141 - cell. 3202160435

www.yabasta.it \* info@cafezapatista.it

# malasanità sui malati mentali al Niguarda?

## Un'associazione denuncia i reparti psichiatrici

L'associazione "Telefono Viola" ha denunciato in una conferenza stampa, in luogo impegnativo come il tribunale a Milano, quelli che considera una preoccupante serie di abusi che sarebbero avvenuti nei reparti di psichiatria dell'ospedale Niguarda di Milano attraverso l'abuso delle odiose pratiche della contenzione su pazienti con disturbi mentali, che, secondo le prove in mano all'associazione avrebbero portato la morte a due persone e lesioni ad altri malati.

Giorgio Pompa, presidente dell'associazione ha annunciato un esposto alla Procura di Milano che porti a un'inchiesta. Anche se nel giugno scorso è stata la stessa amministrazione dell'ospedale a trasmettere alla Procura la segnalazione di una paziente "in merito a supposti comportamenti scorretti" che sarebbero avvenuti nel padiglione Grossoni, di fronte a questa denuncia su abusi di massa ha subito replicato che al Niguarda: "Non risultano allo stato di fatto elementi a riprova di questi casi".

Nei tre reparti interessati alla denuncia ci sarebbero stati sei casi di "gravissimi abusi della pratica coercitiva". Fra questi c'è "la vicenda di Tullio C. morto un imprecisato giorno di ottobre di quest'anno, mentre era legato da 14 ore al letto". E il caso di "Francesco D., morto il 26 settembre 2008 sempre legato al letto". Presente e a supporto della conferenza stampa la dottoressa Nicoletta Calchi, medico psichiatra dell'ospedale Niguarda, che ha raccontato di essere stata "sospesa per 20 giorni dalla struttura, dopo aver subito anche mobbing, a causa del rapporto umano instaurato con i malati". A sostegno della dottoressa è stata resa nota una lettera firmata da 116 ex pazienti della struttura e dai loro familiari.

Senza giri di parole è stato denunciato che all'interno del Niguarda non viene applicata la legge 180, legge Basaglia del '78 che ha portato alla chiusura dei manicomi, con esplicita contestazione del protocollo sulle cure psichiatriche del Niguarda che prevede la contenzione. Telefono Viola sostiene che nei reparti Grossoni i pazienti vengono legati e "non vengono controllati per ore, mentre anche il protocollo del Niguarda prevede controlli costanti". In particolare è stato riferito che il paziente Tullio C., "venne legato al suo letto alle 11 di mattina e

**L'interrogativo dopo la lettera di 112 cittadini sui reparti psichiatrici**



Un'altro caso denunciato riguarda Rita F., che nel marzo del 2006 "venne legata e subì piaghe da decubito e infezioni", e ancora, un'altra paziente "all'inizio di quest'anno è rimasta legata per 18 giorni e sei ore". L'associazione, inoltre, ha spiegato che un esposto per un tentativo di violenza sessuale ai danni di una paziente è già stato presentato alla Procura.

L'inchiesta interna decisa prontamente dall'amministrazione del Niguarda farà luce su quanto denunciato? Per la credibilità dell'ospedale e dei suoi operatori lo speriamo, anche in rapporto al comunicato dei medici Cgil, che pubblichiamo a fianco.

## Medici AO Niguarda Ca' Granda sulle strutture psichiatriche

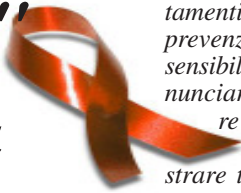
*La CGIL Medici di Niguarda, basandosi sulla consolidata conoscenza della struttura psichiatrica del proprio ospedale caratterizzata dalla serietà e competenza di tutto il personale che vi opera, sente la forte necessità di manifestare solidarietà e rinnovata stima a tutti i Medici, Infermieri e altri operatori delle Psichiatrie di Niguarda.*

*La CGIL Medici esprime un fermo biasimo per la modalità oltremodo offensiva della dignità professionale con cui alcuni medici hanno affrontato una vicenda, per altro triste, che ha visto il decesso di un paziente degente in psichiatria; decesso dovuto a una grave co-patologia acuta, associata a elevata mortalità anche quando prontamente trattata. A tale proposito vorremmo ricordare che le persone con disagio psichico sono soggette a sviluppare malattie come il resto della popolazione generale e, spesso, anche più precocemente e frequentemente quando al disagio psichico si associano stili e abitudini di vita insani. La CGIL Medici tiene a precisare che ha partecipato direttamente con propri delegati alla stesura delle linee guida aziendali sulla contenzione fisica nel 2006 e al loro recente aggiornamento nel 2010 e può quindi garantire che la pratica della contenzione non riveste mai la funzione di un trattamento o di una terapia ma ha il solo scopo di impedire al paziente di arrecare danni a se stesso o alle persone vicine. Questa misura d'emergenza richiede sempre la prescrizione del medico (secondo criteri oggettivi e non arbitrari) è sempre temporalmente molto limitata, avendo il solo scopo di permettere la somministrazione di farmaci "tranquillanti", e viene prontamente sospesa quando le terapie prescritte hanno raggiunto l'efficacia desiderata. Ricordiamo, inoltre, che nelle sporadiche situazioni in cui la contenzione si rende necessaria il paziente viene assiduamente monitorato ogni quindici minuti con la rilevazione dei parametri vitali. In ultimo, ma non per ultimo, la CGIL Medici si unisce alla preoccupazione di tutti i colleghi delle Psichiatrie di Niguarda che, al di là dell'ovvia amarezza e frustrazione personale e professionale, sono soprattutto angustati per le ricadute negative che questa vicenda potrà avere sui loro assistiti in termini di perdita del rapporto fiduciario con l'istituzione psichiatrica, elemento fondamentale e basilare per una positiva relazione terapeutica.*

Milano, 25 novembre 2011  
**comunicato CGIL Medici Niguarda**



## Aids la "pillola del giorno prima" è una bufala



La pubblicazione apparsa su *New England Journal of Medicine* e riportata da varie agenzie di stampa, è unicamente relativa alla capacità di ridurre parzialmente il rischio d'infezione somministrando un farmaco a persone sane.

E' profondamente sbagliato presentare la somministrazione di farmaci antiretrovirali a persone sieronegative, quindi sane (tecnicamente definita PrEP/Profilassi Pre Esposizione -) come una soluzione per evitare

l'infezione da HIV. Per quanto riguarda l'AIDS non esiste nessuna "pillola del giorno prima" in grado di prevenire il rischio di infezione.

Anziché intervenire sui comportamenti a rischio rilanciando la prevenzione e le campagne di sensibilizzazione, si sceglie di rinunciare a provare a modificare tali comportamenti e si sceglie di somministrare terapie "pesanti" a persone sane.

Oltretutto forte è il rischio di favorire l'idea in chi assume tali farmaci, di essere comunque protetti e quindi finendo per "sdoganare" e rendere più frequenti i comportamenti a rischio: "tanto ho ingerito il farmaco, mi proteggerà, posso fare quello che voglio, non uso più il preservativo". Non è un caso che le stesse agenzie internazionali di lotta all'AIDS hanno espresso le medesime preoccupazioni. E' bene precisare che

non stiamo parlando di un vaccino, che si assume una volta e garantisce per sempre l'immunità, ma di farmaci normalmente utilizzati per la terapia di persone HIV+.

Il solo pensare di utilizzare tali farmaci per persone sieronegative deresponsabilizza gli Stati dal dover realizzare interventi preventivi e i singoli dal dover evitare comportamenti a rischio.

Nessuno sembra inoltre preoccuparsi più di tanto dei possibili effetti collaterali prodotti in un organismo sano da farmaci così impegnativi.

Di fronte a questi annunci non dovrebbero sfuggire gli enormi interessi delle aziende farmaceutiche, che somministrando le terapie alle persone sieronegative vedrebbero, moltiplicarsi esponenzialmente i propri guadagni.

Secoli interi di politiche di sanità pubblica verrebbero can-

cellati, la medicina preventiva verrebbe azzerata in nome di una totale medicalizzazione, anzi farmacologizzazione, della società.

Senza per altro bloccare l'infezione: infatti non si può certo pensare di mettere in terapia centinaia di milioni, e forse un miliardo, di persone. Fino a quando non vi sarà un vaccino la prevenzione e l'educazione sanitaria restano gli unici strumenti contro l'HIV. Il resto è un'ottima azione di marketing.

L'ONU giustamente ha annunciato un calo significativo delle nuove infezioni da HIV tra il 2009 e il '99. Ma vanno evitati facili entusiasmi; in Italia sono circa 180.000 le persone viventi sieropositive e in assenza di qualunque progetto di prevenzione questo numero è destinato ad aumentare ulteriormente.

**Vittorio Agnoletto**

[www.vittorioagnoletto.it](http://www.vittorioagnoletto.it)

## “ DENTRO E FUORI ”

*Esperienza del  
gruppo Giornale  
nella CRA  
di Buccinasco*

Luisella Morandi infermiera



Nella comunità riabilitativa ad alta intensità (CRA) di Buccinasco, si è formata, su esigenza dei pazienti che vi sono ricoverati e di quelli che frequentano il Centro Diurno, una piccola redazione giornalistica, che ha dato vita al giornale "DENTRO E FUORI".

Il periodico, si propone di dar voce ai pazienti psichiatrici, per favorire una migliore integrazione tra il mondo della malattia psichiatrica, e il mondo esterno, troppo spesso lontano e indifferente alla stessa.

Lia, educatrice professionale responsabile del progetto, definisce in questo modo l'esperienza iniziata:

*La redazione di un giornale, è uno strumento efficace per dar voce ai pazienti, verificare molteplici interessi e attività, promuovere la creatività, favorire la partecipazione responsabile alla vita comunitaria.*

*E' anche un modo per strutturare le potenzialità espressive. In questo tipo di attività si incanalano diverse competenze (comunicative, grafiche, sociali, relazionali, informatiche) e si sviluppa il senso critico.*

*Attraverso lo strumento del giornale, è possibile intervenire sull'area emotiva e quella cognitiva dei pazienti, incrementando la capacità di manifestare positivamente i vissuti emotivi, migliorando la stima di sé e quindi la relazione interpersonali.*

Ci siamo quindi, prefissati degli obiettivi, per il miglioramento delle abilità personali per quanto riguarda:

### 1) AREA COGNITIVA:

- sviluppare la capacità di lettura e scrittura, la critica e l'espressione.
- migliorare l'abilità espositiva
- comprendere e costruire sensi e significati della realtà
- sviluppare la dimensione progettuale.

### 2) AREA EMOTIVA:

- favorire la percezione di un'immagine di sé, legata al proprio ruolo nel gruppo
- valorizzare le qualità e le risorse di ogni paziente stimolando ciascuno al raggiungimento di una maggiore consapevolezza e conoscenza di se stesso.
- offrire l'opportunità di esprimere le loro emozioni attraverso la lettura, la scrittura

### 3) LIVELLO RELAZIONALE

- stimolare la socializzazione
- favorire il senso di condivisione e appartenenza al gruppo
- facilitare la creazione di una buona comunicazione all'interno del gruppo, stimolando la capacità di ascolto
- favorire l'espressione emotiva e lo scambio con gli altri
- instaurare rapporti di fiducia con gli altri.

I pazienti coinvolti nell'esperienza, parlano della stessa, come un'occasione unica per esprimere le proprie opinioni e conddividerle con altre persone, anche esterne alla struttura, per cominciare a "tirare fuori" la voce e tutte le risorse che sentono proprie, per divertirsi in gruppo, per conoscersi meglio, per rispolverare la grammatica e dare un senso logico ai loro pensieri.

Questa attività, comune forse a molti centri di riabilitazione, assume un significato pregnante per la nostra CRA, perchè segna l'inizio di una vera integrazione anche tra la CRA stessa e il centro diurno che è stato aperto solo da qualche mese, nei locali della nostra struttura.

Ci auguriamo che l'esperienza prosegua per lungo tempo e crei molte occasioni d'incontro con le altre strutture del DSM e il mondo esterno.



*Ancora una volta, in relazione all'inchiesta sulla sanità della Direzione Distrettuale Antimafia, si parla di Giuseppe Catarisano.*

*In un video pubblicato su You Tube, che trasmette una registrazione della "Conferenza stampa al Comune di Pavia" reperibile all'indirizzo: <http://www.youtube.com/watch?v=-LWpF-OU6QM>.*

*Nella prima parte della conferenza, si stigmatizza il ruolo del Direttore Generale dell'ospedale San Paolo, quale componente del Consiglio di Amministrazione della Dental Building, progetto fallimentare, e si chiede di indagare sulla bancarotta della società. "Tutti diffamatori" direbbe il dott. Catarisano, commentando il video, ma non si capisce perché la stampa e, più in generale, gli organi di informazione della rete ce l'avrebbero personalmente con lui. La sua popolarità appare scaduta anche nell'ambito delle relazioni sindacali...*

## IL SANTO AL SAN PAOLO

**P**rovocando un conflitto sui diritti del personale, il Direttore Generale ha incassato dall'Assemblea dei lavoratori la DICHIARAZIONE DELLO STATO DI AGITAZIONE VOTATO ALL'UNANIMITÀ, CHE SI ARTICOLERÀ CON INIZIATIVE DI LOTTA E LO SCIOPERO AZIENDALE DEL 3 DICEMBRE.

Ma ovviamente è tutta colpa dei sindacati "brutti e cattivi", responsabili - ha fatto sapere Catarisano con una email inviata a tutti i lavoratori - di aver rifiutato le "strabilianti" offerte che l'Amministrazione ha portato sul tavolo delle trattative.

Per onestà di cronaca, gli accordi sottoscritti sono stati una conquista dell'assemblea dei lavoratori e delle lavoratrici, della RSU dell'ospedale San Paolo e alcuni sindacati tra cui USB, non una conquista dell'amministrazione dell'azienda, come si vorrebbe far intendere, la quale aveva proposto l'annullamento del diritto al Part-time, derubricandolo a gentil concessione dell'azienda.

In tema di stabilizzazioni, lamentiamo al Direttore Generale gravi ritardi: ancora nessuno è stato di fatto stabilizzato e alcune lavoratrici, pur avendo maturato questo diritto ormai da quasi un anno, ancora stanno aspettando l'assunzione in ruolo. Sui tempi di vestizione non è stato possibile raggiungere l'accordo, perché non era chiaro se l'amministrazione volesse aumentare l'orario di lavoro e con quali ricadute sulla vita dei lavoratori. Poi, sul pregresso della vestizione, neanche a parlarne di un indennizzo, si sono inventati pure un clausola vessatoria per fregarci tutti!

Del valore attribuito dal Direttore Generale al diritto alla Mensa parlano i fatti: molti lavoratori recatisi nei mesi scorsi in mensa prima del turno pomeridiano, hanno scoperto nelle loro buste paga trattene da "capogiro". Del fatto che l'azienda deve sapersi organizzare per garantire a tutto il personale l'accesso alla mensa e il diritto alla pausa lo diciamo da secoli: ora non sarà l'amministrazione a concederci il diritto, ma casomai saremo stati noi a pretenderlo!!!

Infine, cosa dire di quello che il dott.

Catarisano vorrebbe far passare come una grandiosa conquista economica. Prima di tutto è lui stesso a dirlo, si è recato in Regione bussando alle sue porticine, ma non ha portato a casa neanche un centesimo, bel fallimento!

Mentre i Direttori Generali di molte aziende Ospedaliere hanno firmato accordi per riconoscere l'incremento economico di una fascia per tutti i dipendenti, il nostro Direttore Generale vorrebbe essere adulato per molto molto meno: qualche fascia da dare alla minoranza dei lavoratori dell'azienda, giusto per continuare con la politica salariale tanto cara alla nostra Amministrazione che in questi anni ha determinato considerevoli disparità di trattamento economico. Per concludere con la ciliegina sulla torta, c'è il gioco delle tre carte con il fondo della produttività collettiva, togliere di lì e mettere di là: peccato che il risultato di una traslazione di fondi già erogati in busta paga è sempre uguale a zero!

**VISTO CHE I SOLDI CI SONO QUANDO SI DEVONO FINANZIARE PER MILIONI DI EURO LA LIBERA PROFESSIONE DEI BARONI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE, GLI INCENTIVI SUGLI APPALTI, I PREMI DELLA DIRIGENZA O LE SOCIETÀ COME IL DENTAL BUILDING, ALLORA NON SI PUÒ NEGARE A CHI LAVORA VERAMENTE PER IL FUNZIONAMENTO DELL'OSPEDALE, DI AVERE IL MERITATO RICONOSCIMENTO ECONOMICO CHE GLI SPETTA. DIRETTORE GENERALE, SE NON È IN GRADO DI DARE UNA FASCIA A TUTTI I LAVORATORI DELL'AZIENDA, ALLORA VADA PURE IN PENSIONE, MA SE NE VADA CON DISONORE!!!**

USB sanità Lombardia

## Noi, siamo persone che curano tutti, migranti e italiani!



Tra sabato 27 e domenica 28 novembre è stato curato e dimesso uno degli immigrati saliti lo scorso 5 novembre sulla torre ex Carlo Erba, in via Imbonati, lassù da più di tre settimane per chiedere la sanatoria e protestare contro lo sfruttamento degli stranieri. Ora quei medici, sanitari dell'ospedale San Paolo di Milano e altre persone esterne alla struttura, rischiano la delirante denuncia per "favoreggiamento dell'immigrazione clandestina".

Andrea Crosignani, il medico salito sulla torre di via Imbonati, ha raccontato a **RadioArticolo1** come sono andati i fatti. Lui lavora nell'ambulatorio di via dei Transiti, nei pressi via Padova, dove insieme ai suoi colleghi cura chiunque si presenti bisognoso di un intervento sanitario. "Tutte le procedure sono state rispettate ho trattato questa persona come un paziente, forse con un po' più di emozione del solito, perché fare un intervento a trenta metri d'altezza, con mezzo metro di spazio e la neve che cominciava a scendere copiosamente, faceva un po' d'impressione. Ho fatto il mio lavoro come faccio sempre indipendentemente dal colore della sua pelle e dallo spessore del suo portafoglio. Sabato ero in giro quando ho saputo che c'era bisogno di un intervento sulla torre. Siccome non riuscivo a essere lì immediatamente, all'inizio ho provato ad attivare altri contatti, poi ho saputo che la situazione si aggravava e ho visto che, anche se non c'era una situazione di emergenza immediata, questa persona non poteva restare lì per un'altra notte". Infine "dico solo che questo è un paese triste. Per varie cose, come l'abominio dei Cie e la legislazione in materia d'immigrazione".

## la malapolitica contro donne e operatori

### 1° Rapporto nazionale sui consultori pubblici Consultori: Negli ultimi due anni 186 chiusi o riaccorpati

Redazione

**A** 35 anni dall'istituzione dei consultori il Ministero della Salute pubblica il 1° Rapporto nazionale che mette in evidenza carenze e problematicità dei consultori familiari pubblici presenti in Italia che diminuiscono su tutto il territorio e lottano con una cronica carenza di organico che ne limita gli interventi e ne vanifica spesso lo spirito. I consultori familiari vennero istituiti nel 1975, con la legge 405, con lo scopo di assicurare informazione e assistenza psicologica, sanitaria e sociale per la maternità, la paternità e la procreazione responsabile.

Preoccupante la tendenza, lenta ma inesorabile, alla riduzione su tutto il territorio nazionale delle strutture: da 2.097 strutture attive nel 2007 si è scesi a 1.911 nel 2009 che innalza il rapporto tra abitanti e consultori a 1 ogni 31.197 nel 2009, ben lontani dall'ipotesi prevista nella legge 34 del 1996, secondo la quale avrebbe dovuto esserci un consultorio ogni 20mila abitanti nelle aree urbane (ogni 10mila nelle aree rurali) per un totale, quindi, di più di 3mila consultori.

Oltre alla riduzione delle strutture emerge costante il dato della carenza di personale.

Per lo svolgimento delle sue attività il consultorio dovrebbe avvalersi, di norma, di un organico multidisciplinare tra le seguenti figure professionali: ginecologo, pediatra, psicologo, ostetrica, assistente sociale, assistente sanitaria, infermiere pediatrico, infermiere professionale.

Nell'indagine, relativamente al personale si è riscontrata, nella maggior parte dei casi, l'assenza delle equipe consultoriali complete (così come previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile).

Nel 4% dei casi sono presenti le 8 figure professionali su elencate, nel 21% ve ne sono 6-7; nel 45% sono 4-5 e nel 23% da 1 a 3. Le figure più presenti sembrano essere, rispettivamente, quella dell'ostetrica, dello psicologo, dell'assistente sociale e del ginecologo ma, come riportato, in molti casi non sono presenti contemporaneamente nella stessa struttura consultoriale, così da rendere spesso difficile l'attività di equipe.

La carenza di alcuni ruoli così come la presenza "ad ore" di

diverse figure professionali, continua la ricerca, comporta una notevole frammentazione dell'assistenza consultoriale, anche perchè le varie figure professionali sono spesso costrette a svolgere la loro attività in maniera discontinua ed in più sedi. I problemi legati alle carenze di risorse economiche e di personale si ripercuotono, insomma, direttamente sull'attività ed in molte realtà il servizio all'utenza e, quindi, l'orario di apertura del consultorio, viene garantito a scapito del lavoro d'equipe.

Il servizio consultoriale ha da sempre un ruolo importante nella prevenzione e nella diagnosi dei tumori genitali femminili. Dalla ricerca si evince che ad eccezione del Veneto dove nella totalità dei consultori non vengono effettuati pap test, nelle altre Regioni c'è una partecipazione molto alta allo screening.

L'assistenza alla gravidanza comprende problematiche sia di natura medica che sociale che nello spirito della legge andrebbero discusse nell'ambito più vasto della salvaguardia della salute, della tutela della maternità e della autodeterminazione della donna. La legge n. 194/78 ha ampliato la gamma di competenze del consultorio familiare assegnandogli un ruolo importante in materia di interruzione volontaria di gravidanza.

Ad eccezione della Valle d'Aosta dove non si svolgono i colloqui sull'IVG, nella quasi totalità dei consultori delle Regioni questi vengono effettuati con una alta percentuale, che però cala notevolmente se si considerano i consultori che forniscono documenti/certificazioni IVG.

È interessante notare una notevole riduzione della media percentuale relativamente agli incontri post-IVG (carenti o addirittura assenti in molte Regioni), per valutare quante donne che hanno richiesto il documento/certificato presso il consultorio familiare, ritornano per la visita post-IVG, momento che potrebbe essere importante per l'elaborazione del vissuto e l'offerta di un metodo anticoncezionale.

Significativi i dati sulla fruizione da parte delle donne migranti dei servizi consultoriali relativi alle nascite, all'interruzione di gravidanza e in generale alla salute riproduttiva, soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord dove si registrano valori percentuali di gran lunga superiori alla media. Per quanto riguarda le interruzioni di gravidanza, nel 1996 sono state registrate 10.131 IVG fra le donne straniere (7,4% del totale), nel 2000 21.201 (15,9%) e nel 2003 31.836 (26%). Nel 2005 le IVG di donne straniere erano il 29,6% del totale e nel 2006 sono ulteriormente aumentate, superando quota 40 mila, pari al 31,6% del totale.

fonte: [www.womenews.net](http://www.womenews.net)

**arpie  
nelle  
corsie  
brutale violazione  
della legge  
"194"**



Cosa potrà accadere ad una donna che decide di abortire? Oltre che dovere raccontare a tutte le figure professionali, ginecologo, infermiera, psicologo, ..., che ruotano intorno all'IVG (interruzione di gravidanza) si troverà anche ad affrontare una "banda" di fanatici come raccontato da Maria su La Repubblica-cronaca di Torino del 25 ottobre 2010: "...sul marciapiede di via Ventimiglia (ospedale materno-infantile Sant'Anna n.d.r.) mi ha avvicinato una donna che stava volantinando per il Movimento per la vita e ha cominciato a dirmi se sapevo cosa succedeva in quel posto, quale luogo orrendo fosse, un abortificio. Ero lì per un controllo e non ero tranquilla, non avevo certo voglia di stare a sentire, le ho detto che ero in ospedale proprio per un aborto, che per una donna non era certo una scelta facile, che mi lasciasse in pace.

Ovviamente non sapeva che avevo già abortito, mi ha detto che potevano aiutarmi, sostenermi. L'uomo in camice bianco, un infermiere?, che stava dietro di lei e stava distribuendo volantini ha sentito quello che stavo dicendo e ha cominciato ad urlare che eravamo delle assassine, che le donne che abortiscono commettono un omicidio, sono malate di mente. Ho alzato la voce anch'io, gli ho detto che prima di ogni altra considerazione, da uomo non poteva capire cosa poteva provare una donna. Lui ha alzato la voce ancora di più, ha detto che avrei potuto partorire e poi far adottare mio figlio. Ero inorridita, ho tagliato corto e sono entrata. Quando sono uscita ha ricominciato. Un'esperienza sgradevolissima, che non dimenticherò."

## Ospedale San Raffaele: delegate incatenate per i diritti delle lavoratrici madri

Lo scorso 23 settembre, nella giornata in cui la ASL faceva un sopralluogo per accreditare il nuovo dipartimento materno-infantile e le lavoratrici francesi scioperavano anche contro l'innalzamento dell'età pensionabile delle donne, le delegate dell'Ospedale San Raffaele chiedevano, con un presidio davanti all'ufficio infermieristico, il rispetto dei diritti delle lavoratrici madri, a partire dalla tutela della salute delle lavoratrici in gravidanza (i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza denunciano l'esposizione al rischio biologico in Emoteca) e dall'accoglimento delle domande di part-time o di orario agevolato, soprattutto per chi rientra dalla maternità.

Le catene usate nel presidio sono il simbolo degli ostacoli che Ufficio infermieristico e Direzione del Personale pongono alle lavoratrici madri, ma anche ai lavoratori padri, che tra molte difficoltà cercano di conciliare il lavoro con il ruolo genitoriale o di figli che accudiscono genitori anziani.

Dopo un'ora di presidio, è intervenuto il Responsabile delle Relazioni Sindacali, chiedendo ai giornalisti presenti di non pubblicare foto e di allontanarsi e minacciando i delegati di denuncia per presunta illegittimità del presidio sindacale. Vista la reazione del sindacato e dei giornalisti che hanno ricordato i contenuti dello Statuto dei Lavoratori e delle Leggi sulla libertà di stampa, l'Amministrazione ha invitato delegati e giornalisti ad un incontro, che si è tenuto in aula sindacale, alla presenza anche della Responsabile dell'Ufficio Infermieristico.

Sono state rappresentate le vertenze aperte e la discussione sta continuando, per individuare soluzioni che soddisfino le esigenze dei lavoratori e quelle della Fondazione. Infatti, dopo diversi rinvii, la trattativa è ripresa nei giorni scorsi e si intravede la possibilità di fissare alcuni criteri oggettivi che aiutino le lavoratrici madri ad avere maggiori garanzie sui tempi di risposta alle domande di part-time, di trasferimento di reparto per rendere compatibile l'orario di lavoro con quello della propria famiglia e, soprattutto, sull'accoglimento delle richieste, in modo da salvaguardare la permanenza al lavoro delle lavoratrici madri.

**Margherita Napoletano**  
coordinatrice RSU  
Ospedale San Raffaele



**Congedo per maternità.  
Parliamone**

# La maternità non è una malattia

**Rosanna Bassani**  
impiegata ospedale  
S. Raffaele

**A**vere un figlio, nelle conversazioni quotidiane, è sempre meno un evento naturale quanto invece, spesso, la risultante di riflessioni e programmazioni di non poco conto. La collocazione del neonato subito dopo la disponibilità di tempo concessa per legge ai genitori, all'asilo nido o dai nonni o dalle baby sitter è fonte di preoccupazione e riflessione.

Per adesso, tuttavia, partiamo dal momento del rientro al lavoro della neo-mamma. Non è infrequente, specie nei primi giorni di lavoro, il rinnovarsi di una vaga depressione, di un senso di "fuori posto", di un combattimento interiore tra il sollievo di essere rientrate nella produttività e l'ansia per il benessere del bambino (bambina) lasciati

(alle nonne, al nido, a qualcuno che comunque abbiamo scelto).

La rete di donne che ci circonda è qualche volta consapevole del momento difficile, ma non sempre c'è il tempo per verbalizzare. Ecco, questo potrebbe essere il tempo.

A chi scrive pare di ravvisare in giro una doppia cultura: - Una sociale, esplicita, dichiarata, che ci dice che va tutto bene, che lavorare è necessario, che il nido è un buon posto, che il tempo per i figli è questione di qualità e non di quantità.. ed un'altra, una cultura sotterranea, poco verbalizzata, quasi "pettegola" che invece ci richiama al DOVERE di essere sempre col bambino, che ci fa sentire in colpa

quando, magari con gioia, ci riprendiamo il nostro lavoro, che ci ricorda che siamo fatte per essere madri. (solo?). Ciascuna di noi, poi, propende per carattere, cultura e tradizione per uno dei due punti di vista. Eppure conciliare e mediare queste due culture è probabilmente una via per la serenità.

Avere avuto un bambino non è una colpa. Essere mamme non fa di noi delle lavoratrici meno efficienti. Avere nostalgia del pupo e telefonare a casa qualche volta di più può essere un buon mezzo per tranquillizzarci. Poter contare su un papà presente e partecipe è una risorsa in più (non per tutte..) Tornare a casa di corsa per riabbracciare nostro figlio /a è normale, è bello, è non fa di noi delle persone deboli. Abbiamo scelto di (o dovuto) tornare al lavoro ed allora tanto vale farlo con la consapevolezza del nostro valore, della nostra utilità e del fatto che proprio mentre stiamo lavorando stiamo anche amando i nostri figli, garantendo loro non solo la sopravvivenza, ma anche un ambiente che ci vede partecipi, in quanto cittadine, lavoratrici, donne e mamme.

Come in molte altre situazioni il confronto con le altre donne può essere di grande utilità, perché porgendo orecchio alla cultura a noi più lontana possiamo integrare il nostro pensiero e arricchire i nostri sentimenti, per il lavoro o per il figlio. Certamente molte difficoltà possono nascere dall'ambiente di lavoro, che può essere più o meno consapevole della maternità come risorsa sociale. Se l'ambiente di lavoro è consapevole e sereno, potremmo anche ipotizzare che proprio in questa fase di dubbio sulla nostra realizzazione ed utilità professionale sarebbe opportuno darci qualche responsabilità e non trattarci come lavoratrici parzialmente invalide.. Se l'ambiente di lavoro invece è ostile.. ragazze, resistiamo. Prima o poi qualche altra "risorsa umana", magari tra quelle meno consapevoli oggi, sceglierà la "riproduzione" e toccherà con mano la stupidità personale che ha riservato a noi.

Resistiamo, e guardiamoci intorno. Non siamo sole. Abbiamo dei diritti, fin dove possibile facciamoli valere, ed intanto siamo fiere di noi, perché se c'è un futuro è perché ci sono dei bambini.. e facciamo presente, quando possibile, che i bambini che nascono in Italia sono sempre troppo pochi. E che ci aspetteremmo un premio, visto che la pensione di chi adesso ci è ostile, sarà pagata anche dai nostri figli. La maternità è una delle tante fasi della vita. L'impegno di avere (nel cuore e a casa) un figlio resta, ma col tempo tutto rientra nei ranghi della normalità.

Certo che se ci fosse una ripartizione delle assenze dal lavoro (magari imposta per legge come In Norvegia) tra uomini e donne il peso delle genitorialità sarebbe inesistente.. ma qui si chiacchiera del più e del meno, per le favole... si aspetta l'ora della nanna.

## LA CHIUSURA DELL'OSPEDALE ROBBIANI DI SORESINA: UN DELITTO PERFETTO



**L'**assedio, la spoliatura a brano a brano, a colpi di delibere, la chiusura di reparti, del personale, il trasferimento di medici senza sostituirli, fino all'ultimo primario, agli infermieri, persino al cuoco e ai portantini, la sottrazione dei mobili, con una firma, una decisione improvvisa presa dalla sede dell'azienda ospedaliera di Crema, le mille chiusure parziali dell'ospedale Robbiani Santa Croce di Soresina (Cremona) senza il colpo di grazia della chiusura definitiva, sono il solito ventennio. Un'agonia straziante sotto gli occhi spauriti dei cittadini, proprio nell'era dell'aumento progressivo dell'età media e di un intenso afflusso di immigrati, quando Soresina, fra Crema e Cremona, fra Pizzighettone e Soncino, al centro di un bacino d'utenza di almeno 30mila persone, aveva ed ha sempre maggior bisogno di servizi efficienti.

La popolazione è aumentata da poco più di 8.500 abitanti (fine anni '90) a oltre 10mila negli ultimi tempi, mentre le strade per Cremona e Crema, Pizzighettone e Soncino, i quindi i trasporti sanitari, nel cuore pulsante della campagna lombarda, proprio nell'area fra Pavia, Cremona, Brescia, Lodi, Mantova, che produce circa un decimo dell'intero latte italiano, non sono affatto migliorati. Qui giungono gli immigrati alla ricerca di lavoro, dove il tasso di disoccupazione era al 4% negli anni '90, battendo in percentuale, nella ricca Lombardia, per quanto astratti siano i calcoli matematici, persino gli Stati Uniti dei baby-boomer e della Silicon Valley. Proprio in una terra simile non è stato possibile difendere un ospedale, dove proliferano le banche (da 274 a 318 sportelli bancari in provincia fra 2006 e 2009 per la Camera di Commercio, sei banche a Soresina, e più di 20mila imprese in provincia), dove il risparmio familiare è una potenza economica che ha retto alla crisi internazionale, consentendo persino il parassitismo del governo e un aumento della pressione fiscale, tramite gli enti locali.

La politica è riuscita a far morire un ospedale per acuti nella ricca Lombardia del Sud, creato dai benefattori e dai donatori soresinesi un secolo fa, da ricchi proprietari ma anche da donatori di minor rilievo economico. Una scelta che lasciò il segno durante la prima guerra mondiale, offrendo una struttura sanitaria diventata il punto di forza della quarta zona della provincia di Cremona, l'ex comprensorio 26, arricchitasi via via di reparti e servizi: medicina, chirurgia, radiologia, ostetricia e ginecologia, radiografia.

Ma anche pneumologia, pronto soccorso (il reparto più importante, al centro di un reticolo di strade strette ostaggio delle



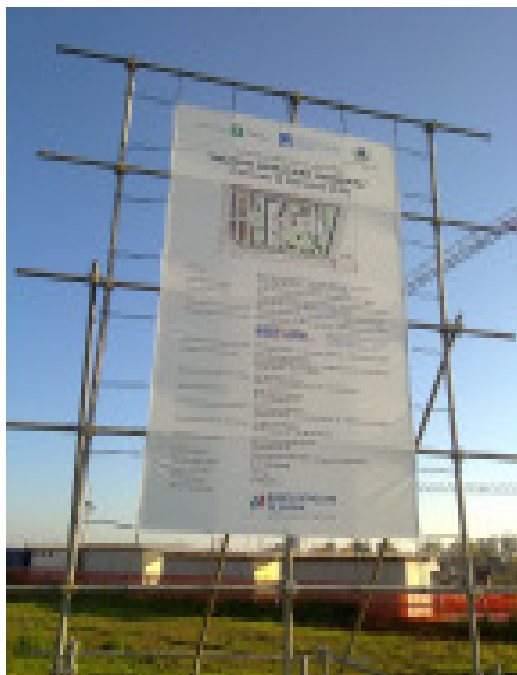
nebbie e dei ghiacci invernali), oltre a laboratorio di analisi, terapia fisica, prelievo del sangue, gastroscopia, emodialisi (8 posti letto), centro diabetico. Anche Pediatria era pronta per essere attivata, a reparto completo, con primario nominato e attrezzature appena acquistate, abortita sul nascere a causa del solito incomprensibile provvedimento amministrativo.

C'erano 120 posti letto (170 quelli previsti in tempi andati), tutti gli ambulatori, 70 dipendenti sanitari e parasanitari, 7 amministrativi e altro personale (come i custodi). La politica è riuscita a non dare risposte credibili, se è vero che un sondaggio del Pd riporta che la larga maggioranza dei soresinesi non ha apprezzato per nulla il gioco di prestigio degno del grande Houdini, ma anche dei manager sanitari cremonesi e cremaschi.

Il Robbiani sorge nel centro della cittadina: dell'ospedale di un tempo, dove il Pronto soccorso è diventato punto di primo soccorso e poi è stato azzerato, resta un reparto, lungodegenza, anche se a Soresina guarda l'intero circondario che domanda servizi di prima necessità. Ora sorge un nuovo ospedale, anzi un poliambulatorio che viene situato tra i camion e il via vai dell'area industriale, fra un prefabbricato e l'altro, nella tristezza dei non luoghi che affollano il territorio senza più privo d'identità dei poli di servizi del capitalismo vecchio, malandato ma speculativo capace di operazioni astratte, vantaggiose, ma lontane dalla comprensione dei cittadini.

L'ospedale se ne va nell'area industriale che da qualche anno ha accresciuto

il traffico di Soresina senza portare i posti di lavoro promessi, aumentando tuttavia il precariato.





## L' Ospedale Robbiani di Soresina

CONTINUA DA PAG. 8

Lo sviluppo economico non è certo mancato: manca l'ospedale. I preparativi per il delitto perfetto del Robbiani risalgono alla riforma sanitaria formigionian-borsaniana, che consentiva l'aziendalizzazione della sanità (quando l'efficienza richiesta dai cittadini è in perdita economica come i Pronto soccorso), un controsenso nello stato sociale straziato pezzo per pezzo, una riforma che ha dato il via alla corsa verso gli accreditamenti delle nuove strutture sanitarie e al boom della spesa del settore in regime di concorrenza fra pubblico e privato.

Cremona dispone di ben tre case di cura religiose e all'Ospedale Maggiore (pubblico), oltre al poliambulatorio ospedaliero di via Dante, a Crema vive un'altra azienda ospedaliera, con un presidio a Rivolta d'Adda.

Casalmaggiore dispone di un ospedale. 350mila abitanti in provincia e un sistema di servizi frantumato. Il Robbiani, vaso di coccio, è stato sacrificato e ghigliottinato sull'altare della megariforma formigioniana.

Il presidio ospedaliero soresinese si trovava sotto la giurisdizione dell'azienda ospedaliera di Cremona e veniva afferito alla giurisdizione di Crema con un gioco di prestigio negli anni '90: un'intesa fra Cremona e Crema, un piccolo calcolo a Milano e il Robbiani non c'è più: croce sopra per sempre, ma i cambiamenti richiedono tempo per essere accettati. Serve anche qualche autogol.

Il centrodestra soresinese, allora all'opposizione, gioiva della delibera di giunta regionale dell'estate '98 che assegnava alla ristrutturazione del Robbiani 12 miliardi e 78 milioni di lire, per finanziare il piano Conz, che prendeva nome dal fu direttore generale dell'azienda cremasca. Ma il piano Conz è diventato carta straccia. Irrompono i nuovi, anzi vecchi poteri. Si parla di un'arrembante Comunione e Liberazione che in dieci anni dal quasi nulla arriva a movimentare oltre 300 persone a Cremona, fino all'approdo cremasco di una sede della Compagnia delle Opere e alle nuove alleanze della nuova arrivata con le associazioni imprenditoriali del territorio. I soresinesi guardano. Vedono l'ospedale indebolirsi.

Ora i muri perimetrali della nuova struttura, che trova ospitalità kafkianamente nella zona industriale (è un'azienda, il poliambulatorio, no? E la zonizzazione acustica? Vale forse per un po' di day hospital se si farà?). Gli anziani si muoveranno, si sposteranno. L'Asl spiega, l'ospedale cremasco esegue, ciellini & C. esultano. Il centrodestra soresinese esulta ancora, 12 anni dopo, malgrado lo smacco della decapitazione del Robbiani, della ghigliottina pronta per il gioiello locale della sanità. Il centrodestra si spacca, parte della Lega va all'opposizione. "La gente è con noi": Luigi Ablondi, guru della sanità cremonese proclama le proprie ragioni. La sua vittoria è incontrastata, il centrodestra ha ottenuto ciò che voleva (ma che cosa voleva? Nel '98 salvare il Robbiani col piano Conz, ora costruire un poliambulatorio che non è un ospedale). La politica è diventata una scienza poco comprensibile.

Dopo cent'anni il dono dei benefattori non c'è più, si è trasformato e arrivano da Cremona e Crema diligenti manager sanitari che spiegano d'aver tutte le ragioni. La legge è tutta dalla loro parte, il Robbiani no. Ora bisognerà costruire entro fine anno i muri perimetrali del nuovo servizio sanitario che sta germogliando nell'area industriale, se no si perderanno fior di finanziamenti. Poi l'ultima asta. Chi comprerà il vecchio ospedale di via Amilcare Robbiani? Per farne che cosa? Qualcuno prova un senso di colpa? C'è chi non riesce a dormire la notte per l'assassinio del secolare ospedale di Soresina, nato quando nessuno si sarebbe mai sognato che Formigoni e Borsani concepissero una riforma simile?

**Fede, politica e affari: il "boom" di CL. La religione politica "del fare", di tutto**

## Comunione e Fatturazione

**U**na super lobby, I suoi detrattori affermano che è più potente dell'Opus Dei, più efficiente della massoneria, più «connessa» di Confindustria. È in questa duplice natura il fascino e l'attrattiva di Comunione e liberazione, un network di potere che sta conquistando crescenti posizioni in Italia e all'estero.

Al di là dei rumors, il movimento creato nel '54 da don Luigi Giussani rappresenta oggi un fenomeno di grande interesse; ed altrettanto stimolante sul piano analitico è il suo braccio economico, la Compagnia delle opere. Le imprese e i professionisti che la compongono sono una rete solidissima, che si integra e assiste le altre realtà del movimento. I numeri della Compagnia delle opere sono impressionanti: 41 sedi in Italia e in altri 17 paesi, 34.000 imprese e 1000 associazioni no-profit. Il fatturato complessivo è stato stimato in almeno 70 miliardi di euro. Numeri in difetto perché tengono conto soltanto delle imprese iscritte alla Cdo. Soltanto la sezione milanese della Cdo conta più di 6000 aziende di tutti i comparti e le tipologie. Già nel 2008 il numero di associati della Cdo di Milano ha superato quelli di Assolombarda.

Comunione e Liberazione esprime un leader, Roberto Formigoni, che guida da 15 anni una regione, la Lombardia, che con un

bilancio di 24,9 miliardi di euro è più importante di molti piccoli Stati dell'Europa allargata. Ma Cl e Cdo si stanno espandendo con forza anche nella "rossa" Emilia Romagna, in Piemonte, in Lazio, in Calabria, in Sicilia; mentre all'estero è ormai presente in 70 paesi, dove conta su forti presenze.

Comunione e Liberazione vanta forti simpatie e sostegni nella politica: da Silvio Berlusconi (sostenitore de Il Sabato nel '78 e premier indicato apertamente da Cl e Cdo in varie tornate elettorali) a Pierluigi Bersani



(ospite fisso del Meeting di Rimini) fino a Enrico Letta, Francesco Rutelli, Matteo Renzi, e molti ancora.

Oggi però esprimono «vicinanza» a Comunione e liberazione big dell'economia e protagonisti della finanza come Corrado Passera, Sergio Marchionne (ospite d'onore al Meeting 2010), il numero uno di Generali Cesare Geronzi, il presidente dello Ior Ettore Gotti Tedeschi, top manager di multinazionali come Enel e Edison, noti professori universitari, giornalisti, medici, imprenditori.

I critici di Cl sostengono che, sfruttando il mantra della sussidiarietà, Cl e Cdo hanno colonizzato la sanità lombarda, privatizzandola rapidamente (le strutture private nei 15 anni di guida fomigioniana sono cresciute esponenzialmente) ed occupandola con i suoi uomini. Identiche accuse sono state rivolte relativamente alla guida di società ad hoc create dalla Regione come Finlombarda, Infrastrutture Lombarde, Cestec, Ferrovie Nord, Fiera di Milano.

Al fenomeno Cl è dedicato un corposo libro di inchiesta, *La Lobby di Dio* (dal 25 novembre in libreria per Chiarelettere) di Ferruccio Pinotti, che in 480 pagine fitte di dati e ricche di oltre 60 interviste, illumina per la prima volta un mondo in grande crescita.

Fonte: MicroMega

## **sicurezza sul lavoro - Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico** **FURTI E... MODALITÀ DI ACCESSO**

**E**gregio Direttore Amministrativo  
dott. Osvaldo Basilio  
della Fondazione I.R.C.C.S Ca' Granda Ospedale Maggiore  
Policlinico Milano

Venerdì 12 Novembre ha fatto diffondere tramite il webmaster il messaggio sotto riportato:

**A seguito dell'intensificarsi delle segnalazioni di furto all'interno del nostro Ospedale si invitano tutti gli operatori e chiunque, a vario titolo, abbia a trovarsi all'interno dei locali della Fondazione a prestare la massima attenzione nella conservazione e sorveglianza dei propri effetti personali e dei beni mobili, di proprietà della Fondazione, che sono utilizzati per lo svolgimento dell'attività professionale.**

*ma in tale messaggio è stato dimenticato che, oltre a prestare la massima attenzione nella conservazione e sorveglianza dei propri effetti personali e dei beni mobili di proprietà della Fondazione, si deve prestare attenzione al possibile rischio di reazione del malvivente, nel caso in cui lo si colga in flagranza di reato.*

*Alcuni anni fa fui presente nel blocco operatorio del padiglione Beretta Est durante un avvenimento, nel quale un medico si accorse di aver dimenticato il portafoglio nello spogliatoio, per cui comunicò di assentarsi per prenderlo, ma quando tornò si presentò "malconcio" perché fu aggredito dal malvivente che si era intrufolato nello spogliatoio e che venne colto in flagranza di reato.*

*Giovedì scorso, 11 Novembre, la caposala degli ambulatori del padiglione Monteggia si era assentata dal suo ufficio per consegnare un documento e alcuni minuti dopo, al suo rientro vedeva da lontano, uscire di corsa dal suo ufficio una persona, quindi è entrata nell'ufficio e ha controllato nella sua borsa e si è accorta che gli avevano rubato il portafoglio. Ma cosa sarebbe successo se lei avesse anticipato il rientro di otto secondi? Cioè se lei fosse arrivata sulla soglia del suo ufficio e avesse visto il malvivente con le mani nella sua borsa? C'era il rischio che il malvivente per scappare gli avrebbe dato uno spintone e che lei cadendo avrebbe potuto subire un trauma?*

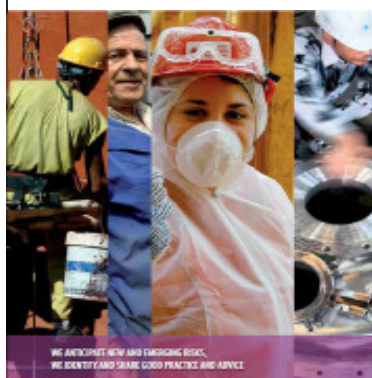
*E come Lei ha scritto, ciò vale anche per i beni mobili di proprietà della Fondazione, cioè che cosa sarebbe potuto succedere il 19 Gennaio 2010 quando rubarono l'ecografo di 75.000 euro nel padiglione Sacco, [http://milano.corriere.it/notizie-ultima-ora/Cronache/Milano-Policlinico-rubato-ecografo-75mila-euro/23-01-2010/3-A\\_000077280.shtml](http://milano.corriere.it/notizie-ultima-ora/Cronache/Milano-Policlinico-rubato-ecografo-75mila-euro/23-01-2010/3-A_000077280.shtml) se i malviventi fossero stati colti in flagranza di reato, nel momento in cui lo stavano caricando sul mezzo di trasporto? Oppure quando rubarono 6.000 litri di gasolio dal serbatoio del gruppo elettrogeno della cabina elettrica "Moneta", nel momento in cui lo stavano travasando? Oppure quando hanno rubato il miniescavatore? Oppure quando hanno rubato, in diversi tempi, le diverse decine di computer? ecc. ecc..*

*Quindi, considerando il possibile rischio di reazione dei malviventi ritengo che il contenuto del messaggio diffuso non sia appropriato, in quanto l'Amministrazione dell'Ospedale dovrebbe impedire ai malviventi di essere presenti all'interno dell'intera proprietà dell'Ospedale. Cioè, separare i varchi per potere accedere e uscire dall'Ospedale e considerarli normalmente chiusi, consentirà una più difficile presenza di malviventi al proprio interno. Per questa considerazione, tutto il personale che lavora all'interno dell'Ospedale utilizzerà varchi specifici controllati da barriere mobili azionate da badge. Ne segue che si dovrebbe organizzare:*

*un ingresso per i dipendenti e per i lavoratori delle ditte in appalto, dal quale si accede esclusivamente col badge tramite delle barriere mobili e si esce nell'identico modo: dal passo carraio del paglione Mangiagalli e del paglione Litta, entrambi presenti in Via Della Commenda;*

**I**n molti grandi ospedali non c'è un vero controllo sugli

accessi (ricordiamo quanto fece scalpore l'inchiesta di qualche anno fa a cura di Roberto Gatti dell'Espresso, sul Policlinico di Roma) ma riteniamo che il problema della sicurezza sui furti e sulle aggressioni a chi potrebbe cercare di impedirlo (l'INAIL direbbe rischio ubiquitario...) abbia una falla a monte. Hanno riempito gli ospedali di telecamere, vedi legge antiterrorismo post-torri gemelle e paura di intrusioni dove vengono custodite fonti radioattive (dimenticando la palese violazione della privacy dei pazienti) senza prima preoccuparsi di chiudere le porte! Un'altro grave problema è quello dei percorsi all'interno dei grandi ospedali (l'anno scorso è morta una collega di Niguarda, schiacciata da un camion della logistica) e le interferenze dei cantieri.



*dal varco pedonale del padiglione Lamarmora e dalla portineria del paglione Invernizzi, per chi usa i mezzi pubblici. un ingresso per i visitatori: dalla portineria del padiglione Mangiagalli, dall'ingresso di Via Lamarmora e dalla portineria del paglione Guardia Accettazione: dal quale si accede sola-*

*mente per il Pronto Soccorso;*

*dal quale si accede solamente negli orari di apertura degli ambulatori, previo controllo della documentazione; dal quale si accede solamente negli orari di visita dei pazienti. dal passo carraio di Via Francesco Sforza: per accompagnare/ritirare pazienti*

*Inoltre, all'interno dell'Ospedale per potere accedere ai vari reparti, oltre all'uso dei citofoni, posti agli ingressi del reparto, per chiamare il personale, converrebbe organizzare l'abilitazione dell'uso dei lettori dei badge personali che oltre ad aprire la porta, registri chi l'ha aperta. In questo modo si ridurrebbero duplicati di chiavi e un più facile accesso per un intervento di gestione dell'emergenza, di soccorso sanitario e di manutenzione degli impianti tecnici.*

*A conclusione di questo problema, si deve riconsiderare anche il Regolamento per l'Accesso, la Circolazione e il Parcheggio nelle Aree della Fondazione ... , che allego a questa e-mail aggiornato nei miei commenti, visto che lo diffusi a tutte le e-mail aziendali il 25 Maggio 2008 assieme a un testo, nel quale esposi proposte di modifica del Regolamento stesso e che anch'esso allego a questa e-mail. Riconsiderare il Regolamento è importante, a maggiore ragione vista anche la e-mail diffusa il 12 Novembre 2009 dal webmaster per conto del Direttore Medico di Presidio, perché nei tempi successivi si apriranno ulteriori cantieri e si ridurranno i numeri delle piazzole a uso parcheggio.*

*Di conseguenza l'Amministrazione dell'Ospedale dovrebbe anche considerare di facilitare i dipendenti a sottoscrivere l'abbonamento annuale per l'uso dei mezzi pubblici, pagando una percentuale dell'abbonamento stesso e facendo rateizzare il costo dell'abbonamento con il prelievo dalla busta paga, in modo che in questo modo si abbia anche la detrazione di tale costo dal 730.*

*Ringraziando per l'attenzione e con la speranza che nessuna persona venga aggredita all'interno dell'Ospedale a difesa della conservazione e sorveglianza dei propri effetti personali e dei beni mobili, di proprietà della Fondazione, invio cordiali saluti.*

**Marzio cattaneo** Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

**L**a questione infermieristica e quella dell'oss si trascinano ormai da troppo tempo, il motivo è che, in qualunque modo si chiuda una delle due, questo avrà una profonda ricaduta sull'intero sistema sanitario. Per questo ci troviamo di fronte ad una volontà istituzionale che frena sulle soluzioni perché la volontà politica sul sistema sanitario è quella di liquidarlo e non quella di renderlo funzionale.

Da tempo abbiamo individuato come limite strutturale delle vertenze i percorsi separati, e spesso conflittuali, che i due profili hanno attivato chiudendosi dentro la propria condizione professionale che li sta portando ad un corporativismo dei poveri che non dà, e non potrebbe essere diversamente, alcun risultato.

La soluzione dei problemi delle due tipologie di operatori non sta dentro al proprio profilo professionale ma nella capacità di relazione progettuale tra i due contestualizzata con le trasformazioni in atto e i modelli emergenti.

Il rischio è quello di proiettare se stessi fuori dalla realtà operativa e lavorativa riproponendo il dualismo e la separazione tra condizioni di lavoro e professionalità puramente formale e non esercitata. Del resto il processo assistenziale di cui sono attori entrambi i profili li costringe ad una relazione quotidiana, professionale, operativa e lavorativa che non può essere ignorata o rimossa.

Se consideriamo gli aspetti fondamentali di ogni profilo vediamo che esiste una analogia veramente sovrapponibile se non nella forma, sicuramente nella sostanza. E questa è una caratteristica di tutte le figure professionali che si occupano di assistenza diretta al paziente.

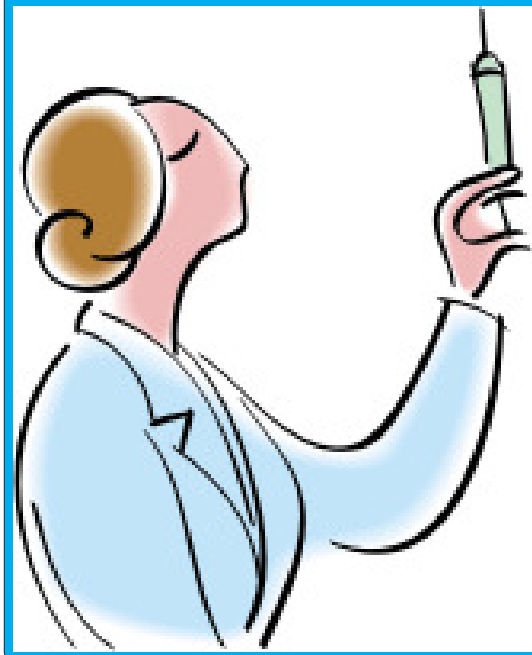
## **OPERATORE SOCIO SANITARIO FORMAZIONE:**

è un processo fuori controllo, che ha attivato un mercato formativo privato di notevole spessore e di qualità da verificare, se non propriamente carente, dai costi estremamente onerosi. Non sono da escludere forme di acquisizione del titolo dietro pagamento. Una formazione che spesso non corrisponde all'utilizzo dell'operatore e che si traduce nella riproposizione dell'ambito operativo dell'infermiere generico. La formazione complementare mette in condizioni operative semi infermieristiche anche sul piano formale e non solo su quello operativo reale.

Una formazione pubblica garantirebbe, oltre ad un abbattimento dei costi per gli oss, una qualità certa e certificata e soprattutto omogenea su tutto il territorio nazionale. Per strappare la formazione dalle mani dei privati occorre far uscire dal terreno della formazione professionale il corso oss e trasformarlo in vero e proprio corso scolastico, ( istituto tecnico sanitario, o analogo ? ). Bisogna considerare che attualmente la possibilità di frequentare il corso consente il recupero dell'abbandono scolastico dei giovani garantendo loro una relativa certezza lavorativa.

Come si stabilisce il fabbisogno quantitativo della formazione per non incorrere nel rischio di una produzione di oss senza alcuno sbocco lavorativo. L'innalzamento del percorso formativo e dei titoli per l'accesso determina una selezione verso l'alto, ma per raggiungere quale obiettivo? E' evidente che se non si stabiliscono con certezza ruolo, funzione, collocazione nel processo assistenziale, funzione sociale, livello di autonomia professionale e operati-

# **O.S.S. & INFERMIERI UNA QUESTIONE IN DUE O DUE QUESTIONI IN UNA ?**



va, non è possibile definire il percorso formativo dell'operatore. A sua volta l'incertezza della formazione e la difficoltà di certificazione contribuisce in maniera determinante ad impedire sviluppo e definizione professionale e collocazione lavorativa dell'operatore.

### **ACCESSO AL LAVORO:**

per il personale ex ota o ausiliario ricollocato la ricollocazione è sicuramente problematica, ma rimane all'interno del rapporto di lavoro stabile e a tempo indeterminato, per coloro che invece devono accedere al sistema l'unica via che viene praticata è quella dell'interinale. Questo determina difficoltà notevoli nella gestione della vertenza, infatti questi lavoratori si mostrano estremamente sensibili alle questioni riguardanti l'identità professionale, ma non possono mobilitarsi perché ricattati, senza diritti e a forte rischio di espulsione dal sistema. È sicuramente un dato che occorre tener presente nell'intervento sindacale. Le aziende sanitarie sono fortemente riluttanti a definire il fabbisogno di oss attraverso la definizione delle dotazioni organiche e delle modalità di impiego di tale operatore nell'organizzazione del lavoro nei presidi e nel territorio.

### **CONDIZIONE LAVORATIVA:**

scopa e siringa è la sintesi adeguata di questo operatore che viene utilizzato con una flessibilità veramente incredibile, al di fuori di mansionari, tutele legali, protocolli operativi, copertura assicurativa, mancanza di tutela della salute e prevenzione adeguata. Due sono i punti dirimenti il problema della collocazione lavorativa, il primo è che se ci troviamo di fronte ad una figura del ruolo tecnico non possiamo comunque attribuirgli mansioni assistenziali o comunque di

rapporto diretto con il paziente, il secondo è che non ha senso costruire una figura, anche se tecnica, definita come supporto dell'infermiere. Un operatore non può essere di supporto ad un altro operatore a meno che non se ne condivida ruolo e funzione ( entrambi ruolo sanitario con mansioni infermieristiche ), oltre a definire una modalità di delega da parte dell'infermiere che delegherebbe ad eseguire prestazioni dirette sul paziente una figura tecnica che non ha l'abilitazione professionale a tali operazioni. È possibile definire un'area di competenza professionale, quindi con livelli certi di autonomia, di supporto al processo assistenziale separando ruoli e competenze tra chi permane nel ruolo tecnico (Mansioni alberghiere) e chi transita in quello sanitario per ulteriore formazione complementare?

La tendenza che si va sempre più manifestando, di coprire le carenze infermieristiche con un uso spregiudicato di oss evidenzia l'esigenza di fare chiarezza su tale operatore.

### **CONDIZIONE PROFESSIONALE:**

è evidente come venga negata a questo operatore una propria identità professionale per consentirne l'impiego nell'ambito di una flessibilità totale ricattatoria. Il nostro obiettivo di definire il profilo come nazionale sottraendolo alla condizione di figura tecnica di competenza regionale ha come fine principale proprio la definizione dell'identità professionale da cui conseguono tutti gli altri aspetti.

### **CONDIZIONE SALARIALE:**

la negazione delle indennità di disagio lavorativo, con la scusa di

## O.S.S. & INFERMIERI

CONTINUA A PAGINA 11

essere una figura tecnica, costruisce una condizione salariale per cui a parità di turnazione e di condizioni di lavoro, quindi di disagio, si crea una discriminazione retributiva che ha l'obiettivo di non riconoscere quanto svolto.

A questo si aggiunge la condizione salariale degli esternalizzati che vivono una precarietà salariale che rasenta il pizzo o il furto. La conquista di una pari dignità salariale è un problema di carattere contrattuale e umano che dobbiamo tener presente.

### CONDIZIONE CONTRATTUALE:

sono praticamente ignorati, ma non è un semplice tributo alla lobby infermieristica. Tale distrazione consente di utilizzare diversamente i fondi contrattuali, crea un'area di lavoro grigio determinata dalla flessibilità totale di tale operatore, impedisce le rivendicazioni normative e salariali che competerebbero in un contratto di lavoro.

### EVOLUZIONE PROFESSIONALE:

proprio per come viene utilizzato nell'ambito del lavoro diretto sul paziente, tale operatore acquisisce crescenti conoscenze professionali, manualità, apprende, comprende e contribuisce a realizzare il processo assistenziale, una formazione sul campo che viene utilizzata per il servizio senza alcun riconoscimento.

Tutto questo determina un patrimonio personale che si traduce in aspirazione di crescita professionale come legittima aspettativa lavorativa, è possibile negarla loro, quale possibile evoluzione professionale?

Dalla disamina delle questioni fondamentali appare evidente che la condizione dell'oss appare stagnante e tendente all'ulteriore peggioramento, una situazione inaccettabile che non può essere protratta ancora a lungo. Sul piano istituzionale, il Ministero della salute ha attivato il tavolo tecnico che era stato concordato nell'incontro avuto a seguito della nostra iniziativa di lotta nazionale dell'anno scorso. A parte che c'è voluto più di un anno per costituirlo, e questo fa già capire qual è la volontà politica, la sua composizione è tale da risultare in netta maggioranza coloro che considerano la questione oss come già definita e sono contrari ad ogni innovazione. L'associazione che è presente, anziché sgomitare per essere l'unica presente, avrebbe fatto meglio a creare uno schieramento omogeneo con le altre associazioni e rendere comuni e noti i contenuti che esprimerà sul tavolo. I lavori del tavolo vanno a rilento e tirano per le lunghe per non affrontare le questioni nodali del problema. Quello che è sicuramente inaccettabile è che altri si siedano ad un tavolo imbandito da noi e poi pretendano di tenerci fuori, una situazione curiosa.

Le regioni nell'ambito della conferenza sono riluttanti ad affrontare il problema, poi però sul piano interno di ciascuna si muovono con molta disinvoltura sulla questione raggiungendo il massimo del risultato con il minimo impegno.

Le altre oo.ss. hanno una posizione defilata e cauta, salvo periodicamente qualcuna che parte con una crociata che finisce con il mettere in croce gli oss. Se ci fosse la volontà vera di fare qualcosa, lo avrebbero potuto fare in sede di rinnovo contrattuale.

## INFERMIERE

### FORMAZIONE:

sul piano formale è stata equiparata ai corsi di laurea ma nella realtà non modifica la condizione lavorativa e non migliora la condizione professionale, riproducendo la separazione tra preparazione formale e condizione materiale del lavoro e della professione.

Ha introdotto una divisione nelle aspettative tra i diversi livelli formativi e non potrà non dare luogo a problemi nel rapporto di lavoro e nelle relazioni professionali. L'introduzione dei master non ha risolto il problema del riconoscimento delle specializzazioni e la possibilità di praticarle, così come non ha risolto il problema della carenza dovuta alla subordinazione dell'organizzazione dei corsi agli interessi delle facoltà di medicina.

La formazione universitaria, sebbene abbia creato le condizioni formative e formali per l'evoluzione professionale degli infermieri, in realtà non è andata oltre la costituzione di un'aristocrazia professionale che utilizza la formazione per la propria fuga dalla condizione di infermiere, vale a dire dal letto del paziente. L'introduzione dell'ECM ha creato un ulteriore mercato della presunta formazione, in questo caso, buona per le casse ma retorica e inutile per gli infermieri. Nonostante la formazione, la creazione di una dirigenza professionale adeguata alla nuova fase è di là da venire ed è ormai diventata un vero e proprio ostacolo all'evoluzione della condizione professionale e lavorativa.

Una profonda riflessione sulla formazione è una condizione indispensabile, ma non può essere fatta se non contestualmente alle trasformazioni in atto.

### ACCESSO AL LAVORO:

il blocco del turn over spinge in maniera pretestuosa verso le esternalizzazioni e l'utilizzo dell'interinale. L'ingresso del sistema avviene per sostituzione temporanea con la produzione di precariato storico, o attraverso l'utilizzo di agenzie e cooperative che ormai gestiscono interi rami di azienda.

La condizione di precarietà impedisce crescita professionale, funzionalità ed efficienza delle prestazioni perché diventa prioritario trovare il modo per garantirsi la permanenza nel sistema.

### CONDIZIONE LAVORATIVA:

ormai è evidente che l'infermiere è l'ultima frontiera a difesa dell'inconsistenza organizzativa del sistema che scarica su tale operatore ogni problema e lo chiama a dare soluzione tempestiva e senza tutela. Carichi di lavoro, carenze di organico, ritmi senza pausa e insostenibili, mancanza di sicurezza, abbattimento dei diritti individuali e collettivi, una condizione sulla quale bisogna intervenire per evitare che le contraddizioni vengano scaricate sulle figure afferenti come l'oss. L'insistere sul supporto all'infermiere sembra avere proprio questo obiettivo, prestarsi ad essere lo scarico delle frustrazioni dell'infermiere, una condizione terrificante solo a pensarla.

### CONDIZIONE PROFESSIONALE:

la dicotomia tra il fare e il saper fare diventa un vero proprio sdoppiamento della condizione professionale, che è sicuramente storica, ma che ora con la retorica della formazione universitaria diventa un elemento dirompente. Il riconoscimento di una vera autonomia professionale, realmente praticabile, rimane un sogno irrealizzabile.

### CONDIZIONE SALARIALE:

non solo è terribilmente stagnante, ma è eccessivamente spostata verso la parte variabile del salario, vale a dire te lo devi guadagnare con le prestazioni lavorative. Parte variabile che è costituita nella quasi totalità da indennità di disagio lavorativo e questo costringe gli infermieri alla ricerca della turnazione h24, dei reparti con indennità maggiorate, a nascondere le proprie condizioni di salute per paura di perdere il turno, oltre a disagi sociali e personali. L'altra parte del salario è legato alla produttività che vuol dire rinunciare a elementi di garanzia per produrre prestazioni, una sorta di Pomigliano in piccolo. Oggi questa componente di salario assume con la riforma Brunetta la condizione di strumento di gestione organizzativa, lavorativa e disciplinare dell'infermiere.

CONTINUA A PAGINA 13



# O.S.S.&INFERMIERI

CONTINUA A PAGINA 12

## CONDIZIONE CONTRATTUALE:

si sta sviluppando una vera e propria branca dell'ingegneria contrattuale sull'infermiere. Mentre è praticamente ferma ogni possibilità di crescita nel contratto nazionale, si insinuano forme di contrattualizzazione sempre più dirompenti, come quella degli infermieri retribuiti dalle case farmaceutiche, per additarne una come esempio. In questa totale incertezza contrattuale si consuma uno degli elementi di profonda divisione della categoria.

## EVOLUZIONE PROFESSIONALE:

praticamente inesistente, a fronte di una formazione estremamente ampliata che non viene riconosciuta e, di fatto, umiliata. Qualunque sia il livello formativo e le aspirazioni professionali, se non si ha la possibilità di fuga nelle facoltà universitarie, si rimane incatenati al letto del paziente per tutta la vita.

La nuova formazione non è stata utilizzata neanche per rinnovare la dirigenza infermieristica, che rimane legata a vecchi schemi gerarchici e di controllo del personale. Oggi possiamo sicuramente affermare che questa dirigenza è uno degli ostacoli all'emanipazione professionale dell'infermiere, l'elemento determinante per tale ruolo è la ricerca dell'autoconservazione che la dirigenza ha come caratteristica predominante.

Da questa breve disamina appare evidente come le problematiche dei due profili siano parallele e, fatte salve le ovvie differenze formali, siano sostanzialmente analoghe e dovuta alla propria condizione e al proprio ruolo dentro al sistema sanitario. L'intervento che affronti questo stato di cose non può prescindere da proposte che riguardino: modello di assistenza, organizzazione del lavoro, autonomia professionale, dignità salariale, dignità contrattuale.

E' indispensabile non commettere l'errore di ragionare su queste questioni senza contestualizzare le analisi rispetto alle trasformazioni in atto, vale a dire politiche governative, regionali e modelli organizzativi. Altrimenti rischiamo di esse autoreferenziali, se va bene, ininfluenti rispetto alla soluzione dei problemi in qualunque caso.

Il Governo procede nella sua politica di ritrarre lo Stato e le sue funzioni dal territorio e dai servizi per ridurre la spesa e salvare il bilancio. La politica dei tagli lineari è devastante nei confronti del sistema. Siamo, inoltre, di fronte ad un processo di deresponsabilizzazione con l'abolizione delle relazioni politiche tradizionali e la creazione di una rete di interventi correlati diventano ognuno causa ed effetto dell'altro.

Allora abbiamo un Ministero della Salute ma senza portafoglio, gestito dal ministro dell'economia, abbiamo il federalismo regionale, ma il Governo gestisce la spesa, i rientri dei tetti di spesa e le scelte di politica sanitaria regionale. Una sorta di centralismo federalizzato nella forma.

Le regioni operano ormai tutte in regime commissariale, se non nella forma, sicuramente nella sostanza. Supine alla volontà politica del Governo si trasformano in commissari liquidatori del sistema centralizzandolo sul livello territoriale, alla faccia dell'aziendalizzazione e dell'autonomia aziendale. L'intervento regionale determina ulteriori forme di precariato, esuberanti e mobilità, tagli al salario e ulteriore differenziazione delle retribuzioni, peggioramento delle condizioni di vita e di lavoro.

In questa situazione avanza l'ipotesi di un nuovo modello di assistenza definito come modello per intensità di cura. Un processo organizzativo che ridefinisce l'ospedale e il suo rapporto con il territorio passando, ovviamente per una ridefinizione di ruolo, funzione e organizzazione del personale, sicuramente di assistenza.

Una condizione dalla quale non possiamo prescindere per tentare di realizzare un intervento sindacale che coinvolga i lavoratori in questione.

RdB/USB P.I. Sanità

**Altra sparata leghista: stop agli infermieri stranieri. Per sfruttare di più quelli italiani e ridurre ancora la sanità pubblica**

## La risorsa salutare degli infermieri migranti

**Dopo la cretinata dell'esponente della lega veneta Giovannoni che annulla la maratona perchè vincono sempre gli atleti sud africani (allora mi domando, si dovrebbe annullare tutte le competizioni sportive comprese le olimpiadi) sento ora quella sugli infermieri. E vero che, la mamma dei cretini è sempre in cinta, ma al di là delle stupidate chiedo, quanti italiani sono disposti a turni massacranti, stipendi da fame??? Forse lor signori dimenticano che nell'ultimo quinquennio ben un milione di italiani è emigrato all'estero**



**per lavorare, ma non erano infermieri, se ne sono andati perchè in Italia non c'è più una prospettiva futura, e non si sta facendo niente per cambiare rotta.**

**Arroganza e ignoranza. Siamo ancora fortunati se ci sono stranieri disposti a venire in questo paese razzista a fare lavori che sempre meno italiani sono disposti a fare, nonostante la disoccupazione. Fra qualche anno dovremo supplicarli di venire, ma qualcuno ha spiegato a quei "geni"**

**della lega che se ci sono molti infermieri stranieri è perchè gli italiani non hanno voglia di fare sacrifici e lavorare? In Inghilterra anni fa è successo la stessa cosa, reclutavano infermieri dall'estero e credo lo facciano ancora, solo che non esisteva il razzismo e imbecilli che obiettavano, anzi !! ma possibile che non capiscano che se per caso (dovremmo accendere un lume se succedesse) il loro capo gli viene un'altro coccolone se non ci sono gli infermieri il pappagallo sotto al culo non glielo toglie nessuno? Ma i genitori di questa gente non si vergogna avere dei figli così imbecilli e ignoranti?**

**Questi leghisti hanno provato ad aver bisogno di personale infermieristico in ospedale, nelle case di riposo, nell'assistenza domiciliare? Sembra quasi che gli infermieri italiani se ne stiano tutti seduti tranquillamente in casa nell'attesa di qualche offerta. Vi rendete conto, ignoranti, che gli infermieri mancano? Quanto mi verrebbe voglia di augurare a codeste intelligenze d'aver urgente bisogno di personale infermieristico, non a pagamento, nei pubblici nosocomi dove spesso, per mancanza di organico, sono costretti a saltare i turni di riposo per settimane. Non sarebbe auspicabile, visto la lungimiranza dei "nostri" proibire di recarsi all'estero per determinate terapie? Bossi, il loro capo, dove ha scelto di andare a farsi curare dopo l'ictus? Perchè non è rimasto nella sua Padania?**

# Processo contro la "S. Rita" la Clinica degli orrori

## UNA SENTENZA PER RIFLETTERE

Fulvio Aurora

**Il Tribunale di Milano ha comminato pesanti condanne nei confronti degli imputati del cd processo Santa Rita. Alcuni imputati erano stati accusati di lesioni gravissime con l'aggravante della crudeltà, oltre che di truffa e falso per avere compiuto operazioni chirurgiche e altre pratiche sanitarie non dovute su molti pazienti che alla Clinica Santa Rita si erano rivolti. Non solo inutili, ma anche dannose, perché oltre il danno in se dell'operazione ci sono e ci saranno, almeno per diversi di loro, anche gravi conseguenze sulla salute nel tempo.**

**Quindici anni al primo imputato e a seguire 10 e 6 al secondo e al terzo. Altre pene importanti sono state comminate ad imputati minori. Tutti sono anche stati condannati a pagare risarcimenti, in relazione alla gravità delle loro condotte, alle parti civili, in solido con la Casa di Cura Santa Rita.**

**Anche Medicina Democratica, costituita e riconosciuta parte civile, ha ricevuto un risarcimento per i danni all'immagine, comunque per non avere potuto realizzare il suo impegno statutario a causa dei fatti dannosi, contrastanti con le buone pratiche, dovute dal Servizio Sanitario Nazionale. Ed è proprio su questo che ci si vuole soffermare.**

**I giudici sono stati, a nostro avviso, giusti ed equilibrati (presidente Balzarotti), i PM (Tiziana Siciliano e Grazia Pradella) hanno fatto un lavoro molto approfondito e meticoloso con l'aiuto di alcuni consulenti molto preparati. Si può essere soddisfatti del processo, ma non del sistema sanitario lombardo, esaltato da molti - in particolare dal Governo -. Nulla si può scusare dei comportamenti distorti degli imputati e della Casa di Cura, ma le conseguenze che conosciamo sono dovute alla grande apertura del sistema sanitario al privato, combinato con l'uso dei DRG. Non l'uso distorto dei DRG, ma semplicemente il loro uso. Sono essi stessi "distorti". Perché sono tariffe corrispondenti a prestazioni. Anche un bambino capisce che più prestazioni vengono fatte e maggiore è il valore delle prestazioni, più elevato diventa il guadagno. Alle strutture private che vivono di DRG viene offerto dell'oro su un piatto d'argento.**

**Altre condanne precedenti per truffa e**

**MD ritiene che questa vicenda rappresenti solo la punta di un iceberg di una situazione di illegalità diffusa. La sanità lasciata in mano ai privati, i pochissimi controlli efficaci, la totale assenza di una vera programmazione sanitaria hanno fondamento in un sistema basato sul rimborso a prestazione (DRG). Si tratta di una truffa assurda a legalità. Più si fanno prestazioni e più si è pagati. Molte di queste prestazioni sono inutili, molte fra queste sono dannose. Nel caso della Santa Rita, oltre all'illecito amministrativo, alla selezione dei pazienti e delle patologie in base a pura convenienza economica si è aggiunta la gravità delle lesioni procurate: si è cioè ritenuto meno rischioso effettuare una serie di interventi chirurgici inutili e quindi di**

**falso ci sono state e altri processi si stanno preparando, sempre a Milano. Allora perché non si pone il problema del sistema nel suo insieme?**

**Va bene agli amministratori: Berlusconi lo ha esaltato in occasione di un incontro alla Clinica San Donato (una di quelle sotto indagine); ma va bene a molte società scientifiche che vedono con l'eseguire tante prestazioni una loro possibilità di espansione, quindi di guadagno, forse va bene anche a molti operatori non medici che possono utilizzare la libera professione o farvi in qualche modo parte, addirittura potrebbe andare bene a molti pazienti, contenti di essere sotto controllo per essere soggetti (o oggetti?) a visite, esami ed operazioni.**

**Un sistema difficile da debellare. Dobbiamo lottare ugualmente. La sentenza di oggi è un'opportunità grande. Forse qualcuno rifletterà. Speriamo, altrimenti il Servizio Sanitario Nazionale, già su una brutta china, farà una brutta fine.**

lavoro salute

www.lavoroesalute.it

Redazione: viale Cassanese, 10 - 20139 Milano

GRATUITO  
Finanziato da professionisti e lettori  
Contributo Facoltativo

● La progressiva privatizzazione pag. 3  
● Finanziamento: proposta alle Regioni pag. 4  
● Il caso della clinica Santa Rita a Milano pag. 7  
● Sistema dei DRG e diagnosi selvaggio pag. 10  
● Due rifonne decisive e REA 002300100 pag. 11

**il cancro nella sanità**

Processo al sistema di pagamento a prestazione

IO PORNARO  
IO SECONDARIO

**Processo alla clinica degli orrori è giustizia giusta!**

● Arringa avv. Margherita Pisapia pag. 14  
● Arringa avv. Francesca Nomeri pag. 16  
● Creazione di Medicina Democratica pag. 17

**Quale modello per la salute?**

Martedì 9 novembre 2010 dalle ore 15.00  
Soggetto civile: CHIAMA MILANO  
Luogo: Corridoi dei Servi II  
ore 15.30: video-discussione  
"Viaggio nelle Sere del Movimento"  
ore 16.00: intervento  
"Alleanza Docenti" - soggetto di sanità pubblica  
Francesco Bertino - direttore del dip. di medicina  
preventiva Istit. San Donato di Milano  
Eloisa Arzuffo - consigliere regionale Piemonte  
alla Assevera Sanità Piemonte  
Margherita e Giuliana Pisapia - avvocati nel processo Santa Rita  
È stato invitato il Prof. Filippo Chiodi  
Presidente emerito della Corte Costituzionale  
Intervistato delegato sindacale  
Coordinatore Fulvio Aurora di Medicina Democratica

inoltre in questo dossier

- Sindacato e DRG  
Margherita Napolitano  
coordinatrice RSU  
Ospedale San Raffaele di Milano
- I casi ThyssenKrupp,  
Eremit, S. Rita
- La storia di MD  
cosa è, e come agisce
- Ora "LavoroSalute"  
anche in Lombardia

Periodico dell'Associazione mdz

Medicina Democratica

Direttore responsabile: Fulvio Aurora

**per sé dannosi che non semplicemente fingere di averli fatti falsificando le cartelle cliniche e le schede di dimissione ospedaliera. Il lavoro svolto dai Pubblici Ministeri e dai loro consulenti è stato preciso ed efficace. Medicina Democratica ringrazia in particolare anche il proprio legale, l'avv. Margherita Pisapia.**

**Il volto nascosto della Lega Nord**

Dietro il volto efficientista la pratica arruffona e affaristica del loro DNA craxiano

Fulvio Balzarotti - Davide Pizzanelli

**Inganno padano**

La vera storia della Lega Nord

Professione di Fulvio Colombo

Edizioni La Zisa  
pagg. 176 - euro 14,90

Ogni episodio di malasania mette inevitabilmente non solo i diretti protagonisti davanti all'interrogativo etico: "Si poteva evitare?" ma anche tutti gli operatori sanitari, per inevitabile identificazione. In alcuni casi, però, gli stessi operatori possono ricorrere ad alcuni antidoti, ad esempio attraverso il ruolo che il sindacato svolge all'interno delle strutture sanitarie. Analizziamo alcuni esempi concreti.

Il D.lgs. 66/03 regola i tempi di lavoro; si tratta del recepimento di una direttiva europea. Tra le novità introdotte in Italia, quella che più ha coinvolto il dibattito sindacale in sanità è stata quella delle undici ore di riposo tra un turno e l'altro. Infatti, in molti ospedali o case di riposo si effettuava il secondo-primo o il primo-notte, turni che prevedono tra le sette e le dieci ore di interruzione tra lo smonto e la ripresa del lavoro.

A livello nazionale, i sindacati firmatari di contratto hanno avviato semplicemente derogando ad una legge concepita per consentire un adeguato recupero psico-fisico del lavoratore. Molti lavoratori erano d'accordo con la deroga, perché apparentemente questa turistica consente di concentrare i turni e di avere un numero superiore di riposi consecutivi.

Il problema è costituito dalla carenza di organico cronica - nella sanità pubblica per i continui tagli e in quella privata per aumentare i profitti, - e questo comporta che i riposi vengono sistematicamente riempiti con turni straordinari. Così all'aumentato stress dovuto ai turni ravvicinati si aggiunge la fatica per l'incremento dell'orario di lavoro settimanale.

In queste condizioni, diventano più frequenti infortuni ed errori dovuti a stanchezza.

Ecco un primo esempio del ruolo del sindacato nella tutela sia della salute dei lavoratori che della qualità delle prestazioni sanitarie erogate ai pazienti.

Restando sui temi della sicurezza, il sindacato ha un ruolo fondamentale nel garantire l'agibilità dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; fin dalla scelta di nominarli o eleggerli, dove solo la seconda opzione permette ai lavoratori di sottoporre a verifica periodica l'operato dei propri rappresentanti. Spesso i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, con la loro azione, possono contribuire alla messa in sicurezza di ambienti, procedure, impianti; provvedimenti che si traducono oltre che nella riduzione dei rischi per il personale anche in una maggiore qualità assistenziale.

Lodevole, in questo senso, il progetto promosso dall'Istituto Nazionale dei Tumori per il monitoraggio e la valutazione dei "quasi infortuni", in cui lo sfiorato incidente permette di analizzare il processo e prevenire la possibilità di incidente vero e proprio. Spesso, però, nell'Ospedale-Azienda, i costi per la sicurezza vengono considerati non come un investimento (basti pensare al danno economico dovuto alle assenze per infortunio,

**Intervento della coordinatrice RSU  
Ospedale San Raffaele di Milano  
sul sistema di pagamento  
a prestazione**

## il sindacato ai tempi dei DRG

di **Margherita Napoletano**  
Ingegnere Clinico



al di là delle meno ciniche considerazioni etiche) ma come un "costo evitabile".

Infine, una considerazione sul sistema di rimborso tramite DRG, l'aberrazione del sistema conosciuto attraverso la vicenda della Clinica Santa Rita e il ruolo del sindacato: ad ogni trattativa in cui viene proposto il modello delle valutazioni individuali, degli incentivi legati alla produttività, intesa come aumento dei DRG fatturati, viene spontaneo chiedersi se questo serve a ridurre le liste di attesa o semplicemente ad aumentare le entrate, mettendo in competizione un collega con un altro.

La RSU dell'Ospedale San Raffaele, ad esempio, da sempre rifiuta l'introduzione delle valutazioni individuali, a tutto vantaggio della solidarietà e dello spirito di squadra tra colleghi. Viceversa, chiedere un aumento dell'organico, senza cedere alla lusinga del "lavorare tanto, lavorare in pochi... e con guadagni più elevati", costituisce un modo per garantire il rispetto delle leggi che tutelano i lavoratori.

Inoltre, rimane un ruolo di vigilanza interna del sindacato, che non deve mai abbassare la guardia. Qualora l'azione di denuncia interna (alla Direzione Sanitaria, al Comitato Controllo infezioni, al Datore di Lavoro per gli aspetti di sicurezza) non fosse sufficiente, i delegati e la delegata sindacali non dovrebbero esitare a interpellare gli organi di vigilanza: ASL, Ispettorato del Lavoro, Procura della Repubblica.

Infine, occorre che il sindacato (e solo alcuni già lo fanno) dica con chiarezza che il sistema del rimborso a prestazione non funziona: inizialmente, nei primi anni della sua introduzione, ha fatto esplodere la spesa

sanitaria, senza riuscire a ridurre le liste di attesa; quindi sono state escluse alcune prestazioni dai LEA (livelli essenziali di assistenza), tra cui le cure odontoiatriche, come se avere il mal di denti non fosse un serio problema di salute. Successivamente, sono stati messi i "tetti": raggiunto un certo numero di interventi di un certo tipo, la Regione non rimborsa più.

Ma, fatta la legge, trovato l'inganno: le strutture private hanno incrementato negli ultimi mesi dell'anno le prestazioni esonerate dai tetti (oncologici e fuori-regione, attrezzandosi perfino con agenzie viaggio o poliambulatori in altre regioni per il reclutamento), mentre le liste di attesa diventano particolarmente lunghe per chi si presenta in autunno e molto più brevi in primavera. L'aberrazione, ovviamente, è quella della Santa Rita: pur di non lasciare una sala operatoria ferma, si opera anche chi non è ha bisogno.

Ma soprattutto il rimborso a DRG ha creato prestazioni "convenienti" e prestazioni meno redditizie, facendo sviluppare molto alcune discipline mediche a scapito di altre: la Radiologia non rende, mentre la Cardiocirurgia sì; così i privati, ma non solo, visto che anche nel pubblico i Direttori Generali devono far quadrare i conti delle "Aziende" Ospedaliere, scelgono su quali settori puntare, non in base al fabbisogno della popolazione, ma in base al rimborso regionale. Un esempio per tutti: un cesareo ha un margine più alto rispetto ad un parto naturale e le percentuali dei cesarei sono in continuo aumento rispetto a ciò che sarebbe fisiologico e più opportuno, in molti casi, per donna e neonato.

Se dopo tangentopoli si è sentita la necessità di introdurre nei contratti del pubblico impiego delle norme che siano di antidoto alla degenerazione del sistema, come il divieto per i dipendenti di accettare qualsiasi tipo di regalo, così anche dopo lo scandalo della Santa Rita sarebbe opportuno, oltre a cambiare il sistema di rimborso a livello legislativo, puntando sulla prevenzione e sulla ricerca di base, eliminare dal contratto tutti gli aspetti che possono incoraggiare il personale a perdere di vista l'obiettivo e l'etica del proprio lavoro. Uno di questi è il sistema di valutazioni individuali e l'insistenza sugli obiettivi quantitativi, che incoraggiano una specie di "cottimo". Mentre andrebbero introdotte norme che aumentino il controllo dello stesso personale sulla qualità delle prestazioni erogate e perseguano questo come obiettivo.

In conclusione, un invito a tutti e tutte lavoratori e lavoratrici della sanità e ai loro rappresentanti: dopo le tragiche esperienze lombarde, dal Galeazzi alla Santa Rita, dobbiamo quotidianamente interrogarci se il nostro lavoro e la vigilanza che già le attuali leggi ci consentono, a partire dal D.lgs. 81/08, sono improntati a prevenire ogni possibile incidente, infortunio o episodio di malasania.

Le proposte di Medicina Democratica di Milano

## PER UN PROGRAMMA DI SALUTE SOCIALE

### Premessa

Il sindaco è il responsabile della condizione di salute della popolazione del suo territorio. Il consiglio comunale condivide questa responsabilità. Allo stato attuale, per una modifica della legge 833/78 non sono più i sindaci a gestire il servizio sanitario anche se ad essi sono affidati dal DLg 299/99 (decreto Bindi) poteri di programmazione, di controllo e di giudizio sull'operato del direttore generale delle A-USL.

### Per un'amministrazione diversa

(...)

Occorre per primo identificare le cause che generano disagi, malattia e morte e cercare di formulare un piano di prevenzione per combatterle, per arrivare alla loro riduzione ed eliminazione. In proposito occorre promuovere un'indagine sullo stato di salute della popolazione che inizi a raccogliere e ordinare i dati sparsi che già ci sono. In particolare bisogna indagare oltre che morbilità e mortalità, anche la condizione degli anziani non autosufficienti, la diffusione delle malattie e l'uso che fanno i milanesi di psicofarmaci e di droghe. Occorre ripetere a Milano quanto è stato fatto negli anni passati dagli epidemiologi di Torino, vedere la mortalità e la speranza di vita divisa per classi sociali e in base a tutti gli indicatori fare un progetto per recuperare gli anni di vita persi.

### POVERTA' E EMARGINAZIONE

(...)

Emarginati a tutti gli effetti nella nostra città sono i disabili, gli anziani non autosufficienti, le persone con disturbi psichiatrici, gli immigrati irregolari e non integrati.

Rispetto a queste fasce sociali più deboli, naturalmente esposte a malattia e a disagio, è necessario prima di tutto conoscere le dimensioni del fenomeno, saperne cogliere la domanda, spesso inespressa, fare una ricognizione delle risorse esistenti e procedere all'elaborazione di progetti di inclusione sociale che sappiano tracciare un percorso partecipato e condiviso.

Le politiche fino ad oggi messe in campo dalle istituzioni socio sanitarie sono state quelle di scaricare sulle famiglie (magari in cambio di qualche soldo) la cura degli anziani malati cronici e dei soggetti con disturbi psichiatrici, con la tendenza anzi a trattare questi ultimi, così come gli immigrati, fondamentalmente come un problema di ordine pubblico.

Gli anziani cronici non autosufficienti a Milano sono intorno ai 12.000. Circa il 30 % sono ricoverati, mentre i rimanenti si trovano in famiglia. A Milano vi è il più grande istituto per cronici italiano, il Pio Albergo Trivulzio dove sono ricoverati oltre mille persone. Sono presenti nel Comune di Milano diverse altre RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) in relazione al fatto che la politica della regione è quella di favorire i ricoveri piuttosto che le cure domiciliari. Sono 56.000 in Lombardia i posti letto in RSA. Questo è un modo che consente alla Regione di portare in pareggio il bilancio della Sanità, perché le spese sanitarie sono trasferite sugli utenti. Sono decine le sentenze del TAR della Lombardia, alcune nei confronti del comune di Milano, che annullano i regolamenti che chiamano i famigliari dei ricoverati a integrare le rette in ottemperanza a quanto prevede il decreto legislativo 109/1998 e 130/2000, nonché del DPCM 29.11.01. L'applicazione della legge deve essere un punto fermo per il Comune.

# un sindaco per noi?

**Giuliano Pisapia**  
candidato sindaco della Milano democratica e della sinistra



In quanto a strutture abitative, possibilità di utilizzare i servizi, difesa dallo sfruttamento intensivo del lavoro gli immigrati sono uguali agli altri cittadini con difficoltà ulteriori di lingua, di mentalità e di cultura. Gli immigrati e i ROM sono le persone più insicure nella città. (.....)

### LA SALUBRITA' AMBIENTALE

Molto in sintesi, i temi principali da affrontare sono: l'inquinamento dell'aria e quello da emissioni degli inceneritori, la salvaguardia dell'acqua e la rimozione dell'amianto.

Cosa si sa: gli effetti sulla mortalità dell'inquinamento da traffico misurati sui parametri delle polveri sottili (PM 10 e PM 2.5) sono attendibili, lineari e prevedibili. La fonte di tale inquinamento è da attribuirsi per il 70% al traffico veicolare. L'inquinamento atmosferico ha effetti a breve e lungo termine. Riferendosi ai parametri dell'OMS si può calcolare che l'eccesso di inquinanti in città provoca annualmente circa 199 morti per gli effetti a breve termine e circa 1178 per gli effetti a lungo termine.

Questo significa che, dandosi degli obiettivi anche minimi, una riduzione del 10% dell'inquinamento dell'aria porterebbe a 240 morti evitate ogni anno. Stiamo parlando solo di morti tralasciando tutte le considerazioni sulle patologie respiratorie. (.....)

### Il problema dei rifiuti

A Milano la gestione dei rifiuti non è certo esemplare: la quota di differenziata è tra le più basse di tutta la regione. Non è solo uno scarso impegno ma una precisa scelta politica: si è deciso di investire negli inceneritori ampliando l'impianto di Figino. Si è deciso di investire in inceneritori perché grazie a una legge dello stato, votata e prorogata dai governi di entrambe le coalizioni, gli inceneritori termovalorizzatori, come vengono definiti dai nostri amministratori, sono considerati fonti di energia rinnovabile (andando per questo incontro anche a sanzioni dell'UE). (.....)



# "MILANO SALUTE"

CONTINUA DA PAGINA 16

Fra gli inquinanti emessi dagli inceneritori figurano numerose sostanze chimiche persistenti, bioaccumulabili, alcune delle quali già classificate nel gruppo 1 (cancerogeni certi per l'uomo) dallo IARC (il prestigioso Istituto di Ricerca sul Cancro francese). Troviamo particolato fine e ultrafine (vedi sopra), ossidi di azoto, zolfo, carbonio, composti organici volatili, metalli pesanti e diossine. Autorevoli studi italiani e internazionali dimostrano un eccesso di varie patologie cardiovascolari e respiratorie e di tumori nelle popolazioni che vivono nei pressi degli inceneritori, aumento della mortalità per tumore in particolare del cancro del colon retto e della mammella con numeri altamente significativi. (.....)

Ci si deve naturalmente esprimere contro la privatizzazione dell'acqua e adoperare per la salvaguardia della sua qualità controllando gli scarichi e mettendo in opera una rete di depuratori di piccole medie dimensioni. Si dovrà inoltre verificare la presenza di cemento-amianto nelle condutture e procedere ad eventuale sostituzione.

## RAPPORTI CON ASL E ASO

Forse nessuno in questi anni se ne è accorto ma nel comune di Milano esiste un assessorato alla salute. I suoi compiti sarebbero quelli di tutelare la salute dei cittadini interagendo con le altre istituzioni effettivamente preposte all'organizzazione dei servizi sanitari: regione e ASL. Un ruolo attivo nella prevenzione soprattutto igienico ambientale, ma non solo, e di indirizzo e di controllo riguardo alle politiche sanitarie regionali. Ovviamente nulla di questo è stato fatto, il Comune di Milano non ha nemmeno sentito l'obbligo morale di costituirsi parte civile nel processo contro la clinica Santa Rita, come se la salute dei suoi cittadini non lo riguardasse per niente.

Chiediamo che l'assessorato riprenda in mano le sue prerogative e che oltre a occuparsi di quanto detto sopra svolga un'opera di prevenzione prima di tutto culturale contro il consumismo sanitario (funzionale a questa medicina governata più dagli interessi economici che di quelli sanitari), promuovendo stili e ambienti di vita e lavoro (a partire dal blocco delle esternalizzazioni delle proprie competenze) salubri, mettendo a disposizione spazi e strutture per la collettività: ad esempio reperendo a prezzi equi locali per favorire le associazioni e consentire l'apertura di medicine di gruppo di medici di base integrate ai servizi, favorendo la medicina del territorio sempre promossa a parole e mai sviluppata nei fatti.

## CONCLUSIONE

(.....)

IL DOCUMENTO COMPLETO SU  
[www.medicinademocratica.it](http://www.medicinademocratica.it)



## IL DIRITTO ALLA SALUTE: corso di informazione e formazione per operatori, utenti del servizio sanitario

- affermare il diritto alla salute costituzionalmente garantito
  - difendere la sanità pubblica e per opporsi alla privatizzazione della salute e della sanità
  - fornire strumenti di difesa individuale e collettiva degli operatori e dei cittadini utenti
  - costruire un coordinamento territoriale di associazioni e movimenti che operano nel campo del diritto alla salute
  - costruire una sezione di Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, onlus nel territorio Milano Nord
- RESPONSABILE CORSO: ELISABETH COSANDEY, MD MILANO** (già operatrice della salute mentale - H S. Paolo - Milano) te. 3331090283 Mail: [elisabethcosandey@virgilio.it](mailto:elisabethcosandey@virgilio.it)
- GLI INCONTRI SI SVOLGERANNO A RHO via Garibaldi, 66 (nei pressi della stazione)**

*Incontri della durata di due ore con inizio alle ore 21 precise: 45 minuti di intervento dei relatori; 1 ora di discussione, 15 minuti di conclusioni.*

### 1° INCONTRO MARTEDÌ 14 DICEMBRE

"Una medicina che tutela la salute" (principi ippocratici, appropriatezza delle prestazioni, bisogni indotti)

- prof. **Giorgio Duca** - Università di Milano, facoltà di Medicina

### 2° INCONTRO MARTEDÌ 18 GENNAIO 2011

"Organizzazione Sanità in Lombardia-modello Formigoni"

- **Fulvio Aurora**, v. presidente di MD;  
- Dott. **Pippo Torri**, già consigliere regionale Lombardia

### 3° INCONTRO MARTEDÌ 1 FEBBRAIO

"Ospedale azienda e sistema finanziamento a prestazione dell'ospedale e della sanità"

- dott. **Antonio Muscolino**, MD sezione di Milano - esperto di amministrazione ospedaliera (H Sant'Anna di Como)

### 4° INCONTRO MARTEDÌ 15 FEBBRAIO

"L'apertura dell'Ospedale al territorio: per una corretta prassi di ammissioni e dimissioni"

- **Walter Fossati**, MD, formatore, esperto di politiche sociali

### 5° INCONTRO MARTEDÌ 1 MARZO

"Vera e falsa riabilitazione: bisogni e necessità delle persone con disabilità"

- **Laura Valsecchi**, MD Milano

### 6° INCONTRO MARTEDÌ 15 MARZO

"(C'era una volta) Il diritto alla salute nei luoghi di lavoro (infortuni e malattie professionali, come intervenire in una situazione di minaccia all'occupazione e di precarietà)"

- **Roberto Bianchi**, MD di Milano, già operatore della Prevenzione, USSL di Garbagnate

- **Fulvio Aurora**, MD nazionale (parte civile nei processi contro la ThyssenKrupp, la ETERNIT, la Marina Militare, La Fonderia Anselmi ecc.)

### 7° INCONTRO MARTEDÌ 29 MARZO

"Il diritto alla salute sul territorio" (impianti ad elevato impatto ambientale-sanitario- come costruire la conoscenza e intervenire)

- **Marco Caldiroli**, MD di Castellanza, referente nazionale Ambiente di MD - tecnico della prevenzione ASL

ISCRIZIONE GRATUITA, MA OBBLIGATORIA

## Medicina Democratica

*movimento  
di lotta  
per la salute*

Iniziative sociali,  
analisi e progettualità  
nella rivista  
in abbonamento  
e in libreria



Associazione  
onlus

# I danni alla salute (e al cervello) dell'avventura nucleare

**Maurizio Bardi** medico

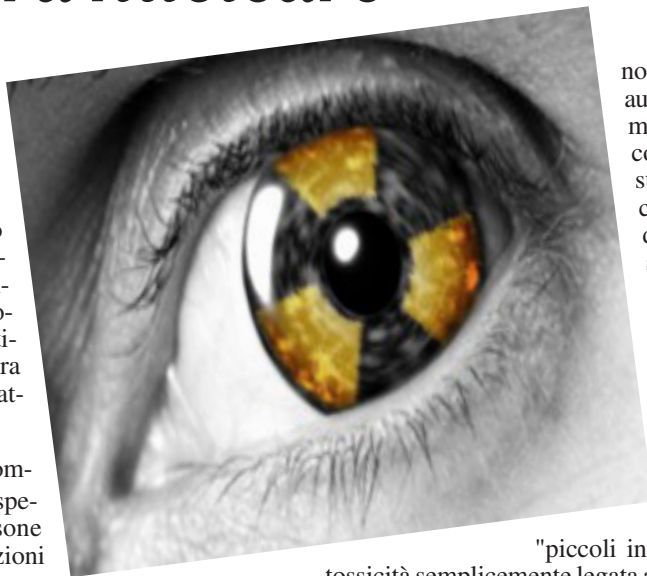
Un pò di mesi fa sono stato invitato a parlare dei danni alla salute causati dal nucleare. E sono stato invitato in quanto medico di Medicina Democratica. Comincio a mettere insieme gli studi sul dopo Chernobyl e su Three Mile Islands e sulla centrale di smaltimento inglese di Sellafield, e sui militari (dei civili naturalmente non si parla) esposti all'uranio impoverito: beh viene fuori proprio pochino, sì, qualche tumore alla tiroide di troppo, un eccesso di suicidi tra quelli che sono andati a spegnere il reattore in Ucraina, poco altro.

La scienza non è mai neutrale e se le competenze tecniche non si uniscono all'esperienza delle popolazioni e delle persone esposte a sostanze nocive, siano radiazioni o composti chimici o altro, hanno solo una funzione falsamente rassicurante. E quando gli studi scientifici arrivano a dimostrare una pericolosità lo fanno quasi sempre dopo, e molto dopo, che gli operai e le loro famiglie hanno già subito un carico insostenibile di malattia, morte, dolore (vedi solo i recenti casi del processo di Porto Marghera o dell' Eternit). A Porto Marghera i dati sulla tossicità da PVC erano nei cassetti delle multinazionali. C'è voluto un operaio, Gabriele Bortolozzo, che vedendo la strage di vite umane tra i propri colleghi si è preso la briga di svolgere una indagine e di andare porta a porta a contare i morti e metterli in relazione al lavoro svolto. Ne è nato un esposto che è finito sul tavolo di Casson che ha avviato l'indagine da cui è scaturito il rinvio a giudizio dei vertici Montedison e la loro condanna definitiva in appello.

E poi le ricerche costano, possiamo pensare che interesse abbia avuto l'ex Unione Sovietica a fare investimenti per quantificare i danni per la salute dopo l'esplosione del reattore di Chernobyl o che interesse abbiano i paesi industrializzati, praticamente tutti coinvolti nell'avventura nucleare, civile e/o militare, a fare ricerche sui danni da radiazioni? Per esempio, i tumori in Italia sono in aumento, come nel resto nel mondo industrializzato. Ma i tumori infantili da un po' di anni crescono in Italia a un tasso doppio rispetto a quello europeo: credete che questo abbia dato avvio a qualche studio o ricerca per capirne le cause? Solo qualche presa di posizione di qualche studioso illuminato confinata comunque all'interno dell'ambito degli addetti ai lavori e niente altro.

Quindi è giusto dubitare sempre delle affermazioni rassicuranti: non basta essere degli oncologi di fama mondiale, anche meritata, per essere creduti quando si afferma che il nucleare o gli inceneritori sono sicuri e innocui: la scienza è sempre stata la scienza del padrone ma poteva essere confutata; oggi per rimediare a questo problema, vista la diffusione in rete delle conoscenze, è stata trasformata in argomento da talk show in cui si può dire tutto e il contrario di tutto, proprio come se stessimo qui a parlare di inter e milan e allora non conta più tanto la sostanza delle cose che si dicono quanto la risonanza e la credibilità o il fascino del testimonial.

Detto questo checché ne dicano OMS e altre fonti ufficiali ci sono studi recentissimi dell'università tedesca di Magonza in Germania che dimostrano un aumento di quasi il 70% delle leucemie nei bambini di 0-5 anni che vivono in raggio di 5 km, dalle centrali nucleari. (I numeri in valore assoluto sono molto piccoli) Ci sono studi inglesi che dimostrano un aumento significativo di leucemia nei lavoratori e residenti vicino allo stabilimento di stoccaggio di scorie radioattive di Sellafield, ci sono studi svedesi che dimostra-



no nel decennio dopo Chernobyl un aumento significativo dei tumori. Aumenti di cancro della tiroide sono confermati praticamente da tutti gli studi. Ci sono dati che ci dicono che fra i liquidatori della centrale di Chernobyl dopo incidente vi è stata una mortalità generalmente precoce con una aspettativa di vita ridottasi in media di una decina d'anni.

Intorno a Chernobyl c'è un'area ormai dismessa alla vita che è grande come la pianura padana. Questi dati ci dicono che c'è una tossicità legata a incidenti, che non sono poi così rari (942

"piccoli incidenti" nel 2007) ed esiste una

tossicità semplicemente legata alla normale attività delle centrali. Queste differenze, anche nei tempi di latenza dei diversi tumori sono probabilmente legate alla diversità degli isotopi che vanno in atmosfera e nella catena alimentare: quindi non solo uranio, cesio, iodio, plutonio ma anche trizio probabilmente il maggior indiziato per la tossicità a breve termine.

Fino a pochi anni fa l'assioma vigente estropolava il rischio dell'esposizione a basse dosi di radiazioni deducendolo da una esposizione intensa acuta. Cioè se una dose di 100 provoca cento casi di tumore una dose di 1 ne provocherà 1: bene questa estropolazione, smentita innanzitutto sul campo dove è stato possibile raccogliere i dati, è stata superata da un nuovo modello proposto dalla ECRR, una commissione europea indipendente sul rischio da radiazioni, formata nel 1997 a Bruxelles a seguito di una richiesta al Parlamento Europeo del gruppo verde. Bene, questi studiosi propongono l'ipotesi che l'esposizione a basse dosi di radiazioni ionizzanti sia un fattore di rischio di accelerazione dell'invecchiamento e della degenerazione cellulare, modulato e intensificato da diversi fattori patogenetici sia di tipo immunologico che di stress ossidativo e altro. Queste conclusioni sono concordi con uno studio svedese condotto in aree esposte alla ricaduta di polvere post Chernobyl condotto su oltre un milione di persone nel decennio dopo l'incidente e che mostrano un eccesso di tumori nella popolazione tra 0 e 60 anni del 10% (Tondel). Tenendo fede a queste stime si calcola che i morti per tumore conseguenti ai programmi nucleari dal 1945 in poi siano di 61 milioni di cui 1,6 infantili e quasi 2 di decessi fetali.

Quando si parla di salute non si può prescindere dal diritto a una informazione corretta e alle scelte consapevoli. E non si può accettare neanche il ricatto salute e lavoro perché quando avete perso la salute perdetevi anche il lavoro e vi ritrovate senza né l'uno né l'altro. E questa deve essere una battaglia innanzi tutto culturale, soprattutto all'interno della sinistra, battaglia nella quale scontiamo una arretratezza clamorosa. Tanto più che non si perde solo la propria di salute e quella dei figli: studi condotti sull'esposizione a basse dosi di radiazioni ionizzanti su animali selvatici hanno dimostrato che gli effetti citotossici e la mortalità embrionale permangono per circa 22 generazioni.

E a proposito di autodeterminazione e di libera scelta il movimento NIMBY (not in my back yard) va trasformato in un movimento globale, perché non è sufficiente dire che non vogliamo le scorie radioattive o i rifiuti tossici in Lombardia e Piemonte: non le vogliamo qui e non le vogliamo in Puglia o Basilicata e non le vogliamo neanche in Africa: non le vogliamo e basta.

**E'** la legge 183/2010 che in 18 pagine modifica fortemente l'attuale disciplina del diritto del lavoro per i lavoratori precari e i neoassunti.

### Ecco i punti salienti della riforma:

a) Per quanto riguarda le controversie di lavoro non vige obbligo di effettuare un tentativo di conciliazione, ma è possibile rivolgersi immediatamente all'autorità giudiziaria, a meno che non si decida di impugnare dinanzi al giudice un contratto di lavoro certificato. In questo caso, infatti, il tentativo di conciliazione presso la commissione che ha emesso l'atto di certificazione è obbligatorio.

b) Permane inoltre la possibilità di accedere immediatamente alle procedure arbitrali, nei casi e con le modalità previste dai contratti collettivi. L'arbitrato sarà disponibile in due forme alternative: durante il tentativo di conciliazione promosso presso la Direzione Provinciale del Lavoro, dove è la commissione di conciliazione a costituirsi in collegio arbitrale su richiesta delle parti; davanti al collegio costituito a iniziativa delle parti, con un rappresentante per ciascuna di esse e un presidente scelto di comune accordo. Infine, nei casi l'arbitrato davanti alle commissioni di certificazione dovranno essere queste stesse a istituire camere arbitrali proprie.

c) Viene introdotta la "certificazione" da parte dell'organo pubblico dei contratti di lavoro, con funzione di certificare la validità degli stessi nonché l'effettiva volontà del lavoratore a stipulare quel determinato contratto. Con la "certificazione" vi sarà la possibilità di inserire nel contratto una clausola c.d. compromissoria con la quale le parti devolveranno le eventuali e future controversie ad appositi collegi arbitrali sottraendole al giudizio alla magistratura ordinaria.

d) L'obbligo di impugnazione, entro i 60 giorni dalla ricezione della relativa lettera e/o comunicazione, dei provvedimenti di licenziamento (ora anche quelli verbali e quelli intimati nell'ambito delle tipologie contrattuali atipiche, oltre che per effetto di cessazione di rapporti di lavoro a termine, per disdetta oppure per interruzione in seguito alla scadenza temporale), con l'ulteriore obbligo di deposito dei relativi ricorsi giudiziari entro i successivi 270 giorni. Tali termini saranno vincolanti anche in tutti i casi cui il lavoratore voglia agire per ottenere l'imputazione di un determinato rapporto ad altro soggetto rispetto a quello che formalmente risulta il datore di lavoro (es. contratti di lavoro interinali). Mentre è fissato a 60 giorni il termine entro il quale rivolgersi al giudice in caso di rifiuto dell'arbitrato o di fallimento della conciliazione.

e) La previsione di una indennità risarcitoria a carico del datore di lavoro in tutti i casi in cui il termine apposto al contratto dovesse essere ritenuto nullo da parte del giudice. L'indennità in questione va da un minimo di 2,5 mensilità ad un massimo di 12 mensilità, da applicarsi anche ai giudizi già pendenti alla data di entrata in vigore della legge. Tale indennità potrebbe secondo la volontà del legislatore addirittura escludere il diritto del lavoratore alla conversione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato (da valutare).

### Futuro precario

Questo il quadro generale. Un panorama dai contorni foschi per i diritti di milioni di cittadini-lavoratori precari, che si vedranno praticamente azzerate le già residue di resistere alla forza d'urto del capitale.

# Precari a vita?

## cosa fare per non farsi fregare

### Ci vogliono muti e rassegnati

a) Ci si chiede per quali ragioni un legislatore di centro-destra che fa del liberismo e della l il proprio capo-saldo etico-politico tenti di "far passare" la validità di un contratto di lavoro attraverso la suddetta "certificazione" di un organo pubblico ?

### La risposta a noi sembra chiara

Nel nostro ordinamento, vige (vigeva?) il principio per cui il prestatore di lavoro è da ritenersi parte debole del rapporto contrattuale in quanto ogni sua volontà può subire forti condizionamenti da parte del datore di lavoro; ritenendosi, invece, che quando la volontà del lavoratore venga espressa con l'intervento dell'organo pubblico e dinnanzi allo stesso, venga manifestata libera da condizionamenti.

Ed allora, la "certificazione" servirà al datore di lavoro per pre-costituire la prova della formazione di una volontà del lavoratore libera da indebiti condizionamenti, eliminando la possibilità per quest'ultimo di contestare successivamente la regolarità del contratto di lavoro sottoscritto

Il gioco è fatto: si "certifica" in modo inoppugnabile e come libera una volontà in realtà "estorta" (d'altronde, vi immaginate un lavoratore che dinnanzi all'organo pubblico confesserà il ricatto?) e si precostituisce l'impossibilità di poter essere convenuto dinnanzi al giudice del lavoro (normale destinatario, per costituzione, della "conoscenza" di ogni controversia di lavoro).

Il primo tentativo della riforma non sembra essere quello di ridurre il contenzioso, quanto, piuttosto, quello di eliminarlo.

b) Ancora, si pensi alla introduzione dell'obbligo di impugnazione da parte del lavoratore della cessazione di qualsivoglia tipo di rapporto per potere datoriale nel termine dei 60 giorni, con obbligo di introduzione della controversia nei successivi 180 giorni.

E' davvero una riforma prevista solo per esigenze di certezza del diritto e dei rapporti tra le parti? Tiene nella dovuta e giusta considerazione gli interessi di entrambe le parti in gioco? Oppure, anche su questo punto, la riforma inserisce nell'attuale ordinamento elementi di tutela per una sola (la solita ?) delle parti contrattuali ?

### Corsa contro il tempo

Perché, al riguardo, anche il secondo tentativo che sembra perseguire la riforma in discussione sembra chiaro.

Innanzitutto, con la previsione di tempi ristrettissimi per le impugnazioni dei provvedimenti del datore di lavoro si vogliono abbattere il più possibile i costi delle eventuali illegittimità dagli stessi commesse, essendo ovvio che tali tempi abbiano quale prima automatica conseguenza quella di diminuire, in ipotesi di illegittimo recesso e/o interruzione del rapporto di lavoro a c.d. chiamata (vedasi ipotesi di rinnovi di contratti di somministrazione di lavoro o di contratti a termine), i tempi in cui l'azienda può vedersi esposta al risarcimento dei danni conseguenti a tali illegittimità (meno tempo, meno retribuzioni e contributi sul gruppo, meno rischi per le proprie malefatte).



## Precari a vita?

CONTINUADA PAG. 19

Ma ciò non basta; con l'operazione in discussione si tenta addirittura di azzerare ed abbattere completamente gli eventuali costi in esame, e ciò attraverso il prodotto del mix esplosivo e perverso che scaturisce dal rapporto tra i tempi stretti previsti per l'impugnazione ed il contesto di completa sottoposizione del lavoratore ai tempi di "chiamata" del datore di lavoro.

Basterà, infatti, che il datore di lavoro interessato prospetti una ipotesi di rinnovo contrattuale e/o chiamata a contratto anche ulteriore a 60 giorni dalla cessazione del precedente rapporto ed il gioco è fatto. Il lavoratore a cui è stata fatta intravedere la possibilità di una nuova "chiamata", baratterà la rinuncia ad impugnare nei termini con la speranza del mantenimento del posto di lavoro.

Si passa così da una situazione (ante-riforma) in cui il lavoratore avrebbe potuto continuare a lavorare riservandosi di agire, ad esempio, per la tutela dei suoi diritti solo alla fine della successione di tutti i rapporti somministrati a termine illegittimi, ad una condizione (post-riforma) in cui ogni rinuncia alla impugnazione nel termine richiesto comporterà completa abdicazione ad ogni suo interesse. E si garantisce al datore di lavoro la sanatoria ai comportamenti ed agli atti illegittimi che ponga in essere.

### Poco cash al posto dei diritti

c) Ed ancora, perché prevedere quale sanzione per la conversione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato a indennità risarcitoria da 2,5 a 12 mensilità (limitabili a 5 in particolari ipotesi) se non con l'unico scopo di evitare alle aziende l'obbligo di assumere a tempo indeterminato la forza lavoro illegittimamente assunta ed utilizzata "a scadenza"?



Anche sul punto, il terzo tentativo della riforma è chiaro ed incontrovertibile: al di là delle molteplici questioni interpretative, appare di tutta evidenza - ancora una volta - che l'obiettivo non è quello di predisporre valide ed efficaci tutele per il lavoratore assunto ed utilizzato con illegittimi contratti a termine, bensì quello di garantire al datore di lavoro la possibilità di apporre illegittimamente un termine al rapporto di lavoro senza far ricadere su di questo l'obbligo dell'assunzione a tempo indeterminato ed i relativi costi.

Gli esempi valgono a far capire al lettore che la riforma in questione, ben lontana dal voler effettivamente perseguire gli obiettivi simulati e dichiarati (deflazione del contenzioso e riduzione dell'incertezza dei tempi dello stesso) ha quale intento quello di iniziare a chiudere un cerchio che si è iniziato a disegnare 15 anni fa.

Da Treu a Biagi a Sacconi: si chiude il cerchio.

## L'Inps nasconde la verità ai precari

**Sapete come ha risposto il presidente INPS Mastrapasqua chi gli chiedeva perché L'INPS non fornisce ai precari la simulazione della loro pensione futura come fa con gli altri lavoratori: "Se dovessimo dare la simulazione della pensione ai parasubordinati rischieremo un sommovimento sociale". I precari, i lavoratori definiti dall'INPS "imprenditori di loro stessi" non avranno la pensione. Pagano contributi inutilmente o meglio: li pagano perché L'INPS possa pagare la pensione a chi la maturerà. Per i parasubordinati la pensione non arriverà alla minima. L'unico sistema che L'INPS ha trovato per affrontare l'amara verità, è stato quello di nascondere ai lavoratori che nel loro futuro la pensione non ci sarà, sperando che se ne accorgano il più tardi possibile e che facciano meno casino possibile. Non si può non notare come anche la politica taccia su questo scandalo, ma non ci si potrebbe attendere altrimenti, perché a determinare questo scandalo hanno contribuito tutti i partiti attualmente in Parlamento. Nessuno escluso.**



## ANCHE SE MALATI, NON SIAMO TUTTI UGUALI

Come tutti ricordiamo con la Legge 133/2008 il Ministro Brunetta ha introdotto la odiosa "tassa" sulla malattia, colpevolizzando e punendo i dipendenti pubblici accusati di troppo assenteismo. "In caso di assenza per malattia il lavoratore ha diritto al solo trattamento economico fondamentale, perdendo tutte le indennità e qualsiasi altro trattamento accessorio o emolumento avente carattere fisso e continuativo". Forse non tutti sanno però che a luglio di quest'anno lo stesso Ministro ha emanato una circolare, la n°8, che afferma che la retribuzione di risultato dei dirigenti non è soggetta a decurtazione. Questo perché tale retribuzione costituisce "emolumento volto a remunerare



l'effettivo raggiungimento degli obiettivi da parte del dirigente e viene corrisposta a consuntivo... solo se e nella misura in cui gli obiettivi assegnati risultino conseguiti e l'attività svolta risulti valutabile a tal fine". Ovvio che buona parte delle voci che costituiscono il salario accessorio dei dipendenti pubblici appartenenti alle aree ha le stesse caratteristiche della retribuzione di risultato della dirigenza e pertanto anche per queste voci non deve essere effettuata alcuna decurtazione.

“ Nel paese della bugia la verità è una malattia ”

Gianni Rodari

**Liberazione**  
L'informazione dependente, dai fatti!

QUOTIDIANO  
IN EDICOLA

www.liberazione.it

nel prossimo  
numero di  
lavoro e salute

**COSA C'E' DIETRO LO "STATUTO DEI LAVORI" DI GOVERNO, CISL E UIL?**  
Il governo mira a dimezzare le norme attuali e abrogare le più concrete e applicabili parti sui diritti inderogabili e fondamentali dello Statuto dei diritti dei lavoratori.  
Dopo il "collegato lavoro" ecco il colpo di coda del caimano: lo "statuto dei lavori".

**Basta diritti e  
garanzie sul lavoro**

**le promesse  
mantenute  
di Berlusconi**

**Gli aspetti più devastanti del  
"Collegato lavoro"**

**IN POCHE  
PAROLE**



- la rinuncia preventiva a rivolgersi al giudice nelle controversie col datore di lavoro e l'impegno ad accettare la decisione di arbitri privati;

- la possibilità per gli arbitri di decidere secondo equità, disapplicando le norme di legge ed i contratti collettivi;

- la possibilità per i "contratti individuali certificati" (anche dai consulenti del lavoro che stabilmente collaborano con i datori di lavoro) di derogare alla legge ed ai contratti collettivi, aprendo lo spazio alla contrattazione privata in deroga a quella collettiva;

- la possibilità dei contratti individuali certificati di individuare ulteriori cause di licenziamento oltre quelle stabilite dai contratti collettivi;

- la retroattività dell'effetto vincolante per il giudice delle certificazioni rispetto anche ai contratti in corso;

- il divieto del giudice di sindacare le valutazioni tecniche organizzative e produttive dei datori di lavoro (e quindi di entrare nel merito delle ragioni dei licenziamenti, dei trasferimenti, dei contratti a termine);

- l'impossibilità di impugnare tutti i contratti precari esistenti, trascorsi due mesi dall'entrata in vigore della legge;

- il termine di 2 mesi per impugnare il licenziamento orale (ad oggi non esiste un termine anche perché è impossibile al lavoratore provare quando è stato licenziato "a voce");

- il termine di 2 mesi per impugnare un trasferimento o un contratto a termine illegittimo (oggi non c'è alcun termine);

- un termine di 6 mesi per iniziare la causa (oggi non c'è alcun termine);

- la riduzione del risarcimento per i contratti a termine illegittimi da due a dodici mensilità mentre oggi non vi è alcun limite al risarcimento danni a favore del lavoratore.

Questa legge ( che rispolvera una concezione ottocentesca della contrattazione, quando ogni lavoratore era solo davanti al padrone ) coerentemente, abbassa l'età dell'obbligo scolastico fissato a 16 anni, anche con l'apprendistato, che quindi varrà per i 15enni come stare in classe.

## La legge "stralcio" stracciapensione

Il 31 Luglio scorso è stata promulgata la legge 122 che conferma le già annunciate penalizzazioni sulla previdenza che colpiscono, come al solito, soprattutto le donne del pubblico impiego ma stavolta anche i dipendenti del privato. Infatti, le cosiddette finestre create dal governo Prodi che prorogavano di circa tre mesi la decorrenza della pensione, vengono stracciate dalla legge 122/2010 la quale si inventa la "finestra mobile", ossia fa slittare di 12 mesi la decorrenza della pensione dalla data di maturazione.

Adesso, se ciò si può capire per le pensioni di anzianità ed anche, al limite, per le pensioni di vecchiaia legate all'età anagrafica, ossia i 65 anni, non si riesce a comprendere la ratio dello slittamento di 12 mesi per le pensioni maturate con i quarantanni di contributi.

Infatti, anche un/a lavoratore/trice che matura il diritto con 40 anni di contributi è costretto/a ad aspettare un anno che non gli/le è consentito valutare ai fini pensionistici in quanto i 40 anni sono il massimo riconosciuto. Ciò, nonostante le ripetute ammissioni dei ministri Sacconi e Brunetta che hanno ammesso per mesi che trattavasi di refuso che sarebbe stato sanato ma poi, al momento dell'approvazione della legge, vista anche la smania e la fretta di fregare i lavoratori,

Se ne sono completamente dimenticati. Nella stessa legge 122/10, inoltre, è stato inserito un emendamento, tenuto nascosto fino alla fine, con il quale è stata abrogata la legge 322/58 (che permetteva agli ex lavoratori pubblici che si erano dimessi senza diritto a pensione con l'inpdp di trasferire gratuitamente i contributi all'inps) ed è stato reso oneroso l'art. 1 della legge 29/79, sempre per trasferire i contributi inpdp all'inps, mentre per l'art. 2 della L. 29/79 (trasferimento dei contributi dall'inps all'inpdp) sono stati cambiati i coefficienti di calcolo rendendo l'operazione molto più costosa.

Intanto, il ministro brunetta è andato in pensione di anzianità come ex docente universitario utilizzando una sottigliezza che, da ministro, poteva anche evitare: è andato in pensione il 30 dicembre per usufruire dell'aggiornamento istat sulla pensione dal 1° gennaio dell'anno successivo. Quanti "lavoratori" sanno di queste "finezze"...?

**Carmelo Marzolino**

impiegato Inpdap Milano - Patronato USB



## sulla pelle dei cittadini

**Le nefaste conseguenze del federalismo fiscale**

La sanità pubblica è già gravemente ridotta e il prossimo passo (se questo agglomerato di famiglie ingorde al governo resiste) sarà il passaggio alla sanità previa assicurazione. Nei fatti La Destra ha messo le mani nelle tasche degli italiani. Ci sarà una spinta a diminuire le tasse alle imprese, che è il vero obiettivo del federalismo, ed è per questa ragione appoggiato da Confindustria. Di conseguenza, si compenserà il taglio alle aziende con la riduzione dei servizi e/o con l'aumento delle tasse ai lavoratori.

Il risultato è una tassazione fortemente ingiusta dal punto di vista sociale e anticostituzionale. Infatti, la Costituzione all'articolo 53 dice che le tasse devono essere progressive, cioè devono aumentare all'aumentare del reddito. Oggi, con il decreto attuativo sul federalismo fiscale approvato dal governo assistiamo al "capolavoro" della destra italiana che coglie tre e non i due classici "piccioni con una fava".

Vediamo quali sono:

- Aumento delle tasse. Il Governo prevede di aumentare ancora la tassazione diretta con l'innalzamento del tetto dell'adizionale regionale Irpef dall'1,4% al 3%;

- Redistribuzione del reddito nazionale a favore delle imprese. Mentre le tasse sui redditi da lavoro dipendente, l'Irpef, aumenteranno, è prevista la riduzione e finanche l'azzeramento dell'Irap, la "tassa" pagata dalle aziende per la salute di chi lavora. È da notare, inoltre, che l'Irap in realtà non è propriamente definibile una tassa. Rappresenta il vecchio contributo alla assistenza sanitaria dei lavoratori che il governo Prodi nel 1997 incluse, insieme ad altre voci, nell'Irap. Si tratta in pratica di una parte del salario, quella indiretta, pagata in servizi pubblici.

- Riduzione della progressività della tassazione. Il Governo ha aumentato la tassazione indiretta, introducendo nuovi balzelli. Particolarmente iniquo quello sul passaggio sulle tangenziali e i raccordi urbani, che, sospeso dal

Tar, è stato nuovamente decretato dal Governo. Inoltre e soprattutto, col federalismo fiscale aumenterà il peso dell'Iva nel finanziamento delle Regioni.

**La sanità pubblica sarà ridotta ai minimi termini**

**BASTA CON STO GIURAMENTO DI IPPOCRATE**



**Tagli alla spesa sanitaria**

*E' noto che le spese non sanitarie di asl e ospedali sono il vero problema dell'enorme deficit sanitario e che il vero marcio nel sistema sta in privatizzazioni, appalti e sistema del drg (modalità di calcolo e liquidazione delle prestazioni sanitarie).*

*A darci ragione non è uno studio di intellettuali comunisti, "Il Sole 24 ore" nel suo settimanale "sanità".*

*Nel 2007 la spesa non sanitaria ha assorbito 12,7 miliardi cioè il 6,7% in più rispetto al 2006. Un dato enorme se pensiamo che nel 2007 la spesa sanitaria messa a finanziamento era largamente al di sotto dei 100 miliardi ed è facile ipotizzare che la proiezione di quei dati porti oggi questo conto ben al di sopra dei 15 miliardi. Le voci più consistenti riguardano: facchinaggio, vigilanza, acqua, energia, telefoni, mense, pulizie.*

*La spesa non sanitaria messa sotto esame, non contiene altre voci di spesa che sono per così dire, "collaterali" e che riguardano appalti come: forniture materiali medici e chirurgici, trasporto dei malati, sterilizzazioni e altro ancora. Eppure, ideologicamente e spudoratamente, si continua ad intervenire con tagli ai servizi e riorganizzazioni delle reti ospedaliere in totale assenza di politiche sanitarie territoriali, adeguate ad una attenta analisi epidemiologica e di prevenzione.*

*I calcoli di ripartizione sulla base dei costi standard partiranno dal 2013 e guarda caso i modelli regionali da cui attingere sono quelli in cui i livelli di privatizzazione dei servizi sanitari e di quelli non sanitari sono spinti al massimo. Con questi presupposti, la spesa sanitaria è destinata a diminuire colpendo pesantemente i servizi erogati dal settore pubblico mentre contemporaneamente le risorse in discesa vedranno una retribuzione interna a vantaggio delle imprese private.*

Quali saranno le conseguenze sociali del federalismo fiscale? Saranno devastanti da almeno tre punti di vista:

- Aumenterà il gap tra salari e profitti.

- Aumenterà il gap tra Regioni del Sud e del Nord. Il Pil del Mezzogiorno, sceso nel 2009 al livello minimo dall'Unità d'Italia (23,2% sul totale nazionale), rischia un ulteriore tracollo.

- La sanità pubblica sarà gravemente ridotta. Con il federalismo si potrà ridurre l'Irap solo se i conti sono in regola e/o in presenza di tagli massicci alla spesa, ovvero con la riduzione del servizio. Già oggi si stanno chiudendo ospedali e reparti, con il federalismo fiscale ci sarà una vera ecatombe. Interi territori di provincia saranno costretti a fare capo alle strutture sopravvissute lontane decine di chilometri, con tutto ciò che ne consegue. Molti lavoratori rimarranno senza assistenza, con il non trascurabile effetto che la sanità privata avrà più spazi.

La destra ha messo le mani nelle tasche degli italiani, l'aumento della pressione fiscale sui lavoratori è tanto più intollerabile in quanto è sospinto dall'aumento del deficit e del debito pubblico, che in gran parte è causato dal sostegno ai profitti e le rendite di imprese e banche. Il vero nodo della fiscalità italiana è la più alta evasione fiscale d'Europa, 100 miliardi di euro, ovvero il 7% del Pil, un dato superiore al deficit pubblico, che ammonta al 5,2%.

Il governo Berlusconi-Lega è il meno adatto a combattere l'evasione: i maggiori responsabili dell'evasione sono gli industriali (32%), e l'incremento maggiore degli evasori nel 2010 si è registrato al Nord, in particolare nelle virtuose Lombardia (+10,1%) e Veneto (+9,2%), le regioni dove c'è la base elettorale di PdL e Lega.

Gent. Redazione di Lavoro e Salute,  
Vi invio un articolo sulla necessità di  
**Una rivoluzione culturale  
in materia di autismo**

"Lei faccia il genitore!"; "Lei il bambino lo ha voluto?". Un invito e una domanda che sovente, ancora oggi, molti papà e mamme di bambini autistici si sentono rivolgere. Ma non in un salotto o per strada, da persone che dell'autismo non sanno nulla, bensì nello studio di un neuropsichiatra infantile o di uno psicologo dell'azienda sanitaria locale. Un invito assurdo, una domanda inaccettabile. Questo invito e questa domanda, che purtroppo risuonano spesso, sono due importanti segnali dell'immensa arretratezza culturale con cui, nel 2010, in Italia viene ancora affrontata la questione dell'autismo.

Dell'autismo oggi si sa molto, non è più un mistero. Si sa, ad esempio, che è una sindrome conseguente ad un disturbo di origine neuro cerebrale, e che quindi la sua causa è organica, che sicuramente vi è una implicazione genetica (che coinvolge numerosi geni e non uno solo), che non è una malattia da cui si possa guarire con diete o trattamenti avventurosi, e che l'unica cosa che può dare risultati misurabili è un intervento educativo precoce e intensivo, secondo modalità cognitivo-comportamentali.

In passato, era prevalente un appoggio di tipo psicodinamico, orientato dalla psicoanalisi. Alla base di una grande confusione, e di una serie di pratiche errate e colpevolizzanti i genitori (come se fosse il loro più o meno inconscio rifiuto del bambino, e la freddezza materna -la madre frigorifero- a far sì che il bambino si richiuda in una sorta di guscio ermetico), sta anche l'uso del termine autismo. Spesso i nomi che si scelgono per denominare qualcosa hanno delle conseguenze importanti. E autismo fu il termine che il grande psichiatra Eugen Bleuler, studioso delle schizofrenie, utilizzò per indicare quel sottogruppo di schizofrenici che si richiudono totalmente in se stessi, con una sorta di fuga dal mondo, quasi bastando a se stessi (dal greco autos, che significa stesso). Quando lo psicologo americano Leo Kanner nel 1943 individuò per primo uno specifico gruppo di bambini che presentavano i sintomi di quello che in seguito comunemente sarebbe stato chiamato autismo, riprese il termine di Bleuler, come si trattasse dello stesso disturbo mentale degli schizofrenici, che compare però precocemente nei bambini, e lo denominò autismo infantile precoce. Qui sta una delle radici della confusione che ancora oggi regna nelle teste di molti neuropsichiatri e psicologi, ovvero quella tra una psicosi, qual è la schizofrenia, cioè una malattia mentale che può comparire ad un certo punto della vita, ed una disabilità originaria, che si manifesta sempre entro i primi 3 anni di vita, qual è l'autismo. Sempre è un guaio quando si usa lo stesso termine ad indicare, su un piano scientifico, lo stesso termine per patologie differenti.

Torniamo all'invito e alla domanda con cui abbiamo iniziato. Chiedere ad una mamma se abbia considerato o meno quel suo bambino che manifesta gravi problemi comportamentali, che non parla, o che passa ore a compiere macchinalmente sempre lo stesso gesto, è sensato solo a partire dalla convinzione che l'autismo sorga a causa dei genitori, abbia cioè una origine nella relazione madre-figlio. Questa idea è radicalmente sbagliata, e di questo esistono prove innumerevoli, non ultima la dedizione assoluta al figlio che moltissime famiglie mostrano, superando difficoltà gigantesche. Tuttavia è difficile liberarsi delle proprie convinzioni, e molte famiglie con figli autistici lo provano sulla propria pelle, anzitutto sentendosi fare quella domanda, che insinua un dubbio, e



alimenta i sensi di colpa. La prima cosa che un neuropsichiatra dovrebbe fare è liberare preventivamente la famiglia da ogni senso di colpa, spiegando cosa sia l'autismo e come esso sia un disturbo di origine neurobiologica. Qui occorre una vera rivoluzione culturale!

Quanto all'invito a fare semplicemente il genitore, nel caso dell'autismo è assurdo, per il semplice fatto che il genitore in quanto tale non sa cosa fare col figlio. Pensate ad un bambino che non parla, non comunica in alcun modo, ma spesso si arrabbia, si picchia, urla, e mangia solo cibi di colore bianco, vuole salire solo su auto rosse come quella del nonno, beve solo aranciata, e ha tutta una serie di comportamenti bizzarri. Che significa fare il genitore, se non sai nemmeno come insegnargli a fare la pipì nel WC, e il bambino mostra di non sapere imitare nemmeno i gesti più semplici delle altre persone? Il neuropsichiatra dovrebbe dire "Cari genitori, l'autismo è un problema gravissimo, ma si può fare molto con vostro figlio. Esistono questi programmi educativi speciali. Poiché è necessario un intervento educativo intensivo e precoce, dalla prossima settimana verrà a casa vostra l'educatrice del nostro centro autismo, dott.ssa Rossi, e vi aiuterà a sistemare l'ambiente domestico secondo le esigenze del bambino e comincerà a mostrarvi come si fa a comunicare con lui. Sarete avvisati della data di inizio del programma speciale qui al centro. Prenderemo contatti con l'asilo per preparare l'ingresso del bambino e i programmi individualizzati che dovranno essere portati avanti con la supervisione del nostro neuropsicologo e dell'educatrice del centro. Inizieremo anche un programma di parent training perché i genitori devono assolutamente partecipare al lavoro educativo e ricevere tutte le informazioni e la formazione necessaria.

Cari genitori, è soltanto lavorando da subito tutti insieme, ULSS, famiglia e scuola, che il vostro bambino potrà migliorare e vivere una vita tranquilla e serena. Il vostro lavoro è importante come e più del nostro, perciò rimbocchiamoci le mani insieme e vedrete che si potrà fare molto".

Purtroppo, è ben raro che una famiglia con un figlio autistico si senta fare un discorso del genere. Occorre una rivoluzione culturale!

Cordiali saluti **Fabio Brotto**

**O ti racconti O sei raccontato. Scrivi su Lavoro e Salute i tuoi racconti e le tue opinioni**

## SALUTE IN PALESTINA

### Intervista sulla sanità a Gaza a chi vive nella Striscia occupata

*Ci descrivi la situazione delle strutture sanitarie nella striscia di Gaza?*

Ci sono 13 ospedali pubblici nella Striscia di Gaza, di seguito descritti, partendo da nord e procedendo verso sud:

1- Beit Hanoun Hospital: ospedale generale con reparti di chirurgia, medicina interna e servizi sanitari pediatrici, con 36 posti-letto, è ubicato nel centro della città di Beit Hanoun, è stato costruito nel 2006 in un'area di 2500 m<sup>2</sup>, e serve la popolazione che vive nella città di Beit Hanoun (50 000 abitanti), impiegando 192 dipendenti.

2- Kamal Edwan Hospital: ospedale generale con reparti di chirurgia, medicina interna e pediatria, con 73 posti-letto, è ubicato in Beit Lahia, è stato costruito nel 2002 in un'area di 5000 m<sup>2</sup>, e serve la popolazione che vive nella parte nord della Striscia di Gaza (270 246 abitanti), impiegando 300 dipendenti.

3- El Dorra Pediatric Hospital: ospedale con servizi pediatrici generali pediatria, con 72 posti-letto, è ubicato in Gaza St. È stato costruito nel 2000 in un'area di 1600 m<sup>2</sup>, impiegando 176 dipendenti.

4- El Nasser Pediatric Hospital: offre servizi pediatrici, con 151 posti-letto, è stato costruito nel 1962 in un'area di 4400 m<sup>2</sup>, e serve la popolazione che vive nel Governatorato di Gaza e dalla Valle di Gaza, a sud, fino al confine nord di Sheikh Radwan (496 411 abitanti), impiegando 224 dipendenti.

5- El Rantesi Hospital : Ospedale specialistico Pediatrico, con 49 posti-letto, e ha iniziato l'attività nel 2008. Fornisce un trasferimento assistito tra ospedali e include discipline quali la cardiologia pediatrica, nefrologia, neurologia, ematologia, oncologia gastro-enterologica, impiegando 120 dipendenti.

6- Ospedale Oftalmologico: con 40 posti-letto. E' l'unico ospedale di riferimento per l'oculistica, medica e chirurgica. Serve tutta la Striscia di Gaza (1 416 543 abitanti).

7- Ospedale psichiatrico: con 39 posti-letto, costruito nel 1980 in un' area di 6000 m<sup>2</sup>; serve tutta la popolazione della Striscia di Gaza, impiegando 87 dipendenti.

8- Shifa Medical Complex: il Complesso Medico include tre ospedali: quello Chirurgico, Medico e Ostetrico-ginecologico con 500 posti-letto. E' situato nella parte centro-occidentale della città di Gaza, costruito nel 1946 in un'area di 42 000 m<sup>2</sup>, e serve la popolazione che vive nella provincia di Gaza (496 411 abitanti), e in generale la Striscia impiegando 1201 dipendenti.

9- Aqsa Martyrs Hospital: ospedale generale con reparti di chirurgia, medicina interna, pediatria, clinica ostetrico-ginecologica, con 103 posti-letto, è stato costruito nel 2001 in un'area di 4000 m<sup>2</sup>, e serve la popolazione che vive nel centro della Striscia di Gaza (205 535 abitanti), impiegando 392 dipendenti.

10- Nasser Medical Complex: Complesso Medico generale che include due Ospedali: L'Ospedale Nasser (Medicina e Chirurgia) e il Mubarak (Ostetricia, Ginecologia e Pediatrico) con 258 posti letto. Il complesso si trova nella regione occidentale della città di Khan Younis, costruito nel 1958 in un'area di 50 000 m<sup>2</sup>, serve il Governatorato di Khan Younis (270,979 abitanti), con 742 dipendenti.

11- Gaza European Hospital: Ospedale nella parte meridionale della Striscia di Gaza, con servizi di Chirurgia, Medicina e Pediatria. Ha 207 posti-letto. Si trova a sud-est di Khan Younis, costruito nel 1987 in un'area di 65 000 m<sup>2</sup>, serve l'area orientale di Khan Younis, e la regione settentrionale di Rafah, con 709 dipendenti.

12- Tal Elsultan Hospital: Ospedale specialistico di Ginecologia e Ostetricia, con 40 posti-letto. A ovest dell'incrocio stradale di Rafah, costruito nel 2000 in un'area di 4000 m<sup>2</sup>, serve la popolazione che vive a Rafah (173 372 abitanti), con 219 dipendenti.

13- Yousif Najjar Hospital: ospedale con servizi di Chirurgia, Medicina e pediatria, con 40 posti-letto. Situato nei pressi di Rafah, costruito nel 2000 in un'area di 4000 m<sup>2</sup>, serve la popolazione di Rafah (173 372 abitanti), con 226 dipendenti.

Ci sono anche 7 ospedali privati nella Striscia di Gaza che forniscono servizi in diverse discipline mediche (AL Quds - PRCS Hospital, Patients Friends Benevolent Society Hospital, Ahli Arab Hospital, Al- Awda Hospital, Al-Wafa rehabilitation hospital, Fata Rehabilitation Hospital, Public Service Hospital).

*E' difficile acquistare e importare reagenti, consumabili, attrezzature, parti di ricambio per le apparecchiature elettromedicali?*

*E' difficile acquistare e importare reagenti, consumabili, attrezzature, parti di ricambio per le apparecchiature elettromedicali?*

La chiusura dei confini imposta alla Striscia di Gaza dal 2006 ha provocato la restrizione nella mobilità delle persone, dei beni e negli aiuti umanitari, come il cibo e le apparecchiature mediche. C'è una penuria di apparecchiature cruciali e molte delle apparecchiature disponibili non funziona più. Inoltre, le strutture sanitarie di grande esperienza scarseggiano di rifornimenti essenziali, come farmaci, apparecchiature mediche, forniture essenziali, consumabili, parti di ricambio, reagenti e combustibili per i generatori di corrente.



*Puoi parlarci della cooperazione internazionale? Di che genere di apparecchiature avete necessità e quali ricevete?*

Molte organizzazioni internazionali contribuiscono a supportare il settore sanitario nella Striscia di Gaza, fornendo le attrezzature sanitarie con le apparecchiature d'urgenza, i farmaci, i consumabili, come l'Islamic relief, Qatar Red Crescent, la cooperazione italiana, AISPO, ICRC, l'Unione dei Medici Arabi. La tipologia delle apparecchiature di cui necessitiamo generalmente comprende le apparecchiature per Emodialisi (con i consumabili), le apparecchiature portatili per Radiologia e Radioscopia, le sviluppatrici delle lastre RX, le apparecchiature per anestesia, i ventilatori polmonari, le apparecchiature di laboratorio, i sistemi di monitoraggio, Eco Doppler, Ecografi e Tocografi. Abbiamo ricevuto molte apparecchiature mediche e i nostri magazzini sono pieni di Pompe di infusione, pompe a siringa defibrillatori,



## Gaza e la sanità nella Striscia

CONTINUA DA PAG. 24

pulsossimetri e circa il 70 % delle apparecchiature donate non funzionano poiché mancano i pezzi di ricambio, documentazione (manuali d'uso e per la manutenzione e non ci sono concessionari contattabili nella nostra zona), accessori e consumabili.

*Parlaci delle strutture sanitarie della Striscia di Gaza? Sono efficienti sia nelle condizioni ordinarie che in quelle straordinarie (ad esempio durante gli attacchi israeliani)?*

A causa del lungo assedio imposto dall'occupazione Israeliana nella Striscia di Gaza, dal 2006 e per l'ultima Guerra, iniziata a Dicembre 2008, la situazione per 1,5 milioni di abitanti è peggiorata rispetto a qualsiasi altro periodo precedente, fin dalla prima occupazione militare israeliana del 1967. Le conseguenze della guerra e l'assedio si sono manifestate in migliaia di vittime, demolizioni di migliaia di case, distruzione di servizi sanitari e istituzioni civili. Inoltre, i servizi sanitari di grande esperienza scarseggiano di rifor-

nimenti essenziali, come farmaci, apparecchiature medicali, attrezzature essenziali, consumabili, parti di ricambio e combustibile per i generatori di corrente. Comunque, i servizi di manutenzione sono stati gravemente danneggiati, i sistemi di lavoro ordinario sono stati largamente disturbati, l'accesso ai servizi sanitari dentro e fuori Gaza sono pesantemente diminuiti, le attività relative allo sviluppo sono state congelate la capacità di costruire le attività correlate sono state sospese. Tutti i precedenti costruzioni pianificate, l'estensione e i piani di sviluppo non sono stati implementati. Questo risultato influisce negativamente sul paziente e sulla qualità delle cure sanitarie.

*Gli Ospedali e i laboratori sono pubblici o private? Le visite sono a pagamento?*

La maggior parte dei Palestinesi sono assicurati con tariffe annuali, ma devono pagare un ticket per i servizi a cui accedono, come le analisi di laboratorio, ecografie, radiografie, ecc. L'assicurazione sanitaria copre il 100% delle tariffe di riferimento (trattamenti esteri) sia per gli ospedali pubblici che per quelli privati di Gaza o di altri Paesi (Israele, Egitto, soprattutto).

**Gentile Redazione di "Lavoro e Salute"** Vi scrivo per sottoporre alla Vostra attenzione l'articolo che ho scritto per descrivere la mia esperienza da psicologo all'interno del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione della Asur Marche ZT13. Si tratta di "Spazio Genitori" uno sportello di ascolto e consulenza psicologica destinato ai genitori che usufruiscono dei servizi del Dipartimento di Prevenzione ed, in particolare, di quelli che si rivolgono all'Ambulatorio Vaccinale. RingraziandoVi anticipatamente Vi porgo distinti saluti.

Dott. Daniele Luciani - Psicologo Psicoterapeuta

## SPAZIO GENITORI

**Uno spazio di ascolto psicologico gratuito per i genitori. Progettazione, attuazione, monitoraggio e prosecuzione**

*De Santis M.* Assistente Sanitario S. Igiene e Sanità Pubblica

*Amadio R.* Direttore Dipartimento di Prevenzione

*Angelini C.* Dirigente Medico Servizio Igiene e Sanità Pubblica

*Amboldi P.* Coadiutore Amministrat. S. Igiene e Sanità Pubblica

ZT 13 Ascoli Piceno ASUR MARCHE



**Il progetto è disponibile**

su <http://blog.libero.it/lavoroesalute>  
post del 9 novembre 2010

### Alla cortese attenzione della redazione "lavoroeSalute"

**P**er le vittime di violenza, un "percorso rosa", che garantisce la massima tutela, e un "codice rosa", che si aggiunge ai normali codici di triage del pronto soccorso (rosso, giallo, verde, azzurro e bianco) e consente l'immediata attivazione di un'apposita task force composta da magistrati e personale sanitario.

A 10 mesi dal protocollo siglato tra la Asl 9 e la Procura della Repubblica di Grosseto, i risultati dell'attività sono stati presentati a "Dire & Fare".

L'esperienza avviata a Grosseto, tra le prime sul territorio nazionale, nasce come risposta al fenomeno della violenza sulle fasce più deboli della popolazione: donne, ma anche minori, anziani, vittime di discriminazioni razziali, religiose, omofobiche.

Il "percorso rosa" assicura assistenza protetta, privacy e incolumità fisica e psichica di chi ha subito violenza, mentre il "codice rosa" determina l'immediata attivazione della taskforce, che agisce da un lato



**PER LE VITTIME  
DI VIOLENZA  
"CODICE ROSA"  
AL PRONTO  
SOCCORSO**

contro gli autori del reato e dall'altro a sostegno della vittima.

Nei dieci mesi di lavoro, la Task force si è attivata su un totale di 246 codici rosa: 191 maltrattamenti, 7 abusi, 24 casi di stalking, 24 casi pediatrici; con una media di oltre 20 casi al mese.

"L'esperienza di Grosseto - ha commentato l'assessore al diritto alla salute della Regione Toscana Daniela Scaramuccia - dimostra che è possibile mettere in atto interventi più efficaci per dare assistenza immediata alle vittime, e nello stesso tempo intervenire tempestivamente sugli autori del reato. Mi auguro che questa esperienza diventi un modello e possa essere presto replicata in altre città".

A "Dire & Fare" è stato presentato anche un documentario di 10 minuti che illustra come si svolge il lavoro della task force, e verrà utilizzato per la formazione e la didattica.

Toscana Notizie  
Agenzia informazione  
Giunta Regionale  
[web@toscana-notizie.it](mailto:web@toscana-notizie.it)

## L'Italia degli impuniti

# Piazza Fontana

### 40 anni, 16 morti, 88 feriti, 0 colpevoli

**U**n recente sondaggio della Fondazione ISEC, condotto tra gli studenti milanesi tra i 17 e 19 anni, ha rilevato come, secondo il 58% degli studenti, la strage di piazza Fontana sia da attribuire "alla sinistra".

**In particolare: per più di 4 studenti su 10 gli esecutori materiali della strage sarebbero state "le Brigate Rosse", che nel 1969 ancora dovevano nascere.**

Vent'anni di attacchi all'istruzione pubblica hanno raggiunto il proprio scopo: non solo aumentare vertiginosamente la selezione di classe, impedendo ai figli dei lavoratori di guadagnare un'istruzione decente, ma distruggere nelle menti, negli interessi e nei ricordi delle giovani generazioni le ingiustizie del passato. Riteniamo che sia giunto il momento di tornare a raccontare queste ingiustizie del passato perché esse sole possono indicarci la strada della lotta contro le ingiustizie del presente. Le indagini hanno rilevato come la strage di Piazza Fontana sarebbe stata eseguita da militanti fascisti, appartenenti ad un'organizzazione eversiva nera chiamata Ordine Nuovo. Sono emersi anche i nomi degli operativi che avrebbero messo la bomba e avrebbero coordinato le operazioni: Delfo Zorzi, Franco Freda e Giovanni Ventura, tutti appartenenti a quell'organizzazione. Con quella bomba aveva inizio quella che oggi è ricordata come la "strategia della tensione", il cui obiettivo era sostanzialmente questo: cercare di spingere la società il più possibile a destra, dal momento che, in quegli anni, il PCI, il sindacato e le altre organizzazioni dei giovani e dei lavoratori erano molto forti, molto radicate e lottavano per un'Italia senza più padroni, poveri e disoccupati. Per portare avanti questa strategia, ogni mezzo fu ritenuto lecito: non solo si fecero saltare in aria filiali di banche affollate, ma si misero anche bombe nelle piazze, nelle stazioni, sui treni, ecc. Per intimidire e reprimere, dal 1969 al 1980 sono stati ammazzati 135 innocenti e ferite più di 500 persone. Le indagini hanno portato alla luce i profondi legami di quei gruppi fascisti con persone "collocate nei piani alti" che pagarono, aiutarono e protessero tutto questo. In breve: sono emersi i collegamenti con infiltrati dei servizi segreti e della CIA - l'Italia era (ed è tuttora) nella NATO, la quale era letteralmente terrorizzata dall'avanzata comunista nel nostro paese. Quegli anni ci consegnano un insegnamento importante: questa società non può garantire alcuna democrazia reale, né alcuna giustizia profonda. Certo, ci sono libere elezioni, nelle quali è possibile votare ciò che si vuole. Questo, però, fino a un certo punto, e cioè: fintanto che la forza dei lavoratori, dei loro partiti e dei loro sindacati non supera un certo "limite di guardia". Se si spinge oltre quel limite, allora deve essere repressa e annientata. In questi casi ogni formalismo democratico di questa società salta, e assistiamo ad attentati e tentativi di colpi di stato. I sindacati vengono chiusi, i militanti che difendono i diritti dei giovani e dei lavoratori vengono arrestati e la società dei ricchi, dei privilegiati e dei violenti è garantita. Piazza Fontana può tornare ancora e con essa può tornare il tentativo di schiacciare brutalmente, e per sempre, ogni nostro diritto: è per questo che dobbiamo lottare contro le ingiustizie di ieri e di oggi.

**Malori attivi, processi allontanati e bombe che si mettono da sole: la strage di piazza Fontana**

La strage di piazza Fontana avvenne il 12 dicembre del 1969 alle 16.37: la banca era affollata per il mercato agricolo del



venerdì. 17 persone saltarono in aria e il salone venne disintegrato; 88 furono i feriti tra mutilazioni, menomazioni e danni di varia natura. Nello stesso giorno venne trovata un'altra bomba inesplosa a Milano e altre tre ne scoppiarono a Roma. Cominciò così la strategia della tensione.

**L'Italia era stata attraversata da uno scontro operaio e giovanile frontale: l'autunno caldo.**

Le ore di sciopero erano salite a 302 milioni e le organizzazioni dei giovani e dei lavoratori erano fortissime. Nelle fabbriche, nei quartieri e nelle università fioriva uno straordinario protagonismo operaio e popolare, con vere e proprie forme di contropotere. Il dibattito politico era in ogni quartiere. Furono anni di lotte incandescenti, durante i quali i padroni arretrarono su tutta la linea. Furono gli anni delle nostre grandi conquiste; grazie a quelle lotte conquistammo l'apertura delle università ai lavoratori e ai loro figli che studiavano nei professionali e nei tecnici. Non vi era riforma in Parlamento o produzione in fabbrica che venisse decisa senza il consenso dei lavoratori. Qualcosa di impensabile solo pochi anni prima. L'intero paese lottava per il proprio riscatto sociale: si spostava a sinistra. Questo è il contesto in cui cominciarono a esplodere le bombe e in cui avvenne la strage al Banco Nazionale dell'Agricoltura. Le indagini scartarono volutamente fin dal principio i circoli dell'estrema destra, concentrandosi sugli anarchici: un facile capro espiatorio. Tra questi vennero arrestati due tra i militanti più attivi: Pietro Valpreda e Giuseppe Pinelli. Il primo venne fin da subito additato come "la belva". Verrà poi assolto per non aver commesso il fatto solo nel 1981, dopo un imponente movimento di lotta per la sua scarcerazione. Il secondo non vide mai un processo perché venne buttato giù da una finestra della questura nella notte tra il 15 e il 16 dicembre. La magistratura assolse tutti per quella morte sospetta: il commissario Calabresi e altri 5 imputati, dichiarando che Pinelli né era stato ucciso, né si era suicidato. La sentenza parlò di "malore attivo": a nulla valse far notare il fatto che un uomo di 1.69 m di altezza, oltretutto colpito da "malore", non avrebbe potuto spiccare un volo di qualche metro oltre una finestra a quasi un metro d'altezza; a nulla valse la falsa testimonianza del brigadiere Vito Panessa, che dichiarò di essere rimasto con una scarpa

## L'Italia degli impuniti

CONTINUA DA PAG. 26

di Pinelli in mano, sebbene quest'ultimo fosse stato ritrovato a terra con tutte e due le scarpe. Vennero assolti tutti: si dovette aspettare tre anni prima che le indagini si spostassero verso la pista "nera". Nel 1972 si avviò il secondo processo per la strage di Piazza Fontana con l'abbandono dell'ormai insostenibile pista anarchica e l'avvio dell'indagine tra gli ambienti di estrema destra. Si arrivò fino in Veneto. È qui che si ricostruirono le responsabilità di Franco Freda e Giovanni Ventura, entrambi militanti fascisti di Ordine Nuovo. Venne trovato un autentico arsenale in un casa di proprietà di Ventura e si risalì all'acquisto da parte di Freda dei detonatori responsabili della strage. Addirittura si risalì all'agente dei servizi segreti (il SID) che protesse Ventura nella sua fuga da latitante: l'agente Giannettin, che le cronache conobbero come "Agente Zeta". Freda e Ventura vennero condannati all'ergastolo. L'inchiesta, tuttavia, cominciò a divenire scomoda quando rivolse le indagini a chi aveva pianificato, finanziato e coperto la strage: i vertici dei servizi segreti e i ministeri degli Interni e della Difesa. Sfruttando il pretesto delle manifestazioni per la liberazione di Valpreda il processo venne spostato da Milano a Catanzaro, a ben 1254 km di distanza. Nel 1981 la corte d'Appello di Catanzaro assolse tutti gli imputati, in un clamoroso colpo di scena. Non fu certo l'unico improvviso capovolgimento nei processi sulla strage di Piazza Fontana.

### La Luna rossa

Nel 1993 si aprì l'ultima clamorosa inchiesta anch'essa partita da indagini secondarie relative al mondo dell'estrema destra. Fu solo in quest'occasione che si risalì all'esecutore materiale della strage: Delfo Zorzi, ora cittadino giapponese e ricco imprenditore, che compose la squadra milanese dell'attentato. Fu sempre in questa inchiesta che emerse il ruolo della base Nato di Verona che controllava i servizi segreti attraverso il famoso "Agente Zeta" e l'organizzazione fascista Ordine Nuovo per le proprie strategie: nessuno si sconvolse quando si risalì a esplosivo militare occidentale per porre la bomba della strage. Nel 2001 si giunse alle condanne all'ergastolo per Zorzi, Maggi e Rognoni - alcuni degli stragisti neri che composero la squadra. Ma clamorosamente, e ancora una volta, la magistratura ammise d'improvviso di essersi sbagliata completamente. Così nel 2004 vennero tutti assolti. Infine, nel maggio del 2005 la Corte di Cassazione confermò tutte le assoluzioni tranne per Freda e Ventura, i quali tuttavia, essendo stati già assolti definitivamente nel 1981, non videro la galera nemmeno di striscio. Oltre al danno per i familiari delle vittime arrivò gelida anche la beffa. Dopo quarant'anni la strage di Piazza Fontana continua, dunque, a non avere colpevoli chiari: sembra essersi fatta da sola.

### Le basi materiali della giustizia

Dopo la strage di Piazza Fontana salteranno in aria nell'ordine: il treno per Gioia Tauro nel 1970; piazza della Loggia a Brescia, nel 1974; il treno Italicus, nel 1974; fino alla stazione di Bologna nel 1980 - per citare solo le più note. Per ciascuna di queste stragi vennero indagati appartenenti a organizzazioni fasciste come Ordine Nuovo e Avanguardia Nazionale. È però evidente che la campagna martellante che sentiamo ogni giorno in tv e sui libri, volta a riscrivere tutte le pagine della storia del nostro paese, deve parlare d'altro: si deve dare la colpa agli "estremisti" in contrapposizione alle persone "per bene". In realtà tutti gli indagati di queste stragi furono (o sono tuttora) "rispettabili" appartenenti alla classe media o ricchi imprenditori. La storia del nostro paese dimostra che le inchieste giudiziarie più pericolose per chi comanda la nostra società si sono fermate prima di fare il passo in avanti decisivo.

È il caso, solo per citare alcuni esempi recenti, del processo per i fatti del G8 di Genova oppure di quello per i morti della Thyssen Krupp. Questo avviene perché la magistratura non è sospesa a mezz'aria sulla società, ma è condizionata dagli interessi di potere che dominano questa stessa società. Il diritto si basa sul principio dell'uguaglianza formale di tutti i cittadini di fronte alla legge; tuttavia lo stesso diritto riflette anche la struttura intera di questo stato e dei suoi assetti. E il potere di questi imprenditori e dei politici che ne difendono gli interessi sarà sempre maggiore, anche se possono sorgere conflitti tra i politici e i giudici. Le sentenze su Piazza Fontana insegnano sostanzialmente questo. Dobbiamo lottare perché politici e imprenditori non godano di privilegi speciali di fronte alla legge. Allo stesso modo dobbiamo prendere atto di un insegnamento della storia del nostro paese: i privilegiati e i fascisti sono stati puniti solo quando i lavoratori e i giovani si sono fortemente mobilitati. È uno scontro vivo dato dalla natura di classe di questa società. Non possiamo arrenderci. Non possiamo per tutte le vittime di questo sistema marciò; non possiamo per non consegnare il nostro futuro nelle mani di una classe politica e imprenditoriale che è interessata solo a divorarlo. Queste bombe sono state messe per schiacciare il protagonismo di chi lottava per un mondo più giusto e per riportare l'ordine di chi comanda: il progetto era un mondo di schiavi allora come oggi. Non esiteranno a sterilizzare la coscienza di un'intera generazione di giovani. La nostra memoria, invece, può vivere bene nella lotta di oggi per i nostri diritti. Apprendere questa lezione, comprendendo la natura delle istituzioni in questa società è il miglior omaggio che possiamo fare alle vittime della strage di Piazza Fontana. Purtroppo non esiste né una magistratura al di sopra delle parti, né una magistratura "rossa" - come invece vorrebbero farci credere Berlusconi e i suoi amici. A noi l'onore e l'onere del conflitto per stabilire la verità!

### Piazza Fontana: storia di una strage di Stato

Intervista a Saverio Ferrari

(Osservatorio Democratico sulle Nuove Destre)

intervista su [www.gcmilano.altervista.org](http://www.gcmilano.altervista.org)

**PIAZZA FONTANA**  
 Dopo 40 anni  
 la luna è ancora rossa



SABATO 12 DICEMBRE - H. 15 - P.ZA MISSORI

**CORTEO**  
**A 40 ANNI DALLA STRAGE**  
**DI PIAZZA FONTANA**

per info:  
 visita il nostro sito:  
[www.gcmilano.altervista.org](http://www.gcmilano.altervista.org)  
 scrivici una mail:  
[giovani.comunisti.lm@tin.it](mailto:giovani.comunisti.lm@tin.it)  
 cerca il nostro gruppo su Facebook:  
 giovani comunisti di milano e provincia

**GIOVANI COMUNISTI**  
 ITALIANO  
 GIOVANI DI RIFONDAZIONE



## “la mia prima volta con Lavoro e Salute”

**V**oglio impegnare qualche parola per descrivere l'impatto avuto con questa rivista. La prima cosa che si percepisce è la sensazione di essere parti dello stesso mondo.

*E' un piacere accorgersi che non c'è bisogno di chiedersi dove va a parare, racconta,..... non vende, non millanta, non ruba informazioni, non parla per nascondere.*

*L'impatto sembra di averlo con uno specchio, siamo noi. E' fatta dai lavoratori, E' quel noi, che è più grande dei soli lavoratori della sanità.*

*Sono pagine di informazione che rimandano una ricomposizione d'insieme. Trovare vicino inchiesta sulla proprietà della sanità e stress da lavoro correlato o dello sciopero al San Raffaele e pezzettini della nostra storia, permette, anche a chi non è già parte dell'argomento perchè addetto ai lavori, di sapere cosa sta succedendo. E questo, riesce a restituire, a chi la vuole, la discussione sulla propria vita.*

*Visto che la salute e meglio della malattia, è uno dei nodi della vita di chiunque, il servizio ad essa indirizzato, la sua organizzazione e il suo effettivo sviluppo, sono connessi in modo profondo con questa. Altrettanto profonda, poi, è la connessione con la valorizzazione economica che da questo settore viene prodotta.*

*Sa offrirsi come riferimento nell'elaborazione del pensiero.*

*Sapere vuol dire capire, discutere e volere, e questo, mi sembra, sia uno dei pochi strumenti a cui può avere accesso chi non ha un legame lavorativo con il settore, forse anche a chi è parte del settore (se si cerca di capire come funziona il settore, unici riferimenti sono i siti del ministero della sanità e quelli regionali, con quello che d'informazione si può trovare).*

*Permette discussione e, si spera, da questa nasca voglia. Rilevo che è uno stimolo a non arrendersi. Molte volte mi capita di sentire altri lavoratori che, a fronte, purtroppo, anche dell'abbandono o dell'atteggiamento di sminuzione dei fatti, da parte di delegati sindacali, si sentono in difetto o inadeguati, a perseguire il rispetto della propria salute, oltre a quello degli altri bisogni. E, visto che si può raccontare solo se già si esiste, vuol dire che qualcuno già fa e, allora, chi altro vuole fare non è da solo. Raccontare è come dire che il primo passo è già fatto, è dietro.....è un invito, cortese, è un'occasione.*

*Penso che quello che si elabora, si discute e si cerca di fare oggi è quello che si può vivere domani in questo senso l'informazione, questa informazione, è il terreno dove cresce il pensiero.*

*Ecco, questa rivista è lo sguardo attento che è possibile incontrare, lo sguardo intelligente dei lavoratori. Solidarietà, e a buon rendere.*

Valentina Boi operatrice di Patronato - Milano

## ....DICA 33! a Rho, a Vialba, a Garbagnate, a Legnano, a.....

### Quale futuro per la nostra salute?

**L**e voci che sono circolate, sulla possibile chiusura dell'ospedale di Rho, pongono a tutti degli interrogativi a cui trovare risposta non è certo semplice.

La prima cosa che viene in mente, è che l'ospedale non deve chiudere. Ma se resta aperto, completamente svuotato delle funzioni che dovrebbe avere, non è un servizio che ci viene offerto.

Cosa sta succedendo alla nostra possibilità di avere accesso a un serio percorso di cura, quando ci è necessaria e, di prevenzione che è sempre necessaria?

Non solo è cambiato l'assetto dei servizi, ma l'Ospedale di Rho ha sempre meno posti letto, ma ha anche meno specialità di cura. Qual è l'offerta per il nostro territorio? Quale sarebbe necessaria, qual è il bisogno del nostro territorio?

L'Ospedale di Garbagnate viene rifatto nuovo, la delibera di inizio lavori è di questi giorni, l'Ospedale di Passirana, eccellenza nella riabilitazione, viene progressivamente svuotato delle sue capacità. Ma perchè?

Sempre più il ricorso all'of-

ferta del privato convenzionato, per diagnostica e specialistica, si mostra un percorso obbligato nei fatti. Perchè?

A Legnano si è costruito un megapoloclinico, a Vialba si farà la cittadella della salute (mica pubblica però).

Quale servizio abbiamo dalla progressiva privatizzazione del servizio sanitario nazionale? Quale servizio abbiamo da una sistema sanitario che affida al privato (da cui acquista prestazioni) una parte grande del sistema di cura? Così la nostra salute, diventa l'industria della malattia, industria certa.

Pensiamo che non possiamo affidarci alle semplici risposte o spiegazioni di chi governa il territorio o il SSN, quando questo ci sono, dobbiamo capire noi, per acquisire la proprietà delle scelte per la nostra salute

e costruire il percorso di lotta per tutelarla.



vignetta di Serre

## 26 anni di giornalismo

**Publicati 199 numeri**

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

**Scritto da 1251 autori**

- 975 operatori sanità - 111 sindacalisti
- 25 esponenti politici - 1141 altri

**Stampate 662mila copie**

- (363mila in ospedali e ambulatori)
- (126mila luoghi vari)
- (72mila copie distrib. nazionale)

## lavoroesalute **Racconti e Opinioni**

Anno XXVI - Periodico fondato e diretto da Franco Cilenti

Gratuito, finanziato da promotori e lettori - Redazione: info@lavoroesalute.org

Suppl. rivista Medicina Democratica Autoriz. Tribunale Milano n° 23-19/1/77

Reg. naz. stampa (Legge 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985 Dir. Resp: F. Aurora

Progetto grafico, impaginazione e vignette (cile) di Franco Cilenti

Illustrazioni e vignette a cura di Benedetta Frezzotti " Benny "

e di Tubal (www.controcorrentesatirica.com)

Il materiale originale è riproducibile citando con evidenza testata, data e autore.

Posta: Firma e telefono. La firma non verrà pubblicata su richiesta. N. chiuso: 1-12-2010 - Suppl.a M. D. n° 189-190

## PUBBLICITA' 2010 Tariffe Più IVA 20% Modulo base cm 10 X 5

\* Lato testata 250 e \* Copertina 200 e \* Seconda e terza pagina 150 e \* Ultima pagina 100 e \* interne 50 e

\* Tariffe ridotte dal 10 al 30% su pacchetti di moduli \* Riduzione del 40% su pagina intera

Nota: Disponibilità su proposte di altre ipotesi di spazio pubblicitario.

N.B. La redazione si riserva di rifiutare inserzioni contrarie all'etica editoriale della testata.

Stampa: Grafiche Stesil  
di Merlini Stefano  
Cologno Monzese - Mi