



Basta scioperi scotti e pesticidi governativi **Urgono scioperi al dente**

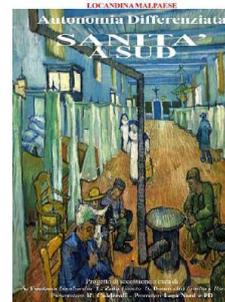
Lotte di scopo o disperazione Editoriale a pag. 3

Ai cittadini, alle professioni sanitarie: ribellatevi pag. 10

- **Lo sfascismo differenziato dei secessionisti** di Alba Vastano
- **Medicina e potere del malessere - 2° Parte -** di Stanislao Loria
- **Solitudini esistenziali e nuove truffe** di Rita Clemente
- **L'insabbiamento della Fusione Fredda** di Lorenzo Poli



Locandina in ultima



Locandina a pag. 47

Nel 2022 più di 1499 omicidi sul lavoro

Giustizia per Mattia Battistetti

Pagine a cura dei famigliari - Allegato

Dossier I tumori occupazionali

Presentazione di Riccardo Falcetta

Lettera di Carlo Soricelli

da pag. 26

La lacrima della giovane comunista libro di Giorgio Bona
Intervista all'autore a cura di Alberto Deambrogio

SPECIALI
dal Veneto
La Regione delle fake news sulla sanità a cura di
Comitati difesa della sanità pubblica, medici, PRC del Veneto

12/13 febbraio 2023
Elezioni nel Lazio
di Loredana Fraleone
Il voto in Lombardia
Redazione
pag. 6 e 7

SOMMARIO

- 3- editoriale Lotte di scopo o disperazione
- 4- Lo sfascismo differenziato dei secessionisti
- 6- Lazio e Lombardia al voto, la scelta di Unione Popolare
- 8- Nel 2022 più giornalisti minacciati ma meno denunce
- 9- Parola vietata ai dipendenti pubblici

SANITA' E AMBIENTE

- 10- Appello ai cittadini e alle professioni sanitarie
- 12- L'indagine dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria
- 14- La fossa comune della guerra contro il diritto alla salute
- 16- Vita, medicina e potere del malessere (2° parte)
- 21- Sosteniamo Smarketing. La salute pubblica, bene comune
- 22- Come aderire all'associazione Medicina Democratica
- 23- Ecologia. L'insabbiamento della Fusione Fredda

SICUREZZA E LAVORO

- 26- Morti sul lavoro, dal Qatar all'Italia
- 27- Da Carlo Soricelli, dell'Osservatorio morti sul lavoro
- 28- Inserto. Presentazione delle pagine per Mattia Battistetti
- 28- Sicurezza sul lavoro e giustizia per Mattia Battistetti
- 29- Quando il lavoro uccide? Le silenziose malattie professionali
- 30- Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile
- 36- Istruzione e lavoro nell'Italia del governo Meloni
- 37- Salari più bassi, contratti meno equi. Il lavoro in Italia

SOCIETA' E CULTURA/E

- 38- Solitudini esistenziali e nuove truffe
- 41- Giovani Neet. Chi sono e quanti sono in Italia
- 42- Libro. La lacrima della giovane comunista. Intervista all'autore
- 45- Libro. Vicolo Chiuso. Romanzo recensito da Giorgio Bona
- 46- Zapruder. Una «rivista di storia della conflittualità sociale»
- 47- **Locandina** Sanità al sud con l'Autonomia Differenziata

ULTIMA DI COPERTINA.

- 48- **Locandina** Appello alla Cgil, solo scioperi al dente

49 **SPECIALE dal Veneto**

La Regione delle fake news sulla sanità

INSERTO Omicidio su lavoro

Giustizia per Mattia Battistetti

Racconti e Opinioni **lavoroesalute**

Anno XXXIX

Periodico fondato e diretto
da *Franco Cilenti*

Direttore Responsabile *Fulvio Aurora*

Distribuito gratuitamente.

Finanziato dai promotori

e dal contributo facoltativo dei lettori

Suppl. rivista Medicina Democratica

Autoriz. Trib. Milano n° 23-19/1/77

Registro nazionale stampa

(L. 58/81 n° 416, art. 11) 30/10/1985

Materiale originale riproducibile
citando testata e autore.

Posta: inviare mail con firma e telefono.

Firma non pubblicata su richiesta.

Numero chiuso in redazione: 10-1 -2023

Suppl. al n° 251/252 di M. D.

Redazione: info@lavoroesalute.org

Sito web: www.lavoroesalute.org

Redazione e collaboratori

Franco Cilenti - Alba Vastano

Loretta Deluca - Loretta Mussi

Renato Fioretti - Edoardo Turi

Renato Turturro - Marco Prina

Alberto Deambrogio - Giorgio Bona

Agatha Orrico - Angela Scarparo

Gino Rubini - Riccardo Falcetta

Marco Spezia - Lorenzo Poli

Carmine Tomeo - Fulvio Picoco

Danielle Vangieri - Michela Sericano

Fausto Cristofari - Marco Nesci

Elio Limberti - Giorgio Riolo

Gian Piero Godio - Dorino Piras

Rita Clemente - Vito Totire

Siti web di collaborazione

Sbilanciamoci.info - Dors.it -

Diario Prevenzione.it - Lila.it

Comune-info.net - Pressenza.com

Area.ch - wumingfoundation.com

Salute Pubblica.net - Nodemos.info

Etica ed Economia.it - il salvagente

Pubblicati 281 numeri

Più 4 n. 0 (83/84) - 13 speciali - 7 tematici

1 referendum nazionale contratto sanità

Scritto da 2488 autori

1448 operatori sanità - 338 sindacalisti

156 esponenti politici - 546 altri

Avviso Causa insostenibili costi di stampa dal numero di novembre 2022 il mensile è pubblicato solo online, riprenderemo se ne avremo possibilità. Su richiesta continueremo ad inviare pdf con versioni ridotte da stampare.

Periodicità

Bimestrale dal n. 1 a settembre 2019

Mensile da novembre 2019

**I NUMERI PRECEDENTI IN PDF
SU www.lavoroesalute.org**

**o ti racconti
o sei raccontato**

**Il mensile si può leggere anche in versione
interattiva cliccando sulla sezione "annali"
o sulla finestra in movimento**

su www.blog-lavoroesalute.org

2.610.696 letture 1.065.925 visitatori

Racconti e Opinioni
lavoroesalute BLOG
PAGINE DI LAVORO, SALUTE, POLITICA, CULTURA, RELAZIONI SOCIALI - A CURA DI FRANCO CILENTI

Giornale online, quasi un quotidiano da 1/1/2017

editorialedi **franco cilenti** Pablo Neruda

"Il capitalismo e l'imperialismo si coprono con una maschera che dice "mondo libero" e, sotto quella maschera, si nascondono il terrore, la repressione di classe, la perversità sociale."

Lotte di scopo o disperazione

*Ai nipoti racconteremo la favola del "C'era una volta il Bel Paese"? Certo, proprio tutto bello non è stato, ma di fronte agli incubi che si prospettano per le nuove generazioni, il Paese che ci ha visto crescere prima adolescenti sereni e poi giovani prosperosi, di cultura e di impegno psicofisico nelle articolazioni (belle e alcune brutte con i rigurgiti del mai morto fascismo nelle piaghe delle istituzioni) della società, quel Paese di giovani e adulti di ogni estrazione sociale - dalla seconda metà degli anni 60 fino a oltre la metà degli anni 70 - che lo ha reso laboratorio di sperimentazione di un mondo migliore per tutto l'occidente perlomeno, è stato un raggio di sole a confronto del grigiore politico e della malinconia sociale sull'orlo della sfiducia e disperazione suicidataria, fino alla mancanza di stimoli al miglioramento delle condizioni di vita e di speranza per la grande maggioranza della popolazione. Lo diciamo solo noi comunisti? No, l'afferma il **Censis nel Rapporto 2022 sulla situazione del Paese**.*

*C'è anche chi non vuole cadere nella disperazione e scappa del fu Bel Paese: a dirlo è il **Rapporto 2022 della Fondazione Migrantes** che certifica, numeri alla mano, che la maggior parte di coloro che decidono di lasciare l'Italia - con biglietto di sola andata - sono giovani che hanno constatato il peggioramento delle proprie condizioni di vita e di prospettive occupazionali di minimo benessere rispetto ai loro genitori. E a negazione della narrazione dei*

media nazionali e della politica governativa, sono più i connazionali fuori dai confini che gli stranieri residenti da noi: 5,8 milioni contro 5,2.

I dati ci mostrano un incremento della mobilità italiana dal 2006 al 2022 dell'87%, nonostante la pandemia, e addirittura del 94,8% per le donne. L'Italia in un anno ha perso quindi lo 0,5% della sua popolazione residente, mentre vi è stato un aumento del 2,7% degli italiani residenti all'estero.

Il Rapporto 2022 della Fondazione Migrantes ci fornisce le aree di provenienza dei migranti italiani: è il Sud a pagare il maggior tributo (47%), seguito dal Nord (37%), ma le due Regioni con più partenze sono Lombardia e Veneto, spesso di persone che già erano migrate dal sud; il Centro (16%).

Disincanto, disperazione?

Quello che è certo, e si tocca con le mani, è il conseguente imbarbarimento delle stesse relazioni sociali, fatte di indifferenza verso chi sta peggio, di nichilismo che amplifica, fino all'odio verso gli altri considerati diversi, il processo di distruzione degli ideali, dei valori di comunità per sostituirli con presunti nuovi valori impregnati di individualismo e di appartenenza a singole tribù con a capo personaggi vagamente mostruosi, e paradossali.

E' paradossale ma, a dispetto dell'espresso individualismo, sempre il Rapporto del Censis ci dice che le richieste degli italiani sono sempre: sicurezza nel lavoro, cura della salute ed equità sociale.

Come si spiega il paradosso?

Non sarà che sono venuti meno sia gli organismi d'impegno sociale

Impotenza sindacale?

cile54
2023

*Eppure il viagra sociale ce l'hanno gratuitamente, e il nome scientifico sulle confezioni, impolverate nei loro cassetti, è **conflitto**. Basta assumerlo ogni giorno!*

che hanno impregnato cuori cervelli e relazioni nel secolo scorso, che l'ossatura della rappresentanza dei Partiti, chi bene e chi male, determinavano, potenzialmente, un miglioramento delle condizioni di vita reali.

Oggi e la parola è solo quella di leader politici - o presunti tali in quanto costruiti nei salotti televisivi - che fomentano, lusingando le spintanee passioni del popolo per servirsene come strumento per acquisire poltrone di potere funzionali alla trasformazione della democrazia formale in democrazia autoritaria supportata dalla violenza dei corpi di polizia e dall'uso strumentale della tecnologia come forma di sorveglianza nascosta sotto il velo della libera espressione digitale.

Di pari passo avanza, invece, il linguaggio di guerra atto a costruire il consenso al clima di emergenza, al concentramento di capitali a scapito anche del diritto alla salute e con le sempre più grandi (ancora dal Rapporto Censis) differenze tra retribuzioni dei dipendenti rispetto a quelle dei dirigenti (87,8%); buonuscita milionarie dei manager (86,6%).

I poveri sconfessano conflitto e mobilitazioni collettive? *Questa è la narrazione dominante - con i media nelle mani dei poteri finanziari - che giustifica l'impotenza dei grossi sindacati? Se invece di commentare i drammi sulla riduzione del 15% dei salari dal 2007, (i più bassi d'Europa da decenni) e fare inutili scioperi formali, combattessero questa lotta di classe ora solo unilaterale, il Paese non starebbe così malmesso. **La sfiducia è tanta, ma se non si ricomincia a lottare duramente sarà incurabile.** Lo consiglia anche il Papa «**Fate rumore e siate la voce di chi non ce l'ha.**»*

Si è consapevoli che alla fine di questa strada priva di pietre d'inciampo riflessivo, c'è il dirupo?

PS. *Si è consapevoli della secessione con l'Autonomia Differenziata?*

Appello alla Cgil

Locandina in ultima - a pagina 48

Autonomia Differenziata

Lo sfascismo differenziato dei secessionisti

Art. 5. ‘ *La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento*’.

Vi sono espressi valori fondamentali che occorre saper bene interpretare, poiché possono sembrare contrastanti. In realtà esprimono il più alto senso della democrazia, infatti promuovono la libertà operativa degli Enti locali, ma nel rispetto di un contesto statale unitario ed indivisibile.

Potrebbe essere sufficiente interpretare correttamente quanto viene espressamente recitato nell'art. 5, quale principio immodificabile della Carta Costituzionale, per far decadere quell'obbrobrio, camuffato strumentalmente di legalità, con la denominazione di autonomia differenziata. Un percorso contorto, partito nel 2018 con il governo Gentiloni, che sta per essere sdoganato come legge per promuovere e legalizzare le forme di decentramento amministrativo regionali, ovvero le autonomie differenziate in base agli art. 116 e 117 della Costituzione. Autonomia differenziata, definizione che rimanda faziosamente ad un concetto vacuo di libertà d'azione degli Enti locali, slegata dallo Stato padrone.

Convinzione ingannevole perché vorrebbe far intendere che ogni Regione può godere, con il decentramento amministrativo, di una maggiore autonomia economica, riguardanti strutture e fondi. E dovrebbe essere così, se fosse vero. Intanto la proposta a firma Calderoli va avanti. Il ddl proposto dal ministro per gli Affari regionali e le Autonomie è già entrato nella legge di Bilancio del 2023 (comma 791-805) e sono già previsti i fondi per avviare il percorso che in pochi mesi (21?) può diventare legge. Se andasse in porto, come previsto e presumibile, si attuerebbe, da qui a breve, quello che **Gianfranco Viesti**, professore di economia applicata presso l'università di Bari, ha definito in un suo saggio: ‘**La secessione dei ricchi**’, ovvero creare cittadini con diritti di cittadinanza di serie A o B a seconda delle regioni in cui vivono.. Ed è ben chiaro che i cittadini di serie B sono gli abitanti del Sud del Paese.

Nel saggio il prof. Viesti ‘racconta le origini di questo processo, le richieste regionali e le loro possibili implicazioni. Mostra così che non si tratta di una piccola questione amministrativa, che riguarda solo i cittadini di quelle regioni, ma di una grande questione politica, che riguarda tutti gli italiani. Che può portare ad una vera e propria “secessione dei ricchi”. Spezzettare la scuola pubblica italiana. Creare cittadini con diritti di cittadinanza di serie A e di serie B a seconda della regione in cui vivono’, con la mano dello Stato che preme ad affondare il Sud.

Anche Marco Esposito, giornalista e saggista, descrive nel suo saggio illuminante ‘Zero al Sud’, l’eterno divario fra Nord e Sud e quanto il Sud possa ulteriormente venire penalizzato se passasse la legge

sulle a.d, in quanto non farebbe altro che spaccare il Paese ed avviarlo verso uno Stato federale, rinnegando così lo Stato unitario e indivisibile sancito nei principi della Carta costituzionale dai Padri Costituenti.

Nel saggio l’autore fa una chiara denuncia sulle malefatte di uno Stato truffaldino riguardo le destinazioni di fondi destinati, ma mai arrivati, al Sud, con l’assurda motivazione che le Regioni del Sud non sono meritevoli di

fondi statali, in quanto non hanno strutture di base, come asili nido, scuole e strutture sanitarie funzionali con presidi medici efficienti alle cure e all’assistenza dei cittadini. Asili nido inesistenti in alcuni comuni della Campania. Quindi poiché a Casoria non vi sono asili nido, ad esempio, in quel Comune non devono essere destinati fondi per la messa in opera di nuove realtà scolastiche e di assistenza all’infanzia. Mentre le regioni del Nord che richiedono l’a.d. e hanno strutture scolastiche ed ospedaliere (ndr, che poi, in pandemia soprattutto, non abbiano funzionato neanche lì è un’altra storia) sono meritevoli e sono meritevoli più fondi. Per una logica perversa che chi è povero deve necessariamente esserlo sempre di più e non ha diritto a migliorare il suo stato di vita sociale.

Dai Lea ai Lep

In questo quadro incombente sull’unità del Paese fanno il gioco strumentale del ddl Calderoli i Lep (acronimo di livello essenziale di prestazioni) che nella riforma del Titolo quinto del 2001 (ndr, riforma che non ha di certo facilitato la trasparenza dei rapporti fra autonomie regionali e Stato centrale) prevedono il superamento dei Lea (acronimo di livelli essenziali di assistenza), in riferimento alla l. 502 del 1992. La differenza sostanziale fra i due livelli consiste nel fatto che i Lep considerano meramente le prestazioni, mentre i Lea garantiscono pari diritti di assistenza al servizio di tutti i cittadini.

CONTINUA A PAG. 5



Lo sfascismo differenziato dei secessionisti

CONTINUA DA PAG. 4

Nella proposta “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata” avanzata dal ministro Calderoli c’è chiaramente un premeditato attacco all’art.3 e all’art.5 della Carta costituzionale, nel tentativo di aggirare la legge, camuffandola. Inoltre il ddl Calderoli è monco delle definizioni necessarie per determinarlo chiaramente. Mancano infatti nello specifico: regole, condizioni limiti e garanzie. Una manomissione totale dell’impianto originario della Costituzione, perché rinnega il principio dell’unità e indivisibilità dello Stato. Davvero occorrerà attendere che passi la legge per trovare l’inganno? Davvero si può ancora accettare che a pagarla dovranno essere ancora e ancora una volta le Regioni più povere, quelle del Sud?

Come e perché bloccare l’avanzamento del ddl Calderoli

La speranza di bloccare l’iter di legge è riposta nell’impegno capillare sui territori dei Comitati nazionali contro ogni a.d., nelle forze di opposizione, sia pur marginali, di alcuni gruppi parlamentari, negli appelli di molte associazioni e cittadini al presidente della Repubblica. Se, invece, la legge, passasse le conseguenze inevitabili, è bene ribadirlo, saranno che le Regioni già provviste di strutture (quelle del Nord) riceveranno più fondi, perché considerate meritevoli, mentre il Sud colpevole di essere figlio di un dio minore, per mancanza di ospedali, scuole e asili nido verrà sempre più penalizzato.

Le regioni del Nord (Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna) che hanno formulato richieste di autonomie, in base all’art.116 non possono non considerare che l’attuazione delle autonomie solo in alcune regioni, già avvantaggiate rispetto al Sud del Paese, ‘*comporta sottrazione di ingenti risorse finanziarie alla collettività nazionale e la disarticolazione di servizi ed infrastrutture logistiche (porti, aeroporti, strade di grande comunicazione, reti di distribuzione dell’energia, ecc.) che per loro natura non possono che avere una dimensione nazionale ed una struttura unitaria. Ma nemmeno la regione che ottiene l’autonomia se ne avvantaggia: sia perché il Sud è il mercato essenziale per il Nord, sia perché nelle stesse regioni “ricche” le condizioni interne tra le varie realtà territoriali non sono omogenee, e quelle più svantaggiate difficilmente riceverebbero compensazioni che, nell’ottica dell’efficienza andrebbero, invece, alle parti già più ricche e meglio organizzate, secondo la stessa logica. Inoltre, una Regione non ha alcuna possibilità di affrontare la competizione globale*’.

... ma l’attacco alla Costituzione continua

Intanto è innegabile che l’art.5 della Costituzione continua ad essere volutamente ignorato e frainteso appositamente. Così come l’intero paradigma costituzionale è stato sistematicamente svilito e contraffatto dai governi che si sono susseguiti e che i principi costituzionali che sono immutabili per legge non sono mai stati pienamente rispettati ed applicati. ‘*Il Costituente, nel citare la Repubblica una e indivisibile afferma categoricamente il concetto di Unità dello Stato*’. Le articolazioni locali, pur godendo di notevoli forme di autonomia, non possono e non devono in alcun modo intralciare l’unitarietà del Paese che, nello sciagurato caso di attuazione della legge Calderoli sarebbe gravemente compromessa.

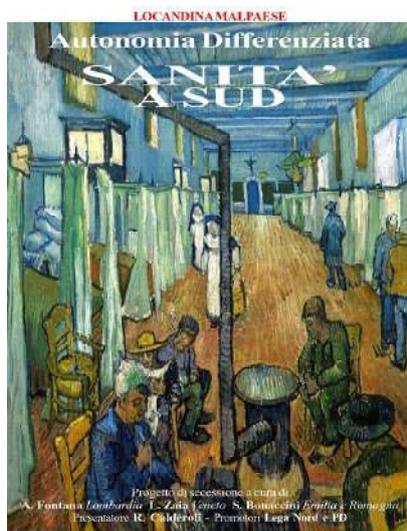
La legge costituzionale, nel sancire il principio di unitarietà ha stabilito un limite oltre il quale le autonomie locali non possono spingersi. E invece sono andati ben oltre. Se passerà la legge Calderoli cadrà una definitiva mannaia sull’unità e l’indivisibilità dello Stato (art. 5) e sul principio di uguaglianza (art. 3), avviando in breve l’iter per la realizzazione di uno Stato federale tanto voluto, in particolare dalla Lega. Considerando che, contemporaneamente, si potrebbe avviare un percorso per una forma di presidenzialismo sul modello francese, che sembra essere auspicato dalla premier Meloni. Come calpestare la Costituzione e rinnegarla.

No a tutte le autonomie differenziate! No alla legge ‘Spacca Italia’. Difendiamo i diritti sanciti dalla

Costituzione repubblicana, nata dall’impegno dei Padri Costituenti per dare al paese la libertà dagli oppressori e il diritto di uguaglianza fra le persone, a prescindere dalle diversità di ogni genere.

Fonti:

- ‘Verso la secessione dei ricchi?’ Autore: Gianfranco Viesti – Ed. Laterza
- ‘Zero al Sud’ –autore: Marco Esposito Ed. Feltrinelli
- Povera Italia, povero Sud - Lavoro & Salute - Blog <http://www.blog-lavoroesalute.org> › [povera-italia-pover](http://www.blog-lavoroesalute.org)
- Fermiamo l’Autonomia Differenziata. Il Nord e il Governo <https://www.monopolitrose.it> › [politica](https://www.monopolitrose.it) › [fermiamo-la](https://www.monopolitrose.it)
- Contro l’Autonomia differenziata, il 21 dicembre ... <http://www.cobas-scuola.it> › [Notizie](http://www.cobas-scuola.it) › [Contro-l-Autono...](http://www.cobas-scuola.it)



a pagina 47 LOCANDINA MALPAESE Autonomia Differenziata SANITA' A SUD

Alba Vastano
Giornalista

Collaboratrice redazionale
di Lavoro e Salute



ELEZIONI NEL LAZIO

L'UNICA ALTERNATIVA ALLE FORZE CHE HANNO GOVERNATO IL LAZIO!



Nel contesto di una crisi economica destinata ad aggravarsi, anche a causa di una guerra alimentata dalla NATO, che il governo della Meloni, come Draghi, affronta con le politiche antipopolari dell'Unione Europea, è indispensabile proseguire la costruzione di un'aggregazione alternativa, anche sul piano territoriale, che si occupi della difesa dei diritti, della fine della guerra e dell'economia di guerra, di una vera tutela dell'ambiente, del potenziamento e del ritorno al pubblico dei servizi, che si esprima nettamente e con chiarezza contro ogni autonomia differenziata, per la tutela dei diritti universali, egualmente fruibili in ogni angolo del Paese.

Per questo Unione Popolare sarà in campo nel Lazio con Rosa Rinaldi candidata presidente, ex-sindacalista e responsabile nazionale della Sanità per il PRC/SE. Nelle cinque liste provinciali del Lazio, sono presenti candidate e candidati in rappresentanza delle realtà di lotta e della costruzione delle mobilitazioni del territorio.

Alle elezioni regionali del 12/13 febbraio 2023, Rifondazione Comunista si presenta nella lista di Unione Popolare, per contribuire al percorso avviato con le elezioni politiche del 2022 e garantire la presenza dell'unica vera alternativa alle altre forze in campo. La nostra sarà una campagna elettorale rivolta ai settori popolari in una Regione, in cui le conseguenze delle scelte politiche prodotte dalla giunta Zingaretti, sostenuta dal PD e dal M5S, sono ben visibili nella loro connotazione antipopolare. Non a caso le critiche, dell'attuale leader del M5S Conte, al candidato del PD si concentrano sul debito di D'Amato di 250.000 euro con la Corte dei Conti, per una vicenda di più di 10 anni fa, non potendo attaccarlo sulle scelte politiche condivise fino all'ultimo dalle due assessori del M5S presenti in giunta.

L'amministrazione uscente, con provvedimenti ispirati al primato del mercato, ha vanificato diritti fondamentali con tagli e privatizzazioni dei servizi pubblici, incuria e

devastazioni sul terreno ambientale. In continuità con tale impostazione, ha per l'appunto candidato l'assessore uscente Alessio D'Amato, il diretto responsabile del disastro della sanità laziale, realizzato con provvedimenti miranti, si potrebbe dire scientificamente, allo smantellamento del sistema sanitario pubblico e dei servizi territoriali a favore della gestione privata.

Ormai il Sistema Sanitario Regionale del Lazio ha come funzione principale la gestione degli appalti e il trasferimento di interi settori sanitari ai privati. Il vanto dell'ex assessore D'Amato, rispetto all'efficienza del sistema delle vaccinazioni per il Covid nel Lazio, nasconde che quella operatività ha prodotto una quasi totale assenza delle prestazioni destinate ad altre patologie, anche gravi, come ad esempio quelle oncologiche, di cui non conosceremo mai il costo in termini di vite umane e dei danni irreversibili alla salute di molti cittadini e cittadine, che hanno subito una vera e propria emarginazione dalle prestazioni necessarie.

Noi crediamo che il Sistema Sanitario dovrebbe essere sostenuto, oltre che dalla garanzia delle prestazioni necessarie nei tempi dovuti, dalla prevenzione e messo in relazione non solo con il fabbisogno dei servizi sanitari a questa dedicati, ma a monte anche con le politiche in grado di preservare la salute. Le scelte messe in atto dalla giunta Zingaretti sulla "casa", sui trasporti che hanno subito le stesse misure di dismissione del pubblico e quelle ambientali non sono andate certo in quella direzione.

Migliaia di alloggi popolari sono stati messi in vendita, mentre non ne è stata finanziata la costruzione di nuovi e la condizione abitativa, specialmente nella capitale è spesso la causa di un disagio non solo economico. La così detta area metropolitana di Roma ha visto uno spostamento di molti, alla ricerca di affitti accessibili, in zone sempre più periferiche, fino a quelle adiacenti di altre



L'UNICA ALTERNATIVA ALLE FORZE CHE HANNO GOVERNATO IL LAZIO

CONTINUA DA PAG. 6

province. Un fenomeno che ha aumentato il pendolarismo verso la capitale, aggravando l'inefficienza dei trasporti, sempre più appaltati ed obsoleti, che durante la pandemia sono stati, insieme alle "classi pollaio", uno dei maggiori fattori della diffusione del virus. Le ore di attesa in ogni condizione atmosferica, il superaffollamento non giova certo al benessere comune.

Per quanto riguarda le questioni ambientali, siamo all'incuria nel migliore dei casi, mentre ulteriori danni sono stati messi in atto, dai progetti di disboscamento selvaggio per la costruzione di nuove piste da sci sul Terminillo, privo di neve per la gran parte dell'inverno, mentre la copertura boschiva è sempre più preziosa

Il "voto utile" serve al consociativismo Destra/PD QUESTO VOTO IN LOMBARDIA

Le elezioni in Lombardia rappresentano da trent'anni il primo principale osservatorio socio-elettorale della regressione dei diritti costituzionali nel Paese; l'opposto di Emilia/Romagna e Toscana che hanno rappresentato il progresso del benessere sociale negli ultimi decenni del novecento.

Trent'anni di governo totalitario della destra, nelle sue articolazioni berlusconiane e leghiste, con le varianti del Centro/PD ad assistere nelle convenzionali forme dell'opposizione formale nel Consiglio Regionale e pronta alla collaborazione consociativa e partecipativa negli affari in tutti i settori produttivi e dei servizi pubblici, sulle deliberazioni delle Giunte succedutosi, senza soluzione di continuità. Una perseguita collaborazione attiva nelle Giunte di Milano, fino alle Giunte Sala.

In trent'anni hanno ridotto la Lombardia a territorio di facile conquista per gli affari delle famiglie potenti. La distruzione della sanità pubblica ne rappresenta il caso politicamente criminogeno più evidente a molti, e davanti agli occhi di tutti con la pandemia Covid che ha fatto della Lombardia, con migliaia di morti evitabili, uno Statarello (vedi la pretesa secessione con l'Autonomia Differenziata) ai primi posti nel mondo per numero di morti.

Hanno portato la sanità pubblica allo stremo, defianziata e senza personale. Sono cresciuti i profitti della sanità privata, diventata - con i soldi pubblici - primo Servizio Sanitario, certamente

per il clima e l'assorbimento degli elementi inquinanti. Siamo al benessere su mega-impianti per lo smaltimento dei rifiuti, inceneritore compreso, al mancato risanamento dei siti più inquinati, come la valle del Sacco, alla tolleranza verso l'uso massiccio di fitofarmaci nocivi, alla salute umana e ambientale, verso l'imponente monocoltura dei nocioletti nel Viterbese, dove non a caso il tasso di malattie tumorali è tra i più alti d'Italia.

Per questi e tanti altri motivi Unione Popolare del Lazio ha deciso di partecipare a questo difficile appuntamento, che comunque vada permetterà di stare in campo per la denuncia di ciò che è stato e le proposte per modificarlo.

Loredana Fraleone

Segretaria Prc/SE del Lazio



efficiente se hai il portafoglio pieno anche per saltare le liste d'attesa. E i poveri? Fanno fatica a curarsi!

Qualcuno mette in discussione questo tragico quadro? No, nessuno, si deduce che non è possibile un'alleanza con il consociativo PD "per sconfiggere la destra e curare la sanità pubblica" evitando il rischio di illudere migliaia di sofferenti operatori sanitari pubblici e centinaia di migliaia di cittadini con affermazioni su ipotetici programmi e assunzione di piattaforme dei movimenti per il diritto alla salute.

Meno male che il candidato Majorino ha chiarito, se mai ce ne fosse stato bisogno, che il PD ha, culturalmente e programmaticamente, ben altro in testa, a conferma degli atti compiuti con gli ultimi tragici governi nazionali. Quel "ben altro" che confermerà la destra al governo in Lombardia, e lo sarà ancora per decenni se non si ricostruisce una sinistra plurale fuori dal sistema della destra. il "voto utile" e l'alleanza con il PD servono a mantenere il consociativismo con la Destra.

Ecco perchè la lista di Unione Popolare con Mara Ghidorzi candidata Presidente

I dati dell'Osservatorio Ossigeno: "Raddoppiate in un anno querele, cause temerarie e intimidazioni, si denuncia meno per paura"

Informazione: "Nel 2022 più giornalisti minacciati ma meno denunce alle autorità"

Nel 2022 in Italia sono stati minacciati il doppio di giornalisti rispetto all'anno precedente: 564 nei primi nove mesi del 2022 contro i 288 dell'analogo periodo del 2021. Contestualmente sono diminuite le denunce presentate alle forze dell'ordine dai minacciati ed è cresciuta la quota di querele e cause per diffamazione a mezzo stampa temerarie e strumentali. Lo rende noto Ossigeno per l'Informazione, presentando gli ultimi dati dell'Osservatorio sulle minacce ai giornalisti e sulle notizie oscurate con la violenza.

È aumentata in particolare la parte di intimidazioni e minacce realizzata attraverso querele e cause per diffamazione a mezzo stampa pretestuose o infondate, frutto di una legislazione anacronistica e ingiusta, che mostrano il lato italiano di quell' "uso scorretto del sistema giudiziario" denunciato dell'Unesco in uno studio appena pubblicato.

Spiega Alberto Spampinato, direttore di Ossigeno: "Le intimidazioni e le minacce ai giornalisti sono innegabilmente una malattia che indebolisce la libertà di informazione e danneggia la partecipazione dei cittadini alla vita pubblica. Le malattie trascurate, non curate possono degenerare e produrre danni peggiori all'organismo. Ed è forse ciò che sta accadendo".

Per il ministero dell'Interno la situazione è in miglioramento. Tanto è vero che il ministro Caldioli minaccia querele nei confronti dei giornalisti chescrivono sul progetto secessionista definendo, giustamente, "Spacca Italia" la sua proposta di legge sull'autonomia differenziata. Il Presidente Meloni pare abbia querelato Roberto Saviano e Stefano Feltri direttore del quotidiano "il Domani". Il ministro Crosetto intende querelare chi scrive di sospetti su eventuali conflitti di interesse con le industrie delle armi.

NdR

I dati del ministero dell'Interno: "Atti intimidatori in calo". La replica: "Si denuncia di meno per paura"

Tuttavia i dati registrati dall'Organismo permanente di supporto al Centro di coordinamento sul fenomeno degli atti intimidatori nei confronti dei giornalisti del ministero dell'Interno per i primi nove mesi dell'anno registrano un calo delle minacce subite dagli operatori dell'informazione: "Sono 84 – si legge nel report dell'Interno – gli episodi intimidatori commessi in Italia nei primi nove mesi del 2022 nei confronti di giornalisti, rispetto ai 162 registrati nello stesso periodo del 2021, con una flessione del 48%".

La replica di Ossigeno: "Questi dati del Viminale non dicono che ci sono state meno minacce ai giornalisti. Dicono letteralmente che quest'anno meno giornalisti hanno denunciato le minacce a loro danno. Ciò significa che i giornalisti italiani denunciano le minacce meno spesso di prima. Perché? Hanno meno fiducia negli interventi delle autorità, o sono più rassegnati o semplicemente hanno più paura di prima e perciò subiscono più spesso senza reagire? Questo aspetto sarà oggetto di approfondimento. Certamente però si può dire che la diminuzione delle minacce registrate dal Viminale non è una buona notizia, non è un segnale rassicurante. È anzi un ulteriore segnale di allarme". Lazio e Lombardia le regioni con maggiori minacce

Dai dati del Ministero emerge che per l'88% dei casi "le vittime sono 74 professionisti dell'informazione, tra i quali 21 donne (28%) e 53 uomini (72%). Il 19% delle segnalazioni totali è relativo ad episodi intimidatori perpetrati nei confronti di sedi giornalistiche o di troupe non meglio specificate". Le regioni più colpite sono "Lazio, Lombardia, Campania, Calabria e Toscana, con 57 episodi complessivi, pari al 68% del totale".

Enrico Cinotti

28/12/2022 ilsalvagente.it





Parola vietata ai dipendenti pubblici

L'obbligo di fedeltà alle imprese e i relativi codici disciplinari ignorano il diritto di parola sancito dalla Costituzione? E allora? La Costituzione non è più il faro - sulla carta perchè dal 1 Gennaio 1948 ad oggi è stata applicata solo un piccola parte dei governi e degli altri poteri dello Stato italiano che l'hanno vissuta sempre come intralcio alla discrezionalità - tanto vero che non si sono fatti scrupoli nel violentarla con presunte riforme dopo aver tentato di modificarla interamente con un referendum nel 2016, che hanno miseramente perso.

In sostanza i 3,2 milioni di dipendenti pubblici non potranno esprimere le loro opinioni sulle condizioni lavoro (giudicate, a prescindere dalla correttezza e giustizia, lesive verso il datore di lavoro) e neanche fare proposte per migliorarle pubblicamente. Tutto parte, concretamente, dalla bozza del decreto del governo Draghi sui "comportamenti che il personale della Pubblica Amministrazione dovrà tenere dentro e fuori i luoghi di lavoro", bozza aiuta il governo Meloni a decretare il "reato di opinione" che ci riporta al ventennio fascista. Da quella barbarie si differenzieranno solo i metodi, non si

useranno più olio di ricino e dal manganello ma metodi raffinati come la sorveglianza digitale e la repressione tramite provvedimenti disciplinari fino al licenziamento. E' già capitato a tante e tanti durante il picco della pandemia Covid 19, in particolare infermieri e medici.

Avanza speditamente la totale privatizzazione della Pubblica Amministrazione - dopo appalti, esternalizzazioni a tappeto e affidamento dei servizi essenziali, come la gestione dell'acqua pubblica alle Multiutility - considerata nelle sue articolazioni locali come imprese private. Quindi verrà emesso l'editto presidenziale (nel senso che Mattarella firmerà ogni atto del governo meloni come ha fatto con il governo Draghi) comunicando al dipendente pubblico che dovrà lavorare in silenzio e soddisfare qualsiasi ordine non permettendosi di considerare se tale ordine metterà a rischio non solo la sua dignità ma la stessa salute e sicurezza sul lavoro. Però deve avere anche chiaro che si deve astenere da ogni opinione anche nel suo tempo libero e ponderare molto bene il rischio che corre anche durante l'eventuale attività sindacale.

Anche per questo ci sembra pericoloso la sottovalutazione, e l'assenso di una parte, dei maggiori sindacati.

Che fare? Protestare collettivamente

Appello ai cittadini e alle professioni sanitarie: ribellatevi

E' dal 1985 che Lavoro e Salute - con migliaia di copie cartacee e da oltre 10 anni anche in rete - avvisa operatrici e operatori sanitari, cittadine e cittadini del boicottaggio politico/affaristico della sanità pubblica, con inchieste negli ospedali e nei presidi territoriali, analisi dall'interno della sanità e di studiosi, e con interviste a professionisti e dirigenti sanitari. Un boicottaggio che sta vincendo.

Crediamo sia utile ripercorrere i passaggi salienti che ci hanno portato a questa situazione, potrebbe essere utile perchè la memoria aiuta sempre a trovare ragionamenti e mezzi adeguati per rispondere all'attacco contro il diritto alla salute, anche che se tentano di smemorizzarci H24 con i loro mezzi di persuasione televisiva e stampata. Ad esempio per stare ai fatti recenti, a far dimenticare che i Governi Conte/Draghi hanno praticamente eliminato l'obiettivo del risanamento della sanità pubblica dall'agenda politica e con il Governo Meloni lo sfascio del sistema sanitario proseguirà con continui tagli, blocco degli organici e di attacchi al servizio pubblico in fede del programmato definanziamento per il 24/24 previsto da Draghi.

Questo nel mentre la spesa sanitaria dei cittadini nella sanità privata nel 2020 è stata di 43 miliardi, nel 2019 era di 39,5 miliardi (nel 2005 era di 25 miliardi). In media nel 2019 ogni italiano ha speso di tasca propria 640 euro per curarsi e oltre 4 milioni di italiani hanno rinunciato ad almeno una prestazione prescritta e,

ovviamente, sono i cittadini del sud ad essere più colpiti dalle lunghe liste d'attesa e sono spinti a ricorrere alla sanità privata o a rinunciare a curarsi se non hanno i soldi per spostarsi verso le strutture del nord.

Intanto la cronaca si riempie di fatti con protagonisti molti esasperati cittadini. Fonti sindacali ci dicono che sono avvenuti 300 decessi al giorno nei pronto soccorso degli ospedali italiani nelle settimane pre-natalizie e che le attese nei corridoi sono arrivate anche a una settimana tanto da causare situazioni violente proteste tali da far intervenire in alcuni casi, vedi casi a Torino, i carabinieri e Procura.

La paradossale conseguenza di questa giusta esasperazione dei cittadini è spesso la protesta verbale, a volte fisica, contro infermieri e medici ai quali, purtroppo, non è consentito di avere pause per riflettere serenamente e quindi sono spinti a chiedere provvedimenti sbagliati come la sorveglianza armata nei Pronto soccorso e all'entrata degli ospedali. Una reazione emotiva che non fa altro che acuire i problemi relazionali tra utenti e operatori, perchè i cittadini si sentono "cornuti e mazziati" e descritti come potenziali delinquenti e non portatori di diritti elementari come la cura della propria salute, la quale viene profumatamente pagata con le tasse e con i tickets. La solita guerra tra poveri mentre i decisori politici e dirigenziali responsabili di questo stato di cose, da un alto aizzano le lavoratrici e i lavoratori a reagire chiedendo repressione contro i cittadini e dall'altra gongolano con le tasche piene e la salute ottimale.

Anche da questo scontro tra vittime di questo sistema politico, oltre che dalle liste d'attesa, si deduce che

CONTINUA A PAG. 11

Appello ai cittadini e alle professioni sanitarie: ribellatevi

CONTINUA DA PAG. 10

problema più drammatico è rappresentato dalla carenza di personale medico e infermieristico. Per quest'ultima categoria di professionisti stiamo andando verso un record negativo a livello internazionale (6.6 x 1.000 abitanti rispetto a una media OCSE di 8.6).

Nel mentre si assiste da anni a continue fughe di medici e infermieri verso la sanità privata e all'estero. Se ne è accorto anche il nuovo ministro della salute Orazio Schillaci però dimenticando le previsioni 2024 e 2025 sulla prevista riduzione drastica dei finanziamenti in continuità con tutti i governi dal 2013 che hanno sempre defianziato la sanità pubblica.

In merito allo spopolamento negli ospedali e nelle strutture territoriali secondo i conti della Funzione Pubblica Cgil ci sono 5 mila medici "gettonisti" nei reparti di medicina generale e ne servirebbero altri 5 mila nei Pronto Soccorso, più almeno 12 mila infermieri, ma si tratta di una quota minima per far funzionare gli ospedali: i dati recenti del rapporto Agenas dicono che l'Italia ha il rapporto più basso dell'Europa avanzata tra numero di infermieri e popolazione residente, nonostante che negli ultimi 20 anni sono stati chiusi 300 ospedali (111 dal 2010) e sono così spariti oltre 80 mila posti letto. E questo significa che dal 1997 al 2020 i Pronto Soccorso sono stati drasticamente ridotti di oltre il 30%. Negli ultimi 30 anni sono stati persi oltre 70.000 operatrici e operatori sanitari e quasi il 40% degli impiegati.

Crediamo ora utile ricordare alcuni passaggi della storia recente che hanno contribuito materialmente allo sfascio. Con la legge 502/92 – si è introdotto il sistema dei DRG (pagamento a prestazione) fotocopia dell'odioso sistema sanitario statunitense fondato sulle assicurazioni e dove i poveri non possono neanche entrare nei Pronto Soccorso. I DRG spinto molti medici a comportamenti che hanno permesso la prescrizione di esami inutili, e dannosi, per far pagare la malattia e non più il fabbisogno di salute dei cittadini.

Quindi si introdussero i fondi sanitari integrativi nei contratti di lavoro e le polizze assicurative individuali, facendo venir meno l'universalità del diritto alla salute.

Nella Psichiatria iniziarono negli anni 90 ad essere sotto tiro della chiusura e dell'affidamento ai privati le strutture sulla sofferenza mentale che applicando la legge Basaglia (legge 180) hanno fatto dell'Italia

l'unico Paese al mondo senza manicomi.

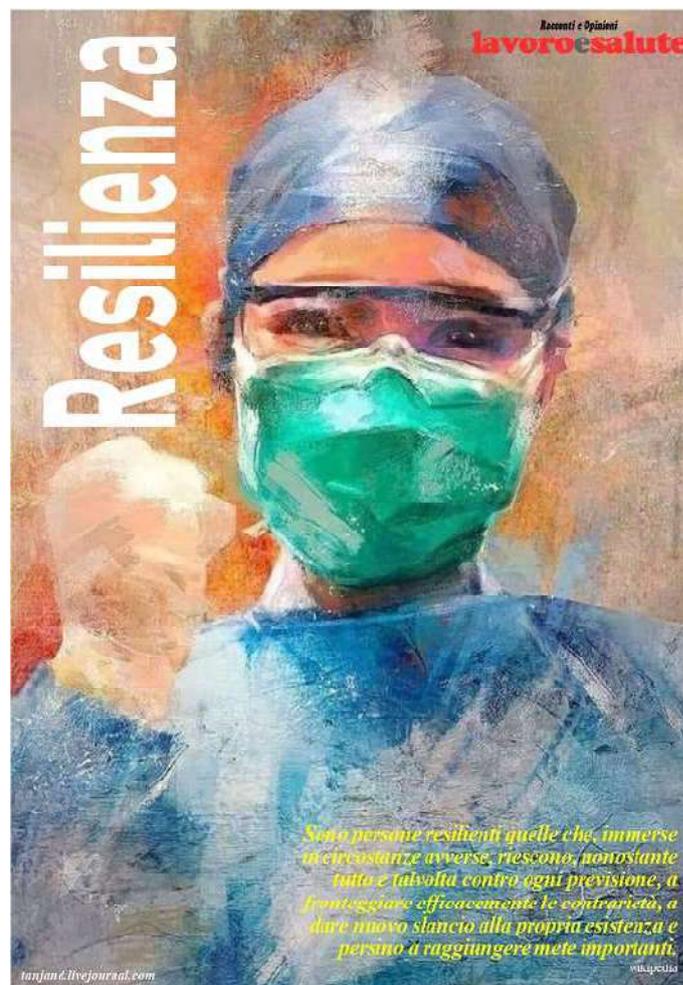
A riguardo è bene ricordare che l'Oms, già nel 2017, sulla salute mentale denunciava che in Italia la spesa in cure psichiatriche incideva soltanto per il 3,5% sulla spesa sanitaria totale e che in dieci anni ha avuto un taglio di 37 miliardi (25 solo nel 2010-2015), mentre è aumentato il finanziamento alla sanità privata, oggi i dati ufficiali certificano un 50% in mano al privato.

L'altro fiore all'occhiello della fu sanità pubblica, la Medicina territoriale pubblica con poliambulatori onnicomprensivi di servizi e specialistica, operante anche sul versante della "prevenzione", è caduto in parte nell'abbandono delle strutture e in grossa parte è stata prontamente sostituita da una miriade di poliambulatori privati che funzionano sulla mistificazione della diagnosi precoci che non ha scienziaticamente nulla a che fare con la prevenzione primaria assicurata dalla Legge 833.

E' chiaro a tutte e tutti che da alcuni decenni il Servizio Sanitario pubblico è stato spinto dai decisori politici ad essere inefficace, in particolare per la mancanza di personale medico e infermieristico?

Allora ci chiediamo, anche come sanitari, e ex, perchè i cittadini e tutte le professioni sanitarie assistono, nei fatti, silenziosi al massacro dei diritti inalienabili.

Redazione di Lavoro e Salute



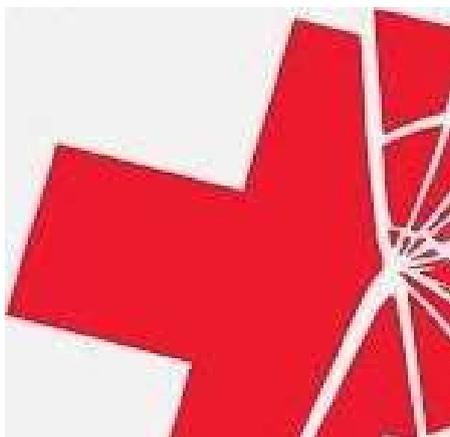
Rapporto Opsan

La sanità non è per tutti

L'indagine dell'Osservatorio sulla povertà sanitaria (www.opsan.it) organo di ricerca della Fondazione Banco farmaceutico, onlus creata nel 2008 rivela che: nel 2022 sono state 390 mila le persone costrette a ricorrere a svariate realtà assistenziali per potersi curare. Si torna a parlare di povertà assoluta confermando i dati del Rapporto Censis 2022 aggiungendovi quello relativo alla "povertà sanitaria".

Il Servizio sanitario nazionale, lascia fuori della porta moltissimi cittadini. Nel Rapporto si legge che: «nel 2021 (ultimi dati disponibili) il 43,5% (cioè 3,87 miliardi di euro) della spesa farmaceutica è stata pagata dalle famiglie (+6,3% rispetto al 2020), con profonde differenze tra le possibilità di quelle povere e quelle non povere».

In sostanza gli indigenti hanno a disposizione pro capite 9,9 euro mensili contro i 66,83 euro di chi indigente non è.



Restando nel solo campo dei farmaci la quota a disposizione dei meno abbienti è pari a 5,85 euro mensili contro i 26 euro di chi dispone di maggiori entrate.

In sostanza, il 60% della spesa sanitaria di chi vive in povertà finisce in "emergenze" mentre le famiglie con maggiori risorse destinano il 38%.

Perché avviene questo? Per un meccanismo perverso - figlio dei tanti tagli subiti nel tempo dall'assistenza farmaceutica del Ssn - non esiste copertura per i cosiddetti farmaci Otc, quelli «da banco»; si è creata così una vera e propria frattura tra coloro che sono sotto la soglia di povertà e coloro che, invece, ne sono al di sopra.

Aumentano anche le disuguaglianze tra le fasce più ricche della popolazione e quelle medio-basse: nel 2021 a ridurre le spese sanitarie a loro carico (la rinuncia riguarda in generale le visite mediche e gli accertamenti diagnostici periodici) sono stati oltre 4 milioni e 768 mila famiglie (pari a quasi 11 milioni di persone). Di queste, neanche a dirlo, 1 milione e 884 mila persone vivono sotto la soglia della povertà assoluta.

Il 2023 sarà ancora più pesante per la sanità pubblica

Oltre al mancato adeguamento all'inflazione, con una spesa complessiva che sale da 124 a 126 miliardi di euro, a fronte di un aumento dei prezzi ben superiore al 10% e con bollette energetiche stellari, e ai mancati rimborsi alle Regioni per il Covid-19, si profila per la sanità pubblica il tema del cosiddetto "pay back".

Si tratta cioè dell'applicazione di una norma introdotta nel 2015 ma rimasta inattuata fino al 15 settembre 2022, quando è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale. La vicenda di tale norma, relativa alle spese per dispositivi sanitari, è particolarmente istruttiva. L'articolo 17 del decreto legge 98 del 2011 e l'articolo 15, comma 13, del decreto legge 95 del 2012 hanno introdotto un tetto di spesa a livello nazionale per quanto riguarda la sanità pubblica; nella fase dell'austerità avviata dal Governo Monti si è deciso infatti che fosse definito un budget puntuale destinato a operare un taglio orizzontale alle spese sanitarie in nome del riordino dei conti. Successivamente, nel 2015, con il decreto legge 78, è stata introdotta la definizione di tetti regionali e, appunto, il meccanismo del "pay back", oltre che per la spesa farmaceutica, anche per dispositivi

ospedalieri, a carico delle aziende fornitrici in caso di superamento del tetto di spesa regionale. La percentuale dello sfioramento posta in carico alle aziende fornitrici è stata indicata nel 40% per l'anno 2015, nel 45% per il 2016 e nel 50% dal 2017.

Per effetto della già citata pubblicazione in Gazzetta, le aziende fornitrici delle strutture sanitarie pubbliche dovranno quindi versare dai 2,1 ai 3,7 miliardi di euro; una cifra che è iscritta nei bilanci delle Regioni e che le imprese hanno già dichiarato di non essere in grado di pagare, se non rischiando il fallimento e dunque sospendendo forniture essenziali. La norma, come accennato, era stata concepita per ridurre gli sfioramenti di spesa da parte delle Regioni chiamando in causa le stesse aziende fornitrici; un'idea in realtà bizzarra perché destinata a produrre effetti nefasti consentendo, di fatto, di definire programmazioni approssimative e soprattutto di non dotare la sanità pubblica di una vera capacità di spesa coerente con un modello che si dichiara universalistico.

In estrema sintesi, i tagli di Monti si erano dimostrati ben poco sostenibili e quindi si erano posti tetti regionali, con la certezza di non rispettarli e pertanto con l'esigenza di dover ricorrere all'escamotage del "pay back". Questo strumento è rimasto tuttavia inevaso a lungo per evitare scontri con le grandi case

Il 2023 sarà ancora più pesante per la sanità pubblica

CONTINUA DA PAG. 12

farmaceutiche e con le imprese produttrici ma la pubblicazione in Gazzetta, avvenuta nel settembre dell'anno appena trascorso, ha reso quell'onere vincolante per l'intera somma.

La legge di Bilancio appena approvata non contiene alcuna norma a riguardo, neppure in termini di rateizzazioni tanto care all'esecutivo di Giorgia Meloni e, di conseguenza, si rischia il disastro vero. Vale solo la pena ricordare che la Regione Toscana dovrebbe ricevere dalle imprese ben 618 milioni di euro. Una cifra enorme che minaccia la tenuta complessiva del

sistema di prestazioni pubbliche. Norme pensate e scritte male e una politica sanitaria non concepita come una vera priorità stanno creando una situazione insostenibile, che pare orientata a favorire solo la privatizzazione. Continuano ad avere troppo spazio artifici ben poco efficaci come il "pay back" o come i molteplici maquillage dei bilanci regionali di cui stanno facendo drammaticamente le spese la qualità e l'estensione del servizio pubblico.

Alessandro Volpi

Docente di Storia contemporanea presso il dipartimento di Scienze politiche dell'Università di Pisa. Si occupa di temi relativi ai processi di trasformazione culturale ed economica nell'Ottocento e nel Novecento
5/1/2023 *altreconomia.it*

L'accoglienza nei Pronto Soccorso

In Italia si può arrivare fino a 3-4 giorni prima di essere ricoverati dal PS alla degenza. Il pronto soccorso ormai supplisce ad una carenza cronica della medicina territoriale provocata dalla politica sanitaria che ha favorito il privato in sanità.

Intanto in Italia mancano medici ed infermieri, quelli che ci sono scappano per le condizioni di lavoro peggiorate, molti vanno con le cooperative private che offrono condizioni economiche favorevoli, cooperative che vengono finanziate dalle regioni che pensano di risolvere così il problema, intanto chi lavora negli ospedali pubblici (medici ed infermieri) sono al collasso.

Che cosa è il boarding in PS? Lo sappiamo tutti, ma a volerlo definire meglio, a voler parlar bene, si verifica quando si crea un "mismatch", un disallineamento, tra la richiesta di posti letto per acuti e la disponibilità degli stessi in ospedale. Ovvero, quando non ci sono posti letto e il paziente deve attendere il suo posto in pronto soccorso, spesso in barella, per ore, se non giorni.

Ecco, a voler parlare bene e a voler definirlo con esattezza. Ma le definizioni, si sa, sono asettiche e fredde. Le immagini no. Le immagini raccontano, descrivono meglio la realtà, la colorano e la rendono viva. Questo è il boarding. E possiamo davvero avvertire il disagio dei pazienti, dei familiari.

E perchè no? anche degli operatori.. Le nostre strutture non sono concepite per gestire i pazienti in attesa di ricovero, il numero di personale è calcolato sugli accessi di pronto soccorso, e non sul volume del boarding, e il personale sanitario deve continuare ad occuparsi, in modo episodico ed intensivo, dei pazienti acuti che hanno bisogno del loro intervento.

Dati sconcertanti sull'accesso alle cure per le persone con disabilità

Il 63,3% delle persone con disabilità deve uscire dalla propria Regione anche per effettuare delle semplici visite di routine, mentre il 79,6% deve rivolgersi a più di una struttura sanitaria prima di ricevere un'assistenza adeguata: sono allarmanti e sconcertanti insieme i dati sull'accesso alle cure delle persone con disabilità in Italia contenuti in uno studio condotto dall'Istituto Serafico di Assisi, centro di eccellenza per la riabilitazione, la ricerca e l'innovazione medico-scientifica per bambini e giovani adulti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali gravi e gravissime. Lo studio – divulgato in occasione della recente Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità –



era rivolto alle persone con disabilità, alle loro famiglie e a numerose Associazioni del settore, e ha messo in luce le numerose criticità del Servizio Sanitario Nazionale riscontrate dalle unità del campione.

Nello specifico il 49,8% degli/delle intervistati/e ha dichiarato di avere riscontrato l'assenza di percorsi specifici per persone con disabilità nelle strutture sanitarie, mentre il 36,7% ha affermato di averle trovate raramente. Il 37,6%, inoltre, ha segnalato la presenza di barriere architettoniche. A ciò vanno aggiunte le lunghe ore d'attesa, le frequenti difficoltà nella comunicazione dei bisogni specifici al personale, e quelle nella gestione dei comportamenti problematici delle persone con disabilità psichiche. Un complesso di difficoltà che fanno sì che, appunto, il 63,3% del campione, come detto inizialmente, si ritrovi a dover uscire dalla propria Regione per effettuare le cure necessarie o anche solo per delle semplici visite di routine.

Simona Lancioni

www.superando.it

Lo stato di salute degli italiani

PRIVATIZZAZIONE SANITA' *La fossa comune della guerra contro il diritto alla salute*

La spesa sanitaria privata è in costante aumento: nel 2020 è stata di 43 miliardi (con un ulteriore boom probabilmente dovuto all'epidemia di covid), nel 2019 era di 39,5 miliardi, nel 2005 era di 25 miliardi. In media nel 2019 ogni italiano (bambini compresi) ha speso di tasca propria 640 euro per curarsi.

Circa un 15% di tale cifra è servito per comprare "prodotti" che il SSN non passa perché inutili o di scarsa utilità: integratori (3,8 miliardi di euro), cibi senza glutine o lattosio (1 miliardo di euro), prodotti omeopatici (oltre 300 milioni), ecc. Una quota difficilmente stimabile è servita per fare accertamenti non necessari, dettati dall'ansia o dalle pressioni della sanità privata (per esempio test di intolleranza non validati, check-up inutili ecc.). Ma, anche eliminando questo "consumismo sanitario", rimane il fatto che ogni italiano ha speso almeno 400 euro per cure necessarie che avrebbero dovuto essere fornite dal sistema sanitario nazionale (prestazioni diagnostiche, curative, riabilitative o preventive, tra le quali si segnalano soprattutto le cure odontoiatriche, la fisioterapia, le visite specialistiche). E' come se ogni italiano avesse pagato un'ulteriore tassa di 400 euro (per una famiglia di 4 persone una tassa di 1.600 euro). Una tassa che ogni anno aumenta sempre più.

Ma le medie, come sempre, deformano la realtà. Infatti la tassa non è stata pagata da tutti gli italiani ma solo da chi ha problemi di salute, che quindi ha pagato molto di più di 400 euro. La tragedia è che a pagare di più sono state soprattutto le persone di classe medio-bassa e bassa perché sono loro che si ammalano di più. Infatti, mentre tra gli adulti laureati solo il 12% è in cattivo stato di salute, tra quelli con



licenza media inferiore è il 46% e tra quelli che non l'hanno conseguita è il 62% [4].

Molti hanno deciso di non pagare questa tassa e hanno rinunciato a prestazioni sanitarie utili (prescritte da medici) per ragioni economiche: il 7,9% degli italiani (circa 4 milioni) ha rinunciato ad almeno una prestazione prescritta (in maggioranza cure odontoiatriche). Ovviamente a rinunciare sono soprattutto i poveri e meno abbienti e i cittadini del Sud Italia (più poveri e con un servizio sanitario meno finanziato dallo Stato rispetto a quello del Nord) [5].

Perché è così consistente la spesa dei cittadini per la salute e perché va aumentando? I motivi principali sono:

1) le lunghe attese per avere una prestazione. Per una visita oculistica in Italia si aspettano in media 88 giorni, per una ortopedica 56 giorni, per fare una colonscopia 96 giorni, per una gastroscopia 88



giorni, per un ecodoppler 74 giorni, per un ecocuore 70 giorni [6]. Ma anche queste sono medie che nascondono la realtà: i tempi di attesa sono molto più lunghi al Sud che al Nord e, quindi, sono soprattutto i cittadini del Sud Italia che sono spinti a ricorrere alla sanità privata o a rinunciare a curarsi;

2) il ticket: se per avere una prestazione sanitaria dal SSN si deve spendere poco meno di quanto si spende per andare da un privato, si favorisce la scelta di quest'ultimo.

La principale causa delle lunghe attese e dei ticket è la scarsità di fondi di cui dispone il sistema sanitario pubblico: la spesa sanitaria pubblica nel 2019 è stata pari al 6,4% del PIL, una delle spese più basse della UE e dei Paesi ricchi (in Germania è 9,8, in Francia 9,3, nei Paesi Bassi 8,4, in Belgio 8,1, in Austria 7,9, nel Regno Unito 7,9, negli USA 13,2) [7]. Con il covid la spesa sanitaria è arrivata a 7,3% del PIL, ma è stata solo una parentesi: infatti il Governo Draghi nel Documento di Programmazione Economica varato nel 2022 ha previsto che la spesa doveva scendere al 6,3% del PIL nel 2023 e al 6,2% nel 2025 (cioè meno di quanto era nel 2019). E ciò anche se l'Organizzazione Mondiale della Sanità invita gli Stati a non scendere mai sotto il 6,5% del PIL perché ciò determina un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione.

«Sono 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani. Nella top five delle cure, 7 cittadini su 10 hanno acquistato farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di euro), 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per 7,5 miliardi), 4 su 10 prestazioni odontoiatriche (per 8 miliardi), 5 su 10 prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio (per 3,8 miliardi) e 1 su 10 protesi e presidi (per quasi 1 miliardo), con un esborso medio di 655 euro per cittadino».

Il 37,8% degli italiani prova rabbia verso il Servizio sanitario a causa delle liste d'attesa troppo lunghe o

PRIVATIZZAZIONE SANITA'

CONTINUA DA PAG. 14

i casi di malasana. Il 26,8% è critico perché, oltre alle tasse, bisogna pagare di tasca propria troppe prestazioni e perché le strutture non sempre funzionano come dovrebbero. Il 17,3% prova invece un senso di protezione e di fronte al rischio di ammalarsi pensa: «meno male che il Servizio sanitario esiste». L'11,3% prova un sentimento di orgoglio, perché la sanità italiana è tra le migliori al mondo. I più arrabbiati verso il Servizio sanitario sono le persone con redditi bassi (43,3%) e i residenti al Sud (45,5%). Ma per un miglioramento della sanità il 63% degli italiani non si attende nulla dalla politica. Per il 47% i politici hanno fatto troppe promesse e lanciato poche idee valide, per il 24,5% non hanno più le competenze e le capacità di un tempo.

«Ognuno si curi a casa propria». È questa una delle reazioni alla sanità percepita come ingiusta, il sintomo del rancore di chi vuole escludere e punire gli altri per non vedersi sottrarre risorse pubbliche per sé e i propri familiari. Sono 13 milioni gli italiani che dicono stop alla mobilità sanitaria fuori regione. E in 21 milioni ritengono giusto penalizzare con tasse aggiuntive o limitazioni nell'accesso alle cure del Servizio sanitario le persone che compromettono la propria salute a causa di stili di vita nocivi, come i fumatori, gli alcolisti, i tossicodipendenti e gli obesi.

Stracciare l'abito della sanità pubblica, confezionato dalla Legge 833 del 1978, è stata una stata una violenza compiuta da atti osceni negli ultimi tre decenni, in particolare tra le «mura domestiche» dei governi nazionali e di quelli regionali e regionali, atti che hanno origine, comunque, da una crepa presente nella stessa Legge che già prevedeva il ricorso attivo delle strutture private.

Quelle strutture finanziate, in gran parte, da sempre con soldi pubblici



con il sistema delle convenzioni che hanno avuto il ruolo di voyeur gaudenti durante gli atti di violenza della maggior parte dei ministri di vari governi, di «governatori» e dei loro assessori di molte regioni.

Per il primo decennio questa crepa è rimasta chiusa dai rapporti di forza sociali, politici e sindacali che sostanzialmente non hanno permesso al privato di infiltrarsi nei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione del sistema pubblico ma, dal secondo decennio ad oggi, cambiati a favore del privato quei rapporti di forza con le fasi politiche che hanno debilitato la partecipazione politica e trasformato le stesse forze politiche - e sindacali in forma meno apparente - che avevano trasformato in Legge la domanda sociale, quella crepa nella 833 è diventata sempre più grande e funzionale all'ingresso dell'ideologia privatistica dalla porta principale del S.S.N. tramite l'aziendalizzazione delle asl e il permesso dell'uso privato delle strutture pubbliche con l'attività intramoenia dei medici.

Non meno traumatico per la qualità e la razionalità delle spese è stata l'introduzione - con la legge 502/92 - del sistema dei DRG, il pagamento a prestazione copiato dal tragico sistema sanitario statunitense fondato sulle assicurazioni. Un



sistema che ha fomentato comportamenti poco etici nelle strutture pubbliche che ha permesso la proliferazione di esami inutili per far pagare la malattia e non più la salute in base al fabbisogno dell'utenza.

Si introdussero inoltre i fondi sanitari integrativi, individuando, accanto alla sanità pubblica la sanità integrativa o intermedia, la sanità individuale, e le polizze assicurative individuali, destrutturando così la riforma sanitaria che aveva avuto un grande impatto salutare sul benessere psicofico attraverso una organizzazione capillare nei territori, con i servizi delle USL senza scopi di lucro.

Strutture che operavano anche nel profondo delle piaghe sociali come la sofferenza mentale con la legge Basaglia (legge 180 del 13 maggio 1978 poi integrata nella Legge 833) facendo del nostro l'unico Paese al mondo senza manicomi.

L'Oms, già nel 2017, sulla salute mentale denunciava che in Italia la spesa in cure psichiatriche incideva soltanto per il 3,5% sulla spesa sanitaria totale che negli ultimi dieci anni ha avuto un taglio di 37 miliardi (25 solo nel 2010-2015), mentre è aumentato il finanziamento alla sanità privata, oggi i dati ufficiali ci dicono di un 50% destinato al privato.

Questo ha permesso l'aumento intervento privato anche nel territorio sempre più abbandonato dalla Medicina territoriale pubblica con poliambulatori onnicomprensivi di servizi e specialistica, quasi dei piccoli ospedali, anche sul versante della «prevenzione» mistificandola con diagnosi precoci che non hanno nulla a che fare con la prevenzione primaria.

Oggi il Servizio Sanitario è spinto dai decisori politici ad essere inefficace, in particolare per la mancanza di personale medico e infermieristico. Negli ultimi 30 anni sono stati tagliati oltre 70.000 medici e operatori sanitari, 80.000 posti letto e sono stati chiusi circa 300 ospedali e un numero ancora sconosciuto di strutture di Medicina territoriale. Entro il 2025 avremo altri quattromila medici in meno.

L'ESSERE della MEDICINA e il POTERE del MALESSERE

di Stanislao Loria

2° parte

«E' il malessere che regna nella società che costringe le persone ad ammalarsi e poi a ricoverarsi in questi ospedali, perché naturalmente uno che ha benessere non si butta nel bere né fa stravaganze, è molto difficile, è la miseria che porta a tutte queste cose»

Maso, ricoverato nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia

Assemblea generale del 17 maggio 1967 (1)

IL MALESSERE

Al fine di non commettere lo stesso errore dell'OMS che ha collegato la salute con il "completo benessere", finendo con il considerare solo l'approccio individuale alla persona in un contesto economicamente favorevole, conviene innanzitutto precisare che il malessere non può semplicisticamente essere collegato con la malattia, né che è il contrario del benessere.

E', anche e piuttosto, il disagio dell'essere, e dello stare in questo tipo di mondo.

Quindi è più intimamente e fortemente collegato all'ambiente e alla comunità nei quali si svolge la storia dell'individuo, a cominciare da quanto si è integrati e come si è accettati, dal valore attribuito al ruolo svolto e dal gradimento della gratifica ricevuta, dalla reciprocità dei rapporti familiari e sociali e dalla qualità e dall'accessibilità ai servizi disponibili.

Anche in questo caso ci può servire la definizione del Vocabolario Treccani.

*«Stato di **vaga sofferenza** e di leggera indisposizione fisica, che, **improvviso e privo di una causa apparente**, provoca in genere un senso di prostrazione e di inquietudine interna: si dice avere, sentire, avvertire, accusare un malessere.*

*Per estensione, stato di apprensione, di scontentezza, di angoscia; **anche, come fenomeno collettivo, dovuto a cattive condizioni economiche o finanziarie, a sfiducia nella situazione politica e simili; talora in contrapposizione diretta a benessere: malessere economico, sociale**»*

Si intravede in questa definizione sia una **competenza medica**, quando descrive il malessere come sintomo dell'individuo, sia una **competenza sociologica**, quando lo descrive come una situazione collettiva di disagio socio economico.

E' molto interessante osservare che il malessere è presentato come percezione soggettiva ... che si ha, si sente, si avverte, si accusa.

E manca invece ogni riferimento a un dato oggettivo, riscontrato o osservato ... del tipo presenta, mostra, esibisce.

Non è quindi una malattia, solitamente descritta come



una combinazione di sintomi e segni.

La malattia è generalmente ricondotta ad una lesione organica e/o ad uno spostamento dalla condizione di funzionamento normale dell'organismo. La medicina se ne occupa avvalendosi di un metodo diagnostico che, dopo avere registrato ed esaminato il sintomo, si concentra sull'analisi di organi, apparati e funzioni alla ricerca del danno, al fine di tentare una terapia, medica, chirurgica o riabilitativa. In questo percorso arriva a scomporre l'individuo in pezzi, circuiti e ingranaggi, così negandone, non solo l'unità e l'integrità fisica, mentale e sociale, cioè la salute che pretendeva di preservare in maniera completa, ma anche lo sottrae al contesto di vita e di relazioni, il luogo dove le percezioni si formano e si sviluppano; con il rischio di danneggiare la soggettività, la fonte espressiva del malessere.

Inoltre, configurandosi il malessere come un generico e indefinito "stare male" in assenza di segni oggettivi di malattia, si concede talvolta all'individuo sofferente un riconoscimento parziale, incompleto, insoddisfacente, talaltra si arriva al disconoscimento come malato e gli si assegna l'etichetta di disturbatore dell'ordine medico, scientifico e sociale.

Il malessere non colpisce tutti. Si manifesta in chi ha fiducia negli altri, e invece si ritrova a lavorare in una organizzazione che lucra sul tradimento della fiducia. Si manifesta in chi ha la sensibilità di cogliere l'umanità, la diversità, la fragilità degli altri, ed è invece chiamato all'esercizio di un ruolo che afferma la rigidità di regole, procedure e protocolli prestabiliti per uniformare e omologare. Si manifesta in chi deve sottostare e cedere a pressanti e vincolanti richieste, soprattutto di tipo produttivo, e non ha libertà di scelta, non ha il controllo delle proprie azioni né l'autonomia decisionale.

LO STRESS, CAUSA di MALESSERE ... e MORTALITA'

Nello studio Whitehall (1978-1984) si analizzò la mortalità degli impiegati statali di ogni ordine e grado, dal più umile fattorino al direttore generale.

L'ESSERE della MEDICINA e il POTERE del MALESSERE

CONTINUA DA PAG. 16

«Negli anni Settanta ... tutti “sapevano” che le persone che occupavano posti importanti avevano un elevato rischio di cardiopatia coronarica dovuta allo stress cui erano sottoposti ...» (5)

Il presupposto di questa pretesa “conoscenza universale” era che lo stress lavorativo colpiva maggiormente manager e dirigenti pubblici, gravati dall’impegno di fare funzionare la macchina della produzione. In realtà, questa affermazione conteneva, come cura del loro presunto malessere, il progetto di aumento della produzione, per il conseguimento dei relativi incentivi, comprensivo dell’individuazione, e della rimozione, di ogni causa di rallentamento produttivo, compresi i lavoratori “pigri”.

«... Noi troviamo l’opposto. Gli uomini di alto livello avevano un rischio minore di cardiopatia coronarica, e delle altre cause di morte, rispetto a tutti gli altri loro sottoposti; si trattava di un problema dovuto al gradiente sociale, con una mortalità progressivamente più elevata che andava a braccetto con i livelli impiegatizi di grado progressivamente inferiore» (5)

Il risultato dello studio ristabilisce, oltre alla verità, il punto esatto in cui si concentrano gli effetti dello stress, e le conseguenze del malessere, individuando come fondamentale causa l’intensità della produzione e la tracotanza del capitale.

«I fattori di rischio convenzionali erano importanti (il fumo, la colesterolemia, l’obesità, l’ipertensione arteriosa), però qualcos’altro aveva un ruolo nei diversi rischi di malattia fra i diversi gruppi sociali ... Non era la richiesta elevata che provocava lo stress, ma la combinazione di richiesta elevata e scarso controllo» (5)

Le conclusioni dello studio sembrano anticipare la definizione di stress contenuta nell’Accordo Europeo sullo stress da lavoro del 8/10/2004: «Lo stress è una condizione che può essere accompagnata da **malessere o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale** ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro»; che, a sua volta, non è molto distante dalla definizione iniziale di malessere.

Un concetto che, in maniera precisa e inequivocabile, era stato anticipato da Giulio A. Maccacaro:

«... il capitale può arrivare a dire - con la voce autorevole della sua medicina scientifica - che la disuguale distribuzione della patologia nelle classi

sociali - documentata da una quantità impressionante di inoppugnabili dati - non è da intendersi in termini di malattia ma in termini di malessere. Addirittura: la classe del lavoro non sarebbe ma si sentirebbe più malata di quella del capitale». (4)

Questo ragionamento ci conduce a pensare che ... un segno oggettivo del malessere esiste ...

Ed è rappresentato dalle condizioni socio economiche, che la medicina non è abituata a prendere in considerazione; segni omessi in quanto non riconducibili ad alterazioni del meccanismo biologico, non rilevabili con la clinica, né con specifiche analisi né con appositi strumenti.

Così, il malessere, lo stato di insofferenza, di apprensione, di scontentezza ... che talvolta sfociano in isolamento, rifiuto, ribellione, causa di malattia e di morte, diventano invece un fastidio, sia per la medicina, incapace di un inquadramento nosografico preciso, sia per la produzione, che ne risulta disturbata. Accade anche che queste manifestazioni, in un modo

o nell’altro, tanto nella sofferenza quanto nell’insofferenza, finiscono con il condurre la persona alla dipendenza dagli altri per la necessità assistenziale e che, sul piano sociale, possono comportare la perdita di autonomia e di potere decisionale e, in qualche caso, della dignità umana.

In tal senso, sono paradigmatiche le malattie psicosomatiche, le malattie mentali, le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro che testimoniano rispettivamente che il malessere fisico, il malessere mentale e il

malessere sociale sono ancora ben radicati, quasi connaturati, nella cosiddetta società del benessere, e che le strategie adottate dalla medicina del capitale, piuttosto che prevenirle e curarle, sono finalizzate a **negarle e escluderle** ..., e a **risarcirle**, in monotona e ripetitiva continuità con l’esigenza del ciclo produttivo che trova in questo caso più profittevole usare i sofferenti come assistiti (e consumatori di prestazioni sanitarie) piuttosto che come addetti alla produzione.

il MALESSERE negato - la malattia psicosomatica

E’ la pecora nera della medicina, il sintomo che sfugge alla sintomatologia, il quadro che non è riconducibile all’inquadramento nosografico, l’evidenza che non si riconosce nella descrizione da manuale, è lo spostamento oltre il limite della competenza della medicina, è la realtà clinica che reclama una dimensione sociale e politica e non una parvenza di diagnosi, e si lamenta, strepita e insiste per essere riconosciuta come disagio, malessere, incapacità di



CONTINUA A PAG. 18

L'ESSERE della MEDICINA e il POTERE del MALESSERE

CONTINUA DA PAG. 17

adeguarsi alla sceneggiatura dell'efficienza. E' questo il caso delle malattie psicosomatiche, o anche neurosi viscerali.

In realtà, essendo conseguenti al carico di stress necessario per accedere a tutti i beni e servizi disponibili sul mercato, attestano la impossibilità di sostenere il ritmo che è richiesto dal modo di vivere e di lavorare che ci viene imposto.

«Un errore della medicina attuale è quello di limitarsi a constatare una base, o prevalenza, di componenti 'funzionali' per numerose malattie, nelle quali non sono dimostrate lesioni di organo. Si tratta, comunque, di una affermazione generica se non si tende a precisarne le entità e le tipizzazioni. E' ingenuo limitarsi a registrare queste malattie come un prezzo da pagare alla 'società del benessere': che il benessere produca malessere rimane un non senso semantico oltre che scientifico. L'opinione che un miglioramento delle condizioni di vita coincida necessariamente con determinati "stati morbosi" offre una copertura e una connivenza alla ideologia dominante: significa accettare la inevitabilità di alcune malattie e respingere la salute come bene primario; e significa ritardare la estensione del "benessere"» (3), e attesta che la produzione e il consumo sono prioritari rispetto alla salute.

Molto frequentemente, queste malattie non hanno una base organica, una lesione d'organo e, talvolta, mancano di qualsiasi oggettività strumentale. Il motivo risiede nel fatto che *«investono non solo il fisico o l'organo colpito, ma la persona umana nel suo complesso; per queste malattie le motivazioni di causalità trovano un preciso riscontro con le modalità di organizzazione della vita sociale e, in definitiva, con il sistema socio economico di produzione» (3)* Eppure, questi stati morbosi "disfunzionali", dal punto di vista medico impegnano risorse sia professionali che tecniche, senza altro riscontro di risultato che quello sintomatico, pur ammettendo nel contempo che la causa è spesso proprio la "società del benessere".

Questo introduce, per la medicina organicistica abituata a intervenire su un corpo frammentato in organi ed apparati, anche una difficoltà di attribuzione di competenza, se esse sono di interesse per il medico internista o di uno specialista d'organo o di apparato o se richiedono l'affidamento allo psichiatra o allo

psicologo; il tal modo, allo smembramento si aggiunge il disorientamento del paziente, smistando, non lui ma le parti del suo corpo, nei reparti ospedalieri, proprio come le forniture di pezzi meccanici arrivano nei reparti della fabbrica.

Laddove, questi casi richiederebbero invece un approccio relazionale e personalizzato, che non si limiti a trattare i sintomi ma, soprattutto, valuti le cause, i problemi familiari, gli stress psico-sociali più rilevanti, lo stile di vita, e consideri la peregrinazione del paziente verso altri specialisti come uno stress aggiuntivo aggravante, che oltretutto mina la sua fiducia nella guarigione.

E così, mentre il medico e lo psicologo competono sullo scivoloso terreno della definizione diagnostica e terapeutica, il malato, sballottato e confuso nell'ambito

delle varie specialità ed escluso dalla comprensione, assume la connotazione di un caso clinico particolare e meritevole di consulto, di un destino individuale e solitario, perde la inscindibilità psico-fisica della persona e, sempre più, viene isolato dal contesto biologico, sociale e storico nel quale la malattia si è sviluppata.

E viene catalogato come 'malato funzionale', intendendo così da un lato spostare la causa sul funzionamento della persona e sulla colpa individuale piuttosto che sul danno subito e dall'altro stabilire la necessità di un

trattamento sostitutivo, di sostegno o di modulazione della funzione carente, che sia persistente, continuo ... e "redditizio", talvolta anche rieducativo per le esigenze del capitale.

il MALESSERE escluso – la malattia mentale

E' questo l'ambito in cui il malessere e la sofferenza della persona hanno travalicato i limiti morali imposti al capitale che, per non disturbare e distogliere dalla produzione i rassegnati lavoratori e gli indaffarati imprenditori, è arrivato a convalidare la reclusione, la costrizione e la sedazione ... come sistema di cura.

L'ambito in cui *«la società cosiddetta del benessere e dell'abbondanza, scoperto di non poter esporre apertamente il suo volto della violenza, per non creare nel suo seno contraddizioni troppo evidenti che tornerebbero a suo danno, ha trovato un nuovo sistema: quello di allargare l'appalto del potere ai tecnici che lo gestiranno in suo nome e continueranno a creare – attraverso forme diverse di violenza: la violenza tecnica – nuovi esclusi ... Così, lo psichiatra, lo psicoterapeuta, l'assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale non sono altro che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui - ammorbidente gli attriti,*

CONTINUA A PAG. 19



L'ESSERE della MEDICINA e il POTERE del MALESSERE

CONTINUA DA PAG. 18

sciogliendo le resistenze, risolvendo i conflitti provocati dalle sue istituzioni – non fanno che consentire, con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta, il perpetuarsi della violenza globale» (1)

Qui si è concretizzata la trasformazione del malessere, inteso come inagibilità produttiva e inabilità funzionale delle persone, nella più cruda delle diagnosi, quella che ha il significato di sentenza definitiva, la malattia mentale.

Qui il sistema economico neoliberista si è svelato pazzesco nel progetto, disumano nella realizzazione, spersonalizzante negli effetti, falso e odioso nell'aspetto più nascosto e meno pubblicizzato della produzione, quello che riversa ogni fondata e infondata preoccupazione di recessione produttiva sulle singole persone, scegliendo i più deboli; così mostrando lui stesso i sintomi e i segni della sua malattia, che produce sofferenza e morte nei lavoratori, nei disoccupati, nei migranti in fuga dalla povertà, nelle conseguenze della crisi climatica, nella violenza delle politiche che arricchiscono le multinazionali e i paesi ricchi, e sempre più determinano disuguaglianza e ingiustizia sociale.

Tutto questo per dimostrare definitivamente come, attraverso la cultura medica asservita, *«trasferisce il fenomeno della sofferenza solo in chi la esprime, occultando lo stretto legame con la situazione responsabile del suo insorgere, e privandola quindi del suo significato più essenziale. Una volta attuato questo spostamento, una volta attuata la rottura fra sofferenza individuale e realtà sociale (quindi condizione di vita materiale, psicologica e di relazione) sarà semplice dedicarsi alla malattia come puro fenomeno naturale, isolato dal mondo di cui il soggetto fa parte ed è espressione, e organizzare attorno ad essa la cura e la terapia. Cura e terapia che saranno tanto più impotenti, quanto più totale risulterà la frattura fra l'individuo e la propria storia, confermando come incomprensibile il fenomeno di cui si occupa»* ... Nasce così *«l'occultamento sistematico di ciò che, nell'organizzazione del lavoro e della vita sociale, produce sofferenza e malattia e la conseguente frattura fra individuo e storia»* (6)

In passato era l'internamento in manicomio, oggi è l'assegnazione di un marchio, quello del malato mentale, lo stigma.

E alla sofferenza provocata dalla malattia mentale si aggiunge la colpa, la vergogna, l'emarginazione, un altro malessere, a delineare la rottura anche dei legami affettivi, particolarmente grave nelle aree periferiche, dove la frammentazione del tessuto civile è già determinata dalla depressione socio economica ed educativa.

E al diniego di avere un posto nella società che produce e consuma "benessere", si aggiunge il rifiuto all'interno della famiglia e del contesto sociale. Un rifiuto talmente forte e persuasivo da radicarsi talvolta nel paziente stesso, persino convincendolo a trovare la sua ragione d'essere e la sua realizzazione nel presentarsi come soggetto asociale, pericoloso per gli ingranaggi produttivi, privo di stimoli al consumo e, quindi, un esempio da evitare; in tal modo "internando" il suo malessere.



Lo stigma si sostituisce così alle mura manicomiali, e diventa il nuovo confine che divide lo spazio sociale e culturale, in gran parte ormai colonizzato dall'imbroglio della produzione e del consumo illimitati, tra "noi", gli efficienti e necessari, e "loro", gli inutili e superflui, una separazione che in realtà segna la distanza tra "noi", sani e servi, e "loro" malati e liberi.

il MALESSERE risarcito – il danno da lavoro

Anche i lavoratori, pur fondamentali nel ciclo produttivo, hanno sperimentato

la sofferenza e il malessere, l'esclusione e l'isolamento, nelle fabbriche e nelle officine, obbligati a condizioni di vita e di lavoro talmente gravose e prolungate da soddisfare ogni necessità di sperimentazione ad indebite esposizioni a sostanze pericolose e tutte le latenze e le incubazioni dei molteplici fattori della nocività del lavoro.

Ed è proprio da questa condizione, appieno realizzata e perfezionata dalla rivoluzione industriale in avanti, dall'avvento di una produzione che conosce e rispetta solo la regola del profitto, che si è evidenziato che *«la morte e la malattia imparano a discriminare sempre più severamente e attentamente entro la stessa collettività tra ricchi e poveri, tra la classe del capitale e quella del lavoro»* (4)

Fino agli anni Settanta del secolo scorso, le soluzioni proposte dal capitale, più per salvaguardare il processo produttivo che la salute dei lavoratori, erano sempre state di carattere risarcitorio, nella logica di pagare per il danno "procurato".

Si ricorreva all'assicurazione dei lavoratori che, a fronte del versamento di un premio, garantiva la liquidazione del danno da lavoro al lavoratore e alla sua famiglia, e alla "monetizzazione del rischio", che attribuiva un

CONTINUA A PAG. 20

L'ESSERE della MEDICINA e il POTERE del MALESSERE

CONTINUA DA PAG. 19

valore economico al rischio per la salute, scambiandolo con la produzione.

In entrambe le soluzioni la classe medica si è sempre prestata agli interessi padronali.

Arrivando addirittura a proporre, anziché la bonifica degli ambienti di lavoro e dei cicli produttivi, la preliminare selezione dei lavoratori, persino su base genetica, per escludere quelli più suscettibili rispetto ai rischi da lavoro, così perseguendo il risparmio sui premi assicurativi e sui risarcimenti invece della prevenzione. Poco considerando che così, cinicamente, privava di reddito i lavoratori giudicati suscettibili, probabilmente aggravando anche la loro fragilità socio-economica e avviandoli definitivamente alla sofferenza e al malessere. Ed anche preferendo arroccarsi nella nicchia medico legale, più propensa ad accertare e quantificare il danno procurato ai lavoratori ai fini della liquidazione dovuta dal capitale, piuttosto che a tutelare la salute, identificando e denunciando gli effetti sanitari, economici e sociali dello sfruttamento del lavoro e della contaminazione ambientale.

Un fenomeno inatteso ha, però, inopinatamente svelato la natura e i piani del capitale: la maturazione della coscienza di classe, da cui sono scaturite due logiche implicazioni: *«La prima è che la classe operaia, che vende la propria forza-lavoro non sia più l'ultima rotellina della macchina sociale, ma riconosca invece se stessa come ciò da cui deriva in ultima istanza la produzione sociale ... La seconda sta nel riconoscere che la sottrazione di anni-vita, l'alterazione del ricambio uomo-natura, la degradazione della corporeità che si verificano nel lavoro industriale non sono fenomeni particolari della fabbrica capitalistica ma sono fenomeni generali della società capitalistica che hanno nella fabbrica l'origine, la massima frequenza, ma che si riverberano in modo crescente verso tutti gli uomini, e anche verso la totalità della biosfera»* (2)

CONCLUSIONI

Quello che risalta all'osservazione, in questa alternanza di finto benessere e vero malessere, è il modo di ESSERE della medicina che, ormai integrata nell'attività industriale della società capitalistica, con le sue fiorenti fabbriche ospedaliere e le sue affollate officine ambulatoriali, si è inserita tra i fattori patogeni, così automaticamente rinunciando alla sua vocazione più incisivamente curativa: l'identificazione delle cause.

E così, NEGARE, ESCLUDERE e RISARCIRE i malesseri, le malattie e i danni più palesemente collegati allo sviluppo della società capitalistica, privilegiando sempre e solo l'approccio individuale alla singola persona e omettendo l'analisi distributiva dei fenomeni patogeni nella collettività, sono diventati una necessità di questa medicina, la base per stabilire il suo vero potere, quello della gestione del malessere.

Eppure è chiaro che il malessere, comunque lo si voglia declinare, sia come fenomeno individuale che collettivo, sia come premessa che come sostanza della malattia, ha origine dai modi di produrre e di vivere, ed è fortemente influenzato dalle condizioni economiche, sociali, culturali e ambientali.

Lo strumento per correggerlo è la politica, cui la medicina deve sempre fare riferimento.

Anzi. La deve continuamente pungolare, sollecitare ... fino alla pedanteria e alla denuncia, per indurla a progettare e realizzare un modello di sviluppo proteso

alla solidarietà, che contrasti alienazione, disagio e tensione emotiva derivanti dalla divisione sociale e dai rapporti di potere, tra chi detiene i mezzi di produzione e chi vende forza lavoro, tra chi dirige e chi esegue, tra chi orienta la scienza alla produzione e chi ne subisce gli effetti sulla salute, tra chi abita i luoghi e chi occupa gli spazi.

Un modello che contenga una idea di salute, piuttosto che di benessere, che sia necessariamente in discontinuità e in contraddizione con quella del capitale e che, quindi, consideri l'Uomo e l'ambiente, ma anche

le comunità, le relazioni interpersonali e le connessioni con i fattori naturali circostanti.

Bibliografia

- Franco Basaglia: "L'Istituzione negata" – Einaudi 1968
Giovanni Berlinguer: "La salute nelle fabbriche" – De Donato 1969
Massimo Gaglio: "Essere o malessere. Le neurosi viscerali" – Collana Medicina e Potere – Feltrinelli 1975
Giulio A. Maccacaro: "Per una medicina da rinnovare" – Collana Medicina e Potere – Feltrinelli 1979
Michael Marmot: "La salute disuguale" – Il pensiero scientifico - edizione 2016
Franca Ongaro Basaglia: "Salute/malattia: Le parole della medicina" - Einaudi 1982

15 dicembre 2022

La prima parte sul numero di dicembre 2022

Stanislao Loria
Medico del lavoro
Napoli



Sosteniamo Smarketing

**ART32 – La salute pubblica, bene comune in 40 manifesti.
Aiutaci a diffondere la mostra nelle scuole e nelle
biblioteche crowdfunding (produzionidalbasso.com)**

VIDEO <https://youtu.be/x7uusrA5brw>



Il Progetto

La Salute Pubblica è un Bene comune.

Per questo abbiamo chiesto ad alcune decine di graphic designer sensibili alla questione, diversi per tecniche e per provenienza, di realizzare dei manifesti ispirati all'articolo 32 della Costituzione italiana.

ART32 : SE NON L'AVETE CAPITO ANCORA CHE LA SALUTE SI PUO' DIFENDERE SOLO CON LA SANITA' PUBBLICA, FACCIAMO UN DISEGNO, ANZI TANTI – Medicina Democratica OBIETTIVI

- Vogliamo concentrare l'attenzione della cittadinanza sulla salute pubblica e la medicina territoriale.
- Vogliamo allentare le percezioni distopiche e migliorare in ciascuno la responsabilità, la coscienza e le abitudini, tenendo al centro prevenzione primaria.
- Vogliamo che si curi la salute prima che la malattia.
- Vogliamo tornare alla la cura accessibile ovunque in tanti ambulatori efficienti e vicini ai malati, non centrata sugli ospedali.
- Non ci piacciono le cattedrali luccicanti della sanità privata, dove il malato è un numero per fare business; ogni corpo ha una storia e noi vogliamo sentirci cittadini, non clienti.
- Insomma, vogliamo che l'art. 32 della Costituzione viva nel corpo sociale e nel corpo biologico di ciascuno di noi.

Oggi vogliamo che la mostra abbia anche una versione "portatile", di facile e rapida diffusione, utile come strumento didattico e formativo.

Ci immaginiamo che possa essere usato principalmente nelle scuole ma anche in circoli

culturali, biblioteche, centri di aggregazione; e anche nelle case.

COSA FAREMO COI TUOI SOLDI

Ci servono 7.000 euro

È quanto serve per la stampa, compresi i costi vivi di promozione (es. il sito) e di distribuzione (es. le spese postali). I costi sono lordi (l'associazione non scarica l'iva).

Chi riceve concretamente i soldi raccolti

Sarà l'ETS Associazione smarketing°, su un conto di Banca Etica, rispettando rigorosamente le regole e i protocolli definiti da Produzioni dal Basso. Tutto il processo sarà documentato in modo trasparente anche sul sito di art32.it.

Cosa succede se raccogliamo meno soldi del previsto
Sotto € 5.250: stamperemo solo tante copie quante ne avete richieste e ve le spediremo.

Tra i 5.250 e i 7.000 euro: tutto ok, il progetto parte e la differenza (fino al 25%) la mette Banca Etica.

Cosa succede se raccogliamo più soldi del previsto

Se arrivano più di 7.000 euro (aumentati di un 5% donato da Banca Etica): saranno usati per stampare un numero proporzionalmente più alto di kit e per spedirli, e/o per supportare tecnicamente le comunità che li espongono.

Nell'ipotesi (decisamente improbabile ma teoricamente possibile) di un introito totale clamorosamente alto (sopra i 9.000): dopo aver pagato la stampa e la distribuzione dei 500 kit (più gli altri ulteriormente richiesti), promettiamo di usare le risorse eccedenti unicamente per finanziare il progetto ART32 o altre iniziative di comunicazione civile senza scopo di lucro ad esso collegate.

**Medicina Democratica sostiene Art32
e il progetto di crowdfunding**

Just LILA: fare il test Hiv non è mai stato così facile!

Arriva Just LILA (www.justlila.it) il nuovo servizio della LILA che, tramite una semplice richiesta online, recapiterà a domicilio, gratuitamente e nella massima discrezione, un auto-test per l'HIV. Chi lo vorrà potrà anche usufruire del nostro aiuto a distanza: sempre su prenotazione, lo staff della LILA potrà seguire le persone che lo vorranno durante l'esecuzione del test, offrire tutte le informazioni e il supporto di cui hanno bisogno, e in caso di esito reattivo indicare a quali servizi pubblici sia possibile rivolgersi per il test di conferma e per l'eventuale accesso alle terapie antiretrovirali.



**LEGA ITALIANA
PER LA LOTTA
CONTRO L'AIDS**

www.lila.it

Just LILA intende, così, agevolare le persone nell'accesso al test HIV e diffondere l'uso dell'autotest. Si tratta di un'attività pienamente in linea con le raccomandazioni delle agenzie sanitarie internazionali che prescrivono il potenziamento di tutti gli strumenti di diagnosi precoce disponibili. È un impegno che LILA persegue da anni attraverso i propri servizi di testing, informando costantemente sul test, pressando le istituzioni affinché rendano disponibili e idonei i propri servizi di screening.

Il servizio, accessibile dalla landing-page justlila.it (oltre che dal nostro sito lila.it), è promosso e supportato da una campagna informativa basata su messaggi efficaci e diretti, volti a dissipare le paure che circondano il test, a contrastare lo stigma che grava sull'HIV, ad accompagnare le persone nel delicato momento del test e negli eventuali passi successivi.



MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - ONLUS

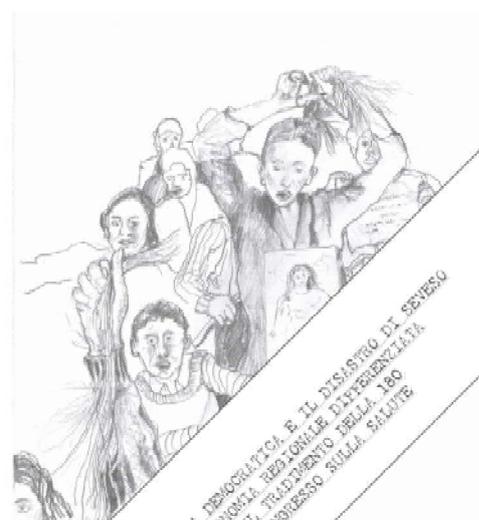
Medicina Democratica

E' POSSIBILE ASSOCIARSI A MEDICINA DEMOCRATICA SCARICANDO E COMPILANDO LA DOMANDA CHE TROVATE SU www.medicinademocratica.org E INVIANDOLA FIRMATA IN ORIGINALE A: MEDICINA DEMOCRATICA ONLUS - VIA DEI CARRACCI, 2 - 20149 MILANO OPPURE CONSEGNANDOLA AD UNO DEI REFERENTI LOCALI DI MEDICINA DEMOCRATICA.

— SOCIO ORDINARIO, quota annuale 35,00 euro, comprensiva dell'invio della rivista nazionale.
— SOCIO SOSTENITORE, quota annuale 50,00 euro, comprensiva dell'invio della rivista nazionale
— SOCIO A QUOTA RIDOTTA, quota annuale 10,00 euro.
Questa forma associativa è rivolta solo a disoccupati, cassintegrati, esodati, lavoratori con contratti "precari" e ai soci della Associazione Italiana Esposti Amianto.

PER DEVOLVERE IL VOSTRO 5 PER MILLE A FAVORE DI MEDICINA DEMOCRATICA - ONLUS. E' SUFFICIENTE FIRMARE NEL RIQUADRO "SOSTEGNO DEL VOLONTARIATO E DELLE ALTRE ORGANIZZAZIONI NON LUCRATIVE DI UTILITA' SOCIALE, DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE E DELLE ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI RICONOSCIUTE CHE OPERANO NEI SETTORI DI CUI ALL'ARTICOLO 10, C.1, LETT. A), DEL D.LGS. N. 460 DEL 1997", INSERENDO IL CODICE FISCALE 97349700159.

Medicina 251-252
Democratica
MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



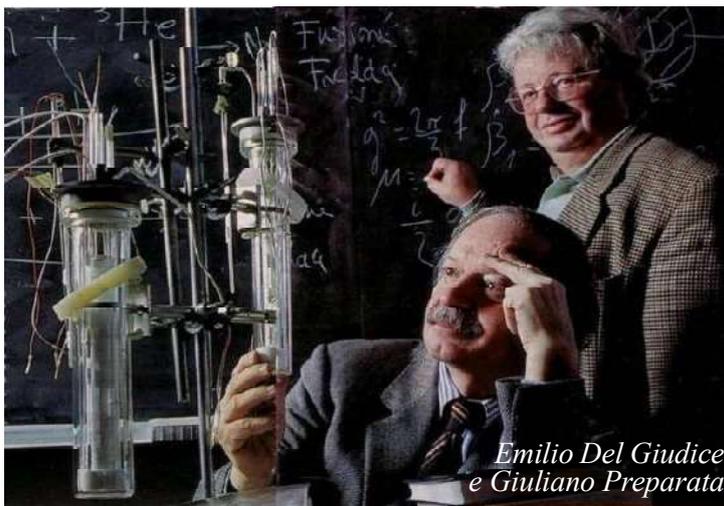
**Tessera con abbonamento
alla rivista nazionale**

A proposito della "fusione fredda con palladio" l'opposto della "fusione nucleare calda con uranio" pensata dagli Stati Uniti come arma strategica di una guerra termonucleare (NdR)

L'insabbiamento della Fusione Fredda

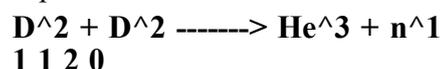
Da Fleischmann e Pons a Giuliano Preparata ed Emilio Del Giudice

Nonostante sia al centro di certe teorie secondo cui sarebbe pura fantasia, la fusione fredda ha da sempre molto affascinato parte dell'opinione pubblica sensibile all'ecologia e alla teoria quantistica. Di fronte alle nuove evidenze, completamente ignorate o additate dai media e ostacolate dalle lobby tossiche (petrolifera, carbonfossile, della "green economy" o del greenwashing) è giusto raccontare come andò la storia della fusione fredda. A raccontarla in modo



Emilio Del Giudice e Giuliano Preparata

appassionante fu il prof. Emilio Del Giudice, ricercatore di fisica teorica dell'INFN al convegno di Nexus qualche anno fa. Prima però facciamo degli accenni storici. Nel 1926 il chimico tedesco Friedrich Paneth pubblicò sull' "Annuario della Società chimica tedesca" il rendiconto dei suoi primi esperimenti sulla fusione (Recentemente tali studi sono stati ripresi dal prof. Vyaceslav Alekseyev, direttore del Laboratorio sulle Energie Rinnovabili dell'Università di Mosca). Negli anni Trenta, Enrico Fermi intraprese uno studio per creare un generatore artificiale di neutroni. La nota, a firma di Amaldi, Rasetti e Fermi, venne pubblicata su "La Ricerca Scientifica" nel 1937 e dove si dimostrava la possibilità di sfruttare la reazione atomica:



per produrre neutroni necessari per bombardare gli atomi. Per realizzare tale impianto, Fermi ebbe necessità di usare acqua pesante, cioè un bersaglio contenente un'alta percentuale di Deuterio allo stato solido. Visto il notevole sviluppo di calore, si dovette ricorrere all'aria liquida per mantenere a bassissima temperatura il blocco di ghiaccio. Il primo caso di reazione di fusione nucleare fredda che non venne mai proposta e applicata.

Il 23 marzo 1989 è la data storica in cui due coraggiosi ricercatori dell'Università di Salt Lake City (Utah - USA), Martin Fleischmann e Stanley Pons, annunciarono alla stampa di aver trovato un modo molto semplice e poco costoso per produrre energia pulitissima: l'energia derivata dalla fusione di atomi di deuterio (isotopo dell'idrogeno) a

bassa temperatura, ovvero l'energia del futuro. La dichiarazione avvenne in un clima internazionale assai sensibile alle proposte di metodi alternativi di produzione energetica, essendo ancora vivo il dibattito sul nucleare, acuitizzato sia dal disastro nucleare di Chernobyl del 26 aprile 1986 sia dal disastro ecologico della petroliera Exxon Valdez, avvenuto qualche mese prima.

La pubblicazione su una rivista scientifica avvenne il 10 aprile 1989 con un breve articolo scritto per il *Journal of Electroanalytical Chemistry*. L'articolo, a giudizio di molti esponenti del mondo scientifico, era stato scritto in modo affrettato, incompleto e conteneva alcuni errori sostanziali sulla misura dell'emissione di raggi gamma.

Fleischmann e Pons spiegarono che non si trattava di errori, ma vennero ugualmente accusati di essere degli "pseudoscientisti".

A differenza della tecnica studiata e portata avanti da circa 40 anni per attuare la fusione calda degli atomi di idrogeno, sfruttando enormi macchine capaci di far arrivare la temperatura interna anche a centinaia di milioni di gradi, la fusione fredda proposta da Fleischmann e Pons si basava sul principio dell'elettrolisi e sfruttava un'apparecchiatura

semplicissima. Facendo passare elettricità tra due elettrodi, uno di palladio e l'altro di platino, immersi in acqua pesante D2 O (D è il simbolo del Deuterio) si può produrre una quantità di energia molto superiore a quella immessa. Secondo quanto sinora accertato, nel reticolo cristallino del Palladio si crea una forma di fusione, ancora misteriosa, tra i nuclei di deuterio.

Negli ultimi anni poi sono state sviluppate nuove tecniche che in verità hanno maggiormente aumentato il mistero, come l'uso di particolari accorgimenti sugli elettrodi soprattutto l'uso di acqua normale del rubinetto. Infatti, al Congresso di Nagoya (Giappone) del 1992, si sostenne che si doveva aprire un nuovo capitolo nella storia della fisica e cioè la nascita della "fisica nucleare dello stato solido". In questa occasione un medico della Pennsylvania (USA) e Presidente della Hydrocatalysis Power, Randell Mills, annunciò di essere riuscito ad ottenere, con acqua normale, risultati ancora migliori di quelli fino ad allora conseguiti e cioè una reazione con un rendimento del 900%.

Da quel momento centinaia e centinaia di ricercatori si sono costantemente impegnati, nonostante le notevoli avversità, per portare avanti uno dei migliori sistemi per produrre energia pulita.

Eppure all'epoca di Pons e Fleischmann, la stampa e le riviste specializzate rivolsero pesanti critiche alla fusione fredda. Il risultato fu che, dopo il terremoto scatenato dall'entusiasmo per l'annuncio rivoluzionario, seguì un crescente scetticismo, sconfinato in precise minacce per i

L'insabbiamento della Fusione Fredda

CONTINUA DA PAG. 23

due ricercatori. Fleischmann e Pons vennero derisi dai fisici teorici della comunità internazionale, primo tra tutti Carlo Rubbia, perché il processo non produceva l'emissione di particelle previste dalla fisica teorica classica, ovvero reazione tra neutroni, emessi dalla fusione di 2 atomi di deuterio, e isotopo dell'idrogeno.

Essi scomparvero per alcuni mesi, fino a quando approdarono a Nizza. Nel 1992, arrivati in Francia, iniziarono a lavorare per il loro progetto in un laboratorio privato finanziato con 9 milioni di dollari dalla IMRA Europe S.A., impresa affiliata alla giapponese Toyota. La coppia si separò nel 1995 e Fleischmann ritornò a Southampton sino al 1999 e nel 2006 iniziò a lavorare per la D2Fusion, quando nel 2012 morì all'età di 85 anni. Secondo un comunicato del dipartimento di chimica dell'Università dello Utah, dal 2000 Pons non svolge più ricerche in Francia.

Nonostante i due scienziati disponessero di risultati ben documentati, successivamente riprodotti in più di 200 laboratori sparsi in tutto il mondo, si innescò una inconcepibile serie di polemiche ed una campagna mediatica di disprezzo. In particolare, venne imbastita dai loro colleghi, studiosi della fusione calda, così denominata perché necessita di milioni di gradi di temperatura ed inoltre di ingenti risorse economiche.

La fusione fredda non andava bene a molti e purtroppo, nel nostro mondo, la ricerca scientifica dipende da finanziamenti, spesso industriali, e quindi dall'accumulo capitalistico. Eppure, nella titanica lotta di interessi di ogni tipo, il movimento scientifico scaturito dalla fusione fredda è ancora vivo e i risultati raggiunti sono da tenere veramente nella più alta considerazione anche se il modo di produrre energia con metodi tossici o impattanti sull'ambiente hanno sempre avuto il sopravvento.

Naturalmente anche in Italia venne ripreso l'esperimento della fusione fredda. Tra i ricercatori italiani dobbiamo citare, senza dubbio, il Professor Emilio Del Giudice e il Professor Giuliano Preparata che nel giro di pochi anni riuscirono a riprodurre le condizioni dell'esperimento originale dei due scopritori. Giuliano Preparata fu uno dei più evoluti teorici della fisica mondiale che perse il Nobel per la Fisica in "elettrodinamica quantistica", a causa di questo suo sconveniente interesse. Fu lo stesso Preparata a denunciarne con forza la pericolosa situazione di insabbiamento ed in particolar modo l'"intrappolamento" dell'ingegno di Fleischmann e Pons: *"Il fatto che la fusione a freddo sia una small science, e quindi difficile da governare da parte delle oligarchie scientifiche e finanziarie, ne ha permesso, nonostante tutto, la crescita*

a tal punto che oramai mi sembra molto improbabile che essa scompaia nel nulla, senza portare a maturazione nel giro di qualche anno le idee che ne permettono lo sfruttamento industriale su larga scala".

Preparata e Del Giudice dimostrarono il fenomeno della fusione fredda e anche un nuovo modello teorico che dava spiegazione dei fenomeni misteriosi che fino a 30 anni fa non erano comprensibili con la "teoria delle forze nucleari". Se prima si pensava che l'unico modo per fare avvicinare 2 protoni - tanto da vincere la repulsione elettromagnetica e fare agire il campo delle forze nucleari che innescano la fusione, con produzione di una quantità enorme di energia - fosse il metodo dell'acceleratore, che lavora a 100 milioni di °C (ben inteso nel nostro sole la temperatura è 2 milioni di °C!), grazie a queste ricerche svolte dall'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) e dall'Agenzia ENEA si scoprì come fosse possibile ottenere la fusione a temperatura ambiente. Dimostrarono che il palladio, un metallo dalle peculiari caratteristiche, poteva essere caricato con idrogeno gassoso fino ad un limite di saturazione prestabilito, oltre il quale si rileva una produzione di energia in eccesso tipica di una reazione nucleare.



Il loro esperimento confermò che dentro al cristallo di palladio le molecole di idrogeno, in quelle particolari condizioni di "saturazione", si comportavano similmente ad una struttura solida e, avvicinandosi molto, grazie ad una provvidenziale "buca di potenziale", producevano una particolare fusione, senza emissioni

radioattive, con produzione di elio (misurato nell'esperimento) e di un eccesso di energia mai visto fino all'epoca in una reazione di 2 ordini di grandezza superiore all'energia in entrata, necessaria a preparare le condizioni della reazione. Grazie a questa scoperta si produce anche la fissione del palladio.

Perché è una scoperta ecologica? Grazie a questa scoperta, un generatore è in grado praticamente di produrre energia illimitata e a costi contenutissimi.

L'unico problema da risolvere è l'intercettazione opportuna del surplus di energia. Nonostante questa pazzesca rivoluzione, Del Giudice e Preparata non riuscirono a farsi pubblicare la ricerca da nessuna rivista scientifica. La rivista *Science*, secondo le indiscrezioni, rifiutò di pubblicarlo perché "l'argomento è troppo tecnico".

Tra i tentativi più recenti, nel maggio 2008, il fisico giapponese Yoshiaki Arata insieme alla collega Yue-Chang Zhang, ha mostrato pubblicamente all'Università di Osaka un reattore funzionante con pochi grammi di palladio. In un apposito contenitore a pressione, posto all'interno di un calorimetro e collegato, per mezzo di una tubazione, ad uno spettrometro di massa ad altissima risoluzione (Necessario per dimostrare la presenza di 4He (Elio 4), come eventuale residuo della reazione di fusione), i due fisici

CONTINUA A PAG. 25

L'insabbiamento della Fusione Fredda

CONTINUA DA PAG. 24

giapponesi hanno inserito 7 grammi di nano-particelle di palladio disperse in una matrice di ossido di zirconio appositamente preparate dal laboratorio di Arata. Nella prima fase del test, in tale recipiente, è stato inserito idrogeno a 50 atmosfere, generando così un breve picco termico dovuto alla idratazione delle stesse, seguito poi da un lento raffreddamento, dimostrando così che in tale situazione non vi è né emissione di calore, né presenza di 4He . Il recipiente è stato poi svuotato, degasato e nuovamente riempito, ma questa volta con deuterio a 50 atmosfere. A questo punto vi è stato di nuovo il picco termico dovuto alla idratazione (il deuterio, essendo un isotopo dell'idrogeno, si comporta chimicamente allo stesso modo), ma questa volta il calore, non è andato via

via scemando, ma è continuato in modo costante, tanto da permettere il funzionamento di un motore termico al ciclo di Stirling. Il funzionamento è proseguito per diverso tempo, in modo da poter accumulare nel sistema una sufficiente quantità di elio, successivamente è stata fatta una nuova misura del gas presente nel contenitore e questa volta, lo spettrometro di massa, ha rilevato nettamente la presenza di elio mescolato con deuterio, segno evidente che il calore prodotto era dovuto ad una reazione termonucleare. Durante la reazione, gli appositi rilevatori di radiazioni, non hanno rilevato nessuna emissione radioattiva. Arata, ha fatto notare, durante la conferenza che aveva preceduto l'esperimento, che tale esperimento prova in modo assolutamente evidente la capacità di produzione di discrete quantità di calore attraverso una reazione di fusione fredda. Al termine dell'esperimento i presenti hanno voluto nominare tale fenomeno con il nome di *Arata Phenomena*.

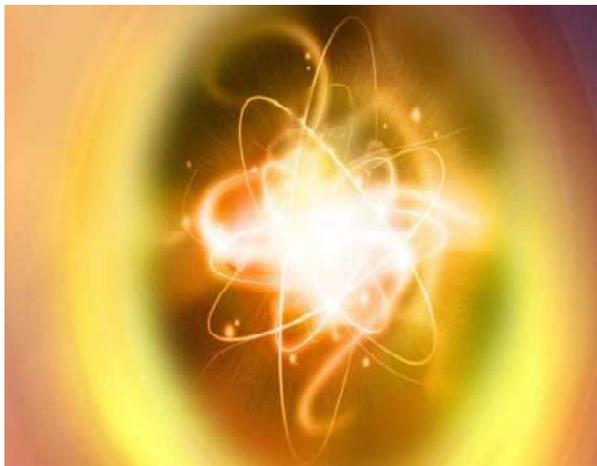
Anche in questo caso l'esperimento non è stato ripetuto e non ha avuto una pubblicazione scientifica.

Quali sono i motivi economici alla base del boicottaggio di una tecnologia quasi "free-energy"? Del Giudice formulò un'ipotesi molto interessante raccontando quando venne commissionato a Fleischmann uno studio dalla Marina Militare Inglese per indagare sui metalli più idonei ad immagazzinare l'idrogeno. I migliori risultarono essere il palladio e l'uranio. Fleischmann ovviamente sperimentò sul palladio, la cui fissione non produce danni, ma qualcuno era più interessato all'uranio. Il problema è che se la matrice solida in cui avviene la fusione è l'uranio, si innescherebbe la fissione, e quindi una esplosione atomica, anche con quantità molto inferiori alla necessaria "massa critica" (qualche kg), date le nuove sorprendenti condizioni di reazione. Si possono così fare esplodere delle micro-bombe atomiche di potenza controllata capaci di abbattere un

singolo palazzo invece di una città intera.

Secondo Del Giudice fu così che venne trovato un modo per utilizzare tutto quell'Uranio che giace inutilizzato nelle testate tattiche (a meno di non scatenare la guerra termonucleare globale, s'intende), che con il disarmo andrebbe smantellato.

Se consideriamo i proiettili rivestiti con quello che ci viene venduto come "uranio impoverito", o le foto dei carri armati iracheni distrutti nella Guerra del Golfo, si trova: un foro di entrata, una carcassa di acciaio fusa dal calore e i cadaveri dei soldati irradiati da una esplosione fortissima e localizzate di raggi gamma. Non ci sarebbe niente di più facile, sosteneva Del Giudice, nel rivestire un proiettile di cannone o un missile con un strato di uranio caricato da idrogeno fino quasi al limite critico. L'impatto con il bersaglio e la sovrappressione sarebbero sufficienti a innescare la fusione fredda e la conseguente fissione dell'uranio, con annessa esplosione atomica.



Ed ecco come la fonte ideale di energia pulita per tutta l'umanità potrebbe essere usata come spoletta per l'innescò di una bombetta atomica se, al posto del palladio, venisse usato l'uranio. Inoltre spot di altissima radioattività localizzati nei campi di battaglia sono la spiegazione ideale per i sintomi della sindrome del Golfo e quella dei Balcani: la prima riscontrata esclusivamente tra i soldati anglo-americani (i primi a raggiungere le zone bombardate durante le operazioni in Iraq), la seconda invece osservata solo su italiani

e tedeschi, a cui sono state destinate le zone bombardate in Bosnia e Kosovo dal vertice NATO, dopo aver fatto l'esperienza nel Golfo.

A tal proposito è interessante la dichiarazione che fece il biochimico fiorentino Gianfranco Valsé Pantellini, fondatore del Metodo Pantellini: *"Mendeleev ha parlato di elementi leggeri, elementi medi e elementi pesanti. Tutta la fisica atomica attuale è basata sull'uso di elementi pesanti. Però il fondamento della FISICA ATOMICA della NATURA, il meccanismo base che consente lo scorrere della vita è dato proprio dagli elementi leggeri e dalla loro suscettibilità di trasmutare a bassa energia"*.

La fusione fredda, che avviene con la fusione di atomi leggeri, viene ancora oggi studiata in molte parti del mondo e fa emergere ipotesi e speranze per la risoluzione dei problemi energetici ed ecologici del Pianeta Terra.

28 dicembre 2022

Lorenzo Poli

Collaboratore redazione
di Lavoro e Salute





diario per la prevenzione

cronache, studi e inchieste di sicurezza sul lavoro
www.diarioprevenzione.it

Questo sito si propone l'obiettivo di socializzare informazioni utili alla promozione della salute negli ambienti di lavoro e di vita

Morti sul lavoro, dal Qatar all'Italia

Non riesco a non fare un'amara considerazione, a distanza di alcune settimane. Sono sconsolato dall'entusiasmo che ha prodotto in milioni di italiani il mondiale di calcio in Qatar, anche in tanti indignati per le tre morti al giorno in Italia, come se le migliaia di operai migranti morti, oltre ad altre migliaia di infortunati, fossero un sacrificio dovuto allo "spettacolo più bello del mondo", contrapponendoli alle nostre lavoratrici e ai nostri lavoratori.

Questa è la dolorosa percezione che ho avuto dei commenti dello scorso mese, mentre io ho boicottato la visione perché prima, durante e dopo il mondiale di calcio restano gli oltre 6.500 operai migranti morti per costruire i cimiteri chiamati stadi.

Loro, gli operai migranti in Qatar non avevano a disposizione la Legge 81 del 2008, quindi non potevano fare la valutazione dei rischi e programmare gli interventi per tentare di eliminarli; non avevano i rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, e neanche le RSU, per avere le giuste conoscenze dei rischi esistenti necessarie alla prevenzione.

In Italia le imprese, per incrementare produttività e profitti, tolgono le misure protettive sugli impianti, in Qatar non c'è stato bisogno di toglierle; non c'erano! In Italia le imprese risparmiano sul costo del lavoro, adottando un modello organizzativo con molti lavoratori flessibili, precari, senza diritti, specie nella cantieristica e i lavoratori sono costretti ad accettare condizioni di lavoro vessatorie sotto ogni forma ricattatoria perché se reclamano, magari ricorrendo al RLS, vengono licenziati; in Qatar non avevano bisogno di incrementare la produttività perché la condizione minimale per lavorare alla costruzione degli stadi era l'accettazione dello schiavismo.

Cos'è, indignazione nazionalista? franco ciletti



D.Lgs. 81/08
Sicurezza

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

In 365 giorni oltre 1499 crimini sul lavoro

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2022 ci sono stati 1499 lavoratori morti sul lavoro: di questi 757 hanno perso la vita sui luoghi di lavoro e rimanenti sulle strade e in itinere. L'Osservatorio monitora anche i morti tra i 4 milioni di lavoratori non assicurati all'INAIL e i morti in nero.

Qui sotto i MORTI SUI LUOGHI DI LAVORO nelle Regioni e Province (non ci sono i morti per covid). Non sono contati i morti in itinere e sulle strade. NB nelle province e Regioni non sono conteggiati i morti per infortuni provocati dal coronavirus.

LOMBARDIA 105 Milano (21) Bergamo (12) Brescia (29) Como (7) Lecco (8) Cremona (6) Mantova (4) Monza Brianza (4) Pavia (6) Varese (3) Sondrio (3) **CAMPANIA 59** Napoli (13) Avellino (5) Salerno (18) Benevento (3) Caserta (20) **VENETO 64** Verona (13) Venezia (10), Padova (8) Rovigo (3) Treviso (10) Vicenza (17) Belluno (4) **TOSCANA 30** Firenze (6) Livorno (1) Lucca (2) Arezzo (7) Pistoia (3) Grosseto (2) Pisa (3) Prato (2) Massa C. (3) **PIEMONTE 54** Torino (25) Alessandria (9) Asti (2) Biella (2), Cuneo (8), Vercelli (3) Verbano C.O. (2) Novara (1) **LAZIO 49** Roma (22) Frosinone (12) Latina (3) Rieti (6) Viterbo (6) **EMILIA ROMAGNA 47** Bologna (5) Modena (7) Forlì Cesena (8) Rimini (4) Ravenna (4) Reggio Emilia (8) Ferrara (4) Piacenza (5) **PUGLIA 32** Bari (3) Foggia (12) Lecce (8) Taranto (7) Brindisi (2) **ABRUZZO 17** L'Aquila (1) Chieti (8) Pescara (6) Teramo (3) **CALABRIA 31** Catanzaro (10) Reggio Calabria (6) Cosenza (8) Vibo V. (3) Crotone (4) **SICILIA 46** Palermo (9) Agrigento (4) Caltanissetta (7) Catania (9) Enna (1) Trapani (6), Ragusa (3) Messina (7) **TRENTINO 32** Trento (22) Bolzano (10) **FRIULI 7** Pordenone (1) Udine (5), Gorizia (1) **MARCHE 32** Ancona (14) Macerata (4) Pesaro-Urbino (9) Fermo (3) Ascoli P. (4) **LIGURIA 12** Genova (3) Imperia (3) Savona (3) La Spezia (2) **BASILICATA 9** Potenza (5) Matera (4) **SARDEGNA 24** Cagliari (4) Medio C. (1) Oristano (5) Sassari (9) Nuoro (4) Olbia (2) **UMBRIA 10** Perugia (9) Terni (1) **MOLISE 2** Campobasso (2) **VALLE D'AOSTA (3)**

A cura di **Carlo Soricelli**

curatore dell'Osservatorio Indipendente morti sul lavoro - cadutisullavoro.blogspot.com

Il caso di Daouda Diane che ha denunciato le sue condizioni di lavoro e sparito nel nulla dal 2 luglio 2022

Ci sono le prime iscrizioni nel registro degli indagati per la scomparsa di Daouda Diane, il livoriano di 37enne operaio e mediatore culturale, sparito nel nulla il 2 luglio scorso ad Acate - in provincia di Ragusa - dopo aver denunciato in un video l'assenza di sicurezza nel cantiere in cui lavorava. Le ipotesi di reato sono omicidio e occultamento di cadavere.



Da Carlo Soricelli

Quindici anni di monitoraggio. Il 31 dicembre si sono conclusi 15 anni di monitoraggio con l'Osservatorio che aprii il 1° gennaio 2008 per ricordare i sette lavoratori della ThyssenKrupp di Torino morti poche settimane prima.

Volevo ringraziare quei milioni di italiani e non solo che hanno visitato il blog e l'andamento dei morti sul lavoro in queste 15 anni.

Chi dire di questi 15 anni?

Che in fondo alla nostra classe dirigente non ha importato nulla di queste tragedie, lo denuncio da 15 anni: solo dei laconici "mai morti sul lavoro" poi mai niente di concreto. La solitudine è stata la caratteristica di questi 15 anni, per non parlare di ostracismo, diffidenza, derisione, un nemico come mi diceva un importante giornalista e questo perché mettevo in discussione con i miei "morti" la loro narrazione minimalista che copre inefficienza e anche cose poco chiare come la gestione dei soldi sulla Sicurezza.

Nei grafici Le vere dimensioni del fenomeno se si contano tutti i morti e non solo i morti per infortuni non assicurati a INAIL.

Sono morti complessivamente oltre 19000 lavoratori, una cittadina che scomparsa, 19000 famiglie portate all'inferno, perché è di questo che si tratta, non c'è più niente di più atroce che perdere un proprio caro che muore sul lavoro quasi la metà morte sui luoghi di lavoro, oltre 9450

Sono in contatto con tantissimi familiari di morti sul lavoro; che hanno perso figli e figlie, genitori, fratelli, padri, nonni: la loro sofferenza è inenarrabile con le parole, diverse morti sono davvero impressionanti per come sono accadute; bruciati vivi, schiacciati da rulli e compattatori, dilaniati da lame, soffocati da miasmi, schiacciati dal trattore, caduti dall'alto, fulminati, dilaniati da macchinari ai quali erano state tolte le sicurezze come Laila o Luana; insomma una galleria degli orrori su questa terra.

Poi l'altra faccia di queste tragedie. Oltre la metà sono morti per le strade e in itinere, tante anche le donne come la postina Ambra e i rider William e Elena, le volontarie della Croce Rossa Bianca Maria e Gaia. Ho denunciato inutilmente che i morti sul lavoro sono molti di più documenti alla mano, ma niente troppo forte la manipolazione delle morti fatta dai potenti, pur avendo spedito migliaia e migliaia di mail ogni anno nessuno è venuto a vedere se quello che scrivevo era vero. Solo l'Osservatorio ha monitorato i morti sul lavoro in questi 15 anni, nessun altro. Neppure INAIL che lo avrebbe potuto e dovuto fare, che raccoglie solo le denunce che gli arrivano dal territorio e solo dai suoi assicurati, ma spaccia queste morti come rappresentative di tutto il panorama lavorativo. Ma non è vero, oltre 4 milioni non sono assicurati a questo istituto, poi ci sono i morti in nero, gli agricoltori schiacciati dal trattore

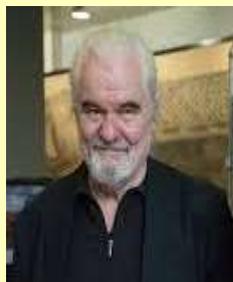
167 quest'anno e oltre 2300 da quando ho aperto l'Osservatorio: morti che finiscono nel dimenticatoio, neppure nella morte ottengono giustizia. Ho dedicato a questo lavoro volontario buona parte del mio tempo, oltre 29000 ore di lavoro complessivo. Ma a nulla è servito per smuoverli nella loro indifferenza, mi confortano le centinaia e centinaia di attestati di stima: di non chiudere questa esperienza unica nel suo genere in Italia e in Europa, come mi è stato detto nelle interviste di giornali e televisioni esteri. Parlano di cali anche quest'anno. Ma di quali cali parliamo se una buona parte di queste morti spariscono da ogni monitoraggio? L'Osservatorio registra sui luoghi di lavoro l'8% in più rispetto al 2021. Oltre 7000 lavoratori non sono stati registrati da nessuna parte in questi 15 anni se non dall'Osservatorio. Tante volte mi sono ripromesso di smettere di registrare i morti, ma poi penso ai tanti che seguono questo osservatorio. Ai tantissimi familiari miei amici e la loro disperazione e rabbia e sconforto passavano.

La rabbia più grande è che analizzando la raccolta dati dell'Osservatorio si potevano salvare tante vite, sì, si potevano salvare se solo davano visibilità a queste vittime. Solo adesso si stanno finalmente accorgendo della pericolosità del trattore che uccide a ogni età e con una campagna mirata ai familiari di chi li guida si sarebbero potuti salvare; mettendo a disposizione dei fondi per rinnovare il parco trattori per la maggior parte obsoleto. Così come ho denunciato da subito che a uccidere la stragrande maggioranza degli edili sono le cadute dall'alto, ma c'è voluto un decennio perché si accorgessero che quello che scrivevo era vero. Anche qui si può fare tanto, se solo ci fosse la volontà di farlo. Dovrebbe cessare anche il malcostume di ministri del lavoro e delle politiche agricole che poi successivamente vanno a lavorare negli enti e Istituti che dovevano controllare da ministri. Se continuerò lo farò in silenzio senza più divulgare la vera realtà di queste tragedie, di un sistema complice per opportunismo, interessi occulti e poco chiari, menefreghismo, indifferenza verso la vita di chi lavora. In tanti si sono offerti di darmi una mano.

Sto valutando una serie di offerte, da parte di cittadini qualunque e Organizzazioni, vediamo se verrà fuori qualcosa di concreto. Da artista che ha trascurato l'arte, con opere in diversi musei e collezioni, spero di riuscire a dedicare un piccolo mausoleo ai morti sul lavoro; una Piramide di Cheope in scala ridotta per ricordare con le loro fotografie centinaia di lavoratori e lavoratrici morti per il nostro benessere.

Sono caduti come in guerra, una guerra ingiusta che colpisce la parte più umile e sana della società.

Carlo Soricelli
curatore dell'Osservatorio
Nazionale morti sul lavoro
cadutisullavoro.blogspot.it



Omicidio sul lavoro. La madre di Mattia Battistetti presenta l'inserto allegato a questo numero di Lavoro e Salute

Sono Monica Michielin, un'insegnante di Scuola Primaria e abito a Montebelluna, un Paese in provincia di Treviso. La vita con me è stata molto dura: il 29 Aprile 2021 in un cantiere edile della ditta Bordignon a Montebelluna, è stato ucciso mio figlio, Mattia Battistetti di 23 anni, da un carico di 15 quintali di impalcature che si è sganciato da una gru in movimento colpendolo alle spalle. Subito dagli accertamenti tecnici si è chiarita la dinamica dell'incidente con la denuncia della scarsa sicurezza nel cantiere: la gru vecchissima con manutenzioni superficiali, non vi erano vie di fuga, il carico della gru "volava" sopra la testa dei poveri operai, gli addetti alla sicurezza dispersi!! Per la morte di Mattia sono state rinviate a giudizio 6 persone per omicidio colposo; il 26 Gennaio



2023 ci sarà la prima udienza del processo penale presso il Tribunale di Treviso dove è stato organizzato un sit-in. Sto urlando il mio grido di dolore ovunque: nei giornali, nelle TV locali, al Presidente Mattarella che mi ha onorato di

una Sua risposta... perché in molti stiamo chiedendo giustizia per Mattia. Noi contiamo veramente che sia il PM che il GUP in occasione dell'udienza diano un segnale forte ed incisivo affinché chi ha sbagliato paghi, affinché si faccia giustizia vera su quanto è accaduto a Mattia e il sacrificio costato a Mattia serva da monito perché non accadano più tragedie simili. Nessuno ci darà indietro Mattia, si va avanti dopo una tale tragedia sopravvivendo, si cerca giustizia e, a chi ha ucciso mio figlio per negligenza, auguro di addormentarsi la sera e di risvegliarsi al mattino con i miei stessi pensieri, con la mia stessa tristezza, con la mia stessa disperazione, con l'ergastolo nel cuore al quale hanno condannato solo noi!

Montebelluna 2/1/2023

Sicurezza sul lavoro e giustizia per Mattia Battistetti

Mattia Battistetti era un operaio; gli è stata tolta la vita sul lavoro, in un cantiere a Montebelluna, a 23 anni. Il 29 Aprile 2021, all'inizio della mattinata lavorativa, un carico di quindici quintali di ferro si è staccato dalla gru e l'ha colpito mortalmente. Ciò che ha contraddistinto i venti mesi trascorsi ed il caso di Mattia Battistetti da troppe altre pagine della continua strage di lavoratrici e lavoratori, sono la determinata ed incessante ricerca di giustizia della mamma Monica Michielin, del papà Giuseppe e della sorella Anna, e la generosità estrema che vede la famiglia percorrere la strada della sensibilizzazione sul tema della sicurezza nei luoghi di lavoro, affinché questa mattanza abbia fine. E' stata continua l'attività dell'Associazione in memoria di Mattia Battistetti, nel mantenere una alta e costante attenzione dei media locali sul tema, troppo spesso derubricato nelle cronache nazionali. La prima battaglia è far emergere la falsità della narrazione fatalista. I 1400 omicidi annui di lavoratrici e lavoratori hanno cause ben precise,

che vanno dalla negligenza, al doloso risparmio delle aziende in materia di sicurezza, alle condizioni di lavoro; nel contesto di una sostanziale assenza di controlli, determinata da strutture inadeguate negli organici; basti pensare al grave sottodimensionamento dell'ispettorato nazionale del lavoro, che opera nel trevigiano con una dotazione di circa un quarto rispetto al piano dei fabbisogni del ministero del lavoro, e nel Veneto con circa 70 ispettori reali (esclusi amministrativi ecc.) chiamati a controllare 400.000 aziende. E' logico ricondurre anche a queste mancanze il fatto che ci trovi nella regione del Paese con il maggior numero di morti sul lavoro in rapporto agli abitanti e nella seconda se guardiamo ai casi assoluti.

Il combinato tra l'assenza di controlli e la risibilità sanzionatoria e penale, determina il cinico interesse delle aziende al risparmio sulla sicurezza. Va stigmatizzata la sostanziale assenza di volontà politico-istituzionale nel produrre misure realmente deterrenti a negligenza e scorrettezza; e va

ricondotta ad una volontà complessiva che la classe politica dimostra: il non pestare i piedi all'impresa e favorirla pesantemente nelle scelte, con una progressiva perdita di diritti e forza nei rapporti di lavoro per i lavoratori dipendenti. Precarietà, subappalti, ritmi e condizioni sociale e del lavoro rappresentano il contesto generale che mette in pericolo, mediante ricatti e forzature, la salute e la sicurezza di lavoratrici e lavoratori.

Sarà fondamentale far vivere la necessità di un reale cambiamento dei rapporti di forza anche nel presidio, organizzato dall'Associazione in memoria di Mattia, presso il piazzale del Tribunale di Treviso in occasione della prima udienza del processo. Dovremo esserci in tante e tanti, il 26 gennaio alle 9 a Treviso, consapevoli che la rivendicazione di giustizia per Mattia e per i morti sul lavoro sarà efficace se potrà contare su un'ampia partecipazione di lavoratrici e lavoratori, cittadine e cittadini.

Gabriele Zanella

Treviso 5/1/2023

Quando il lavoro uccide?

Le silenziose malattie professionali

Quando si parla di morti sul lavoro l'attenzione si concentra, o meglio, viene artatamente concentrata dai mezzi di informazione mainstream (*sulla stampa dei padroni, si sarebbe detto un tempo*), sulla mortalità causata da infortuni. In particolare, se ne parla quando ci sono le periodiche “stragi” sul lavoro. Infortuni sul lavoro “di gruppo”, potremmo definirli. Pochi conoscono i dati reali sulle cosiddette “morti bianche”: causate da infortuni sul lavoro, ma anche da malattie occupazionali e, tra queste, i tumori (*circa il 60% del totale*). Pochi sanno che, a fronte di circa settecento morti per infortuni sul lavoro (*al netto delle morti “in itinere”*) si stimano, molto probabilmente per difetto, circa settemila-ottomila morti per tumori occupazionali all'anno. Un altro fatto di cui essere consapevoli è la differenza tra infortunio e malattia professionale.

L'infortunio è un fatto violento, immediato. Provoca uno (o più) cadaveri immediatamente visibili. La causa di morte è evidente, lampante. Un tumore occupazionale mortale provoca anch'esso un cadavere. Ma è il risultato di esposizioni a cancerogeni che risale, mediamente, a trenta – quaranta anni prima della diagnosi. La causa di morte molto più complessa da individuare e chiarire. Usando una metafora: la diagnosi di tumore occupazionale è la luce di una stella: la vediamo oggi, ma la sua origine è avvenuta molti anni prima e si perde nelle nebbie del tempo. Quando si parla di esposizioni a cancerogeni occupazionali il pensiero corre all'amianto: anche i non addetti “al lavoro” sanno che l'amianto è cancerogeno per la pleura (e, aggiungo, per il polmone). Molti non sanno, però, che la I.A.R.C. (*Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro*) di Lione, nella sua qualità di organo tecnico della O.M.S (*Organizzazione Mondiale per la Salute*) ha individuato ben altri 120 agenti certamente cancerogeni per l'uomo (classe 1) e 82 agenti probabilmente cancerogeni per l'uomo (classe 2 A), molti dei quali presenti in ambienti di lavoro.

Fatte le premesse torniamo al titolo. Quando il lavoro uccide? Certamente i tumori occupazionali sono la

prima causa di morte “da lavoro”. Ma... c'è una “stranezza”: il fatto, cioè, che solo meno del dieci per cento di questi tumori viene individuato e notificato a INAIL e Procura della Repubblica. ***Siamo di fronte ad una clamorosa sottotifica.*** Di fronte al cadavere di un morto sul lavoro lo Stato si comporta in modi differenti a seconda che la causa di morte sia un infortunio (causa violenta, immediata, individuabile) ovvero una malattia tumorale occupazionale (causa remota nel tempo e di complessa analisi). Il risultato di un infortunio mortale è evidente e non c'è bisogno di cercarlo. Il risultato di un tumore occupazionale mortale è lo stesso, ma il cosiddetto nesso di causa è molto meno immediato, a meno che le cause non vengano cercate attivamente da medici del lavoro esperti. Ma questo avviene molto raramente.

Si può affermare, pertanto, che non esista tanto un tumore occupazionale, quanto un malato di tumore

occupazionale. Non esiste nessuna differenza “istologica” (visibile al microscopio) tra un tumore del polmone causato da esposizioni a cancerogeni occupazionali, e lo stesso tipo di tumore del polmone causato da esposizione a cancerogeni non occupazionali. Per il fatto che un tumore è un tumore: la differenza la fa la risposta alla domanda: “***Che lavoro ha fatto?***”. ***Conclusioni:*** nove-diecimila mila morti all'anno per tumore occupazionale si configurano, sicuramente,

come un grave problema di salute per gli italiani. Individuare le cause dei tumori occupazionali è fondamentale per la prevenzione; per evitare, cioè, future esposizioni rischiose e cancerogene in ambiente di lavoro. Ma pongono anche un enorme problema di giustizia penale e civile per le vittime di questa strage silenziosa: lavoratori e lavoratrici che si ammalano e muoiono per pregresse esposizioni cancerogene sul lavoro. Tra i tumori meno notificati spiccano quelli che vengono tecnicamente definiti “*a bassa frazione attribuibile (a esposizione a cancerogeni occupazionali)*”. Per fare chiarezza sia sulle cause sia sui numeri di questa sottotifica la Commissione Salute e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell'Ordine dei medici di Torino ha curato la stesura di un apposito documento scientifico e divulgativo di cui pubblichiamo il testo. Buona lettura.

Dott. **Riccardo Falcetta**

Medico del Lavoro

Segue testo del documento pag. 30



Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile

A cura della Commissione Salute e Sicurezza Ambienti di lavoro e di vita.
Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Torino

Ci sembra importante chiarire alcune definizioni che aiutano a meglio comprendere l'argomento del presente dossier.

● DEFINIZIONI

Tumori occupazionali: Chiariamo subito che non esiste nessuna differenza istologica tra un tumore causato dalle esposizioni occupazionali e lo stesso tipo di tumore non causato da esposizioni occupazionali. La differenza, naturalmente, la fa una domanda: **“Che tipo di lavoro ha svolto il malato di tumore?”**.

Un buono specialista fa, essenzialmente, due cose: pone una diagnosi di patologia neoplastica e, quando ci riesce, propone una terapia utile a guarire o, quantomeno, a rallentare il progresso di tale patologia.

Infrequentemente si pone la domanda: “Che tipo di lavoro ha svolto il malato di tumore?”.

Bisogna sottolineare che lo specialista non si pone la domanda di cui sopra non per negligenza, o per imperizia, quanto per nescienza, cioè per il fatto che non è stato formato a chiedersi quale possa essere l'ambiente di lavoro o di vita che ha modulato l'espressione genica di quel soggetto favorendo l'espressione di quel certo fenotipo che poi ha sviluppato la malattia.

Pertanto, è corretto affermare **che esiste non tanto un tumore occupazionale, quanto un malato di tumore causato (o concausato) da esposizioni a noxae patogene occupazionali**, che è questione diversa da un punto di vista sia preventivo sia medico legale occupazionale.

Dal punto di vista preventivo primario, cioè di prevenzione delle possibili cause, è evidente che studiare le cause ambientali (lavoro, alimentazione, aria, acqua etc.) che determinano l'insorgenza di tumori è importante per prendere le misure necessarie a ridurre e/o abbattere il rischio, inteso come probabilità, che tali cause portino agli effetti (cioè alla malattia tumorale).

Dal punto di vista medico legale occupazionale è altrettanto evidente che la conoscenza di queste cause ambientali favorisce il riconoscimento, e quindi l'indennizzo (INAIL) ed il risarcimento, in sede civile, del danno (effetto) instauratosi a seguito delle esposizioni stesse.

Questo ragionamento, per diventare concreto, richiede un lavoro interdisciplinare ed interprofessionale (medico del lavoro, epidemiologo occupazionale, medico legale,



oncologo, avvocato), e rimane l'unica strada percorribile per una corretta ed effettiva applicazione del Diritto alla salute, previsto sia dalla Costituzione sia da normative specifiche.

L'epidemiologia ci conferma che i tumori, come causa di morte, occupano un posto rilevante, ma, contrariamente a quanto si possa pensare, la causa non sta solo nel fatto che l'età media della popolazione ha avuto, negli ultimi quarant'anni, un incremento di 13 anni.

Ad esempio, una delle cause cui si può imputare un aumento delle diagnosi di tumore, in particolare nella fascia di popolazione appartenente alla classe operaia manifatturiera, cioè alla popolazione maggiormente esposta a fattori di rischio in ambiente di fabbrica, sta nel fatto che negli ultimi vent'anni si è dimezzata la mortalità per infarto acuto del miocardio, agevolata da importanti progressi nella cardiologia interventistica.

● **I tumori occupazionali “a bassa frazione attribuibile”**: anche questo concetto deve essere spiegato e chiarito al lettore. Quando si parla di tumori occupazionali l'attenzione punta subito al **classico tumore che trova la sua causa nell'esposizione ad amianto: il mesotelioma della pleura**. Il mesotelioma è attribuibile ad esposizione occupazionale ad amianto nel 90% dei casi. **Per questo motivo si dice che il mesotelioma è un tumore occupazionale “ad alta frazione attribuibile (ad esposizione lavorativa ad amianto – N.d.R.)**. Lo stesso dicasi per altri tipi di tumore (rari e, in quanto tali, ignoti al grande pubblico): ad esempio gli adenocarcinomi del naso e dei seni paranasali e l'esposizione a polveri di legno e cuoio, oppure l'angiosarcoma epatico e l'esposizione a cloruro di vinile monomero. Anche nel caso degli ultimi due esempi di tumore fare diagnosi significa, in una percentuale di casi molto elevata (oltre il 70 % dei casi) fare una diagnosi di tumore causato da esposizioni lavorative. Diversa la situazione per altri tipi di tumore che, diversamente dagli esempi soprannominati, hanno una origine occupazionale in una percentuale di casi bassa o molto bassa (tra l'1% ed il 20 % della casistica).

Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile

CONTINUA DA PAG. 30

Si dice, per questo tipo di tumori (polmone, vescica e apparato genitourinario, leucemie e apparato linfoemopoietico, apparato digerente – stomaco, colon, fegato, pancreas) che si tratta di tumori occupazionali “a bassa frazione attribuibile (ad esposizione a fattori di rischio occupazionali).

● Il fenomeno della sottonotifica: per i tumori occupazionali “ad alta frazione attribuibile” (ad esposizione a fattori di rischio occupazionale) esiste una rete di Registri Tumori, anche se non ancora attivati in tutte le regioni italiane, che intervistano i casi sulla loro storia lavorativa e valutano il nesso causale con la pregressa esposizione a cancerogeni occupazionali. Pertanto, si può affermare che la notifica risulti abbastanza capillare ed estesa sul territorio nazionale, **deve essere chiaro che per i tumori di possibile/probabile origine occupazionale “a bassa frazione attribuibile” questo avviene raramente.** Si vedano i dati prodotti nelle tabelle epidemiologiche in apposito capitolo.

2. INTRODUZIONE

● La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale in data 12.09.2014 del Decreto Ministeriale del 10.06.2014 avente per titolo: **“Aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche e integrazioni”** ha portato la Commissione Salute e Sicurezza in ambiente di lavoro dell'OMCeO di Torino a promuovere negli ultimi anni una serie di seminari di approfondimento sulla tematica specifica. In particolare due edizioni (07 Novembre 2014 e 22 maggio 2015) del seminario **“I tumori occupazionali: vecchie conoscenze e nuove acquisizioni; Aspetti diagnostici, epidemiologici e medico legali occupazionali”** e un Ciclo di seminari (mesi di Maggio Giugno 2018) intitolati: **“ I tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile: Aspetti epidemiologici, clinici, medico legali occupazionali e giuridici”**; nello specifico:

● **18.maggio 2018:** “La qualità della CTU in tema di malattie professionali”

● **25 maggio 2018:** “I tumori dell'apparato urinario e le esposizioni occupazionali”

● **01 giugno 2018:** “Oncoematologia e esposizioni occupazionali”

● **08 giugno 2018:** “I tumori del polmone (tranne il mesotelioma) e le esposizioni occupazionali”

Da questi seminari, che hanno consentito un approfondimento dei dati epidemiologici sia sulla



materia generale dei tumori occupazionali sia su alcune delle tipologie di tumori più frequenti, tra quelli cosiddetti “a bassa frazione attribuibile”, è scaturita l'esigenza di redigere questo dossier sulla tematica in oggetto, in modo da diffondere le conoscenze recenti su questo argomento di sicuro interesse per la sanità pubblica e per la difesa dei diritti dei lavoratori.

● A questo si aggiunga che nella recente “legge di bilancio”, Commi da 526 a 533 (Trasferimenti Inail/Ssn) (vedi testo integrale allegato) si stabilisce che l'Inail, dal 1 gennaio 2019, dovrà trasferire annualmente al fondo sanitario nazionale 25 milioni da ripartire tra le Regioni, per la compilazione e trasmissione per via telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie del Ssn, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale. Per gli anni successivi al 2019, questo importo viene maggiorato del tasso di inflazione programmato dal governo. Una parte di questi trasferimenti di Inail, determinata con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, andrà ad **implementare per il personale dipendente del Ssn, direttamente i fondi di ciascuna azienda o ente per la contrattazione decentrata integrativa**, mentre un'altra parte, sempre determinata con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, **sarà invece vincolata al fondo destinato ai rinnovi contrattuali della medicina convenzionata, incrementando la quota capitaria riconosciuta per assistito al medico di medicina generale.**

● L'attivazione di un sistema di rilevazione di neoplasie a bassa frazione eziologica è uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione, che è stato incluso anche tra gli obiettivi del Piano di Prevenzione della Regione Piemonte.

Pertanto gli operatori coinvolti sono i medici dipendenti del SSN ed i medici di medicina generale

● In ultimo deve essere segnalata la recente (20.04.2019) entrata in vigore della **Legge 22 marzo 2019, n. 29 “Istituzione e disciplina della Rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione.” (19G00036)** (GU n.81 del 5-4-2019)

CONTINUA A PAG. 32

Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile

CONTINUA DA PAG. 31

Il dato epidemiologico italiano e piemontese

I tumori professionali

I tumori maligni sono una patologia relativamente frequente nella popolazione generale, per la quale le stime più recenti indicano per l'Italia nel 2014 un'incidenza standardizzata per età di 607 per 100.000 tra gli uomini e di 513 per 100.000 tra le donne (Airtum 2018, tassi), con un numero di nuovi casi stimati per il 2018 in Italia pari a 194.800 tra gli uomini e a 178.500 tra le donne, esclusi i carcinomi cutanei. Queste patologie costituiscono un'importante causa di morte, rappresentando quasi un terzo di tutti i decessi che si verificano nella popolazione, con un numero di decessi dovuti a tumori maligni nel 2015 di 99.050 tra gli uomini e di 79.182 tra le donne.

Le principali cause di tumori sono state identificate nell'esposizione a stili di vita dannosi per la salute (fumo di tabacco, dieta povera di frutta e vegetali e ricca di grassi insaturi, inattività fisica, obesità, abuso di bevande alcoliche) e fattori ambientali, sia di tipo occupazionale che non-occupazionale (Tabella 1).

Secondo gli studi più recenti, ai fattori occupazionali sarebbe attribuibile circa il 4-5% dei tumori maligni, con forti differenze tra generi e tra sedi tumorali. Tra gli uomini la frazione di tutti i tumori attribuibili all'esposizione lavorativa ad agenti cancerogeni è stata stimata da vari studi in proporzioni che andavano da un minimo del 3% ad un massimo del 14% tra gli uomini, e da un minimo dello 0% ad un massimo del 2% tra le donne (Boffetta et al., 2010; Driscoll et al., 2005; Fritschi & Driscoll, 2006; Nurminen and Karjalainen, 2001; Purdue et al., 2015; Rushton et al., 2010). Proporzioni più conservative sono state comunque osservate in un recente studio francese, in cui è stato stimato che il 3.9% dei tumori maligni tra gli uomini e lo 0.4% tra le donne erano causate dall'esposizione a cancerogeni sul lavoro (Marant Micallef et al., 2019).

TABELLA 1. Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio ambientali e comportamentali (Airtum, 2018) > A PAGINA 35

I tumori maligni che sono stati associati più consistentemente all'occupazione sono il mesotelioma pleurico, dovuto all'esposizione a fibre di amianto, che ha una frazione attribuibile all'esposizione occupazionale ad amianto di oltre l'80% negli uomini e di circa il 50% nelle donne, e i carcinomi del naso e dei seni paranasali, dovuti all'esposizione a polveri di legno o cuoio e a composti del nichel, la cui frazione attribuibile all'occupazione è stata stimata in quasi il 50% tra gli uomini e in circa il 20% tra le donne



(Rushton et al., 2010). Oltre a questi tumori, è da citare l'angiosarcoma epatico, tumore raro, ma la cui origine sarebbe dovuta esclusivamente all'esposizione a cloruro di vinile monomero (Mundt et al., 2017).

Oltre a questi tumori occupazionali, definiti ad alta frazione attribuibile all'occupazione, quelli che presentano le più alte proporzioni dovute a cause lavorative sono i tumori del polmone e quelli della vescica.

In Italia, i tumori maligni del polmone sono la sede tumorale con i più alti tassi di mortalità tra gli uomini e sono al secondo posto per incidenza dopo i tumori della prostata, mentre tra le donne sono al terzo posto per incidenza, dopo i tumori maligni della mammella e del colon-retto, e al secondo posto per mortalità dopo i tumori della mammella. L'Airtum ha stimato un numero di nuovi casi di tumore del polmone in Italia nel 2018 pari a 27.900 tra gli uomini e 13.600 tra le donne, con 24.305 decessi per questa causa tra gli uomini e 9.531 tra le donne osservati nel 2015 (Airtum, 2018). Per il Piemonte, il numero di nuovi casi sarebbe di 2.200 tra gli uomini e di 1.250 tra le donne, con un numero di decessi nel 2015 pari a 2.051 decessi tra gli uomini e a 767 tra le donne.

Per quanto riguarda i tumori maligni della vescica, anch'essi sono tra i tumori più frequenti tra gli uomini, situandosi al quarto posto per incidenza, mentre sono al quinto posto per la mortalità (dopo polmone, colon-retto, stomaco e pancreas). Al contrario, tra le donne sia l'incidenza che la mortalità per tumori della vescica sono inferiori a quelle di molte altre sedi tumorali (mammella, polmone, colon-retto, tiroide, stomaco, pancreas, utero, ovaio, linfoma non-Hodgkin). Il numero di nuovi casi di tumori della vescica stimati per il 2018 in Italia era di 21.500 tra gli uomini e 5.600 tra le donne, con 4.429 e 1.212 decessi, rispettivamente. In Piemonte, il numero dei nuovi casi attesi all'anno era di 1.850 tra gli uomini e di 450 tra le donne, con 551 decessi tra gli uomini e 205 tra le donne nel 2015. Gli agenti cancerogeni lavorativi per i quali vi è una sufficiente evidenza che causino il cancro del polmone,

CONTINUA A PAG. 33

Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile

CONTINUA DA PAG. 32

secondo l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC, 2012), insieme al loro gruppo chimico di appartenenza e al loro utilizzo occupazionale, sono riportati in Tabella 2, mentre sono riportate in Tabella 3 le occupazioni/lavorazioni con evidenza causale certa per il tumore del polmone.

Tabella 2. Agenti con evidenza certa per associazione causale con i tumori del polmone > A PAGINA 35

Tabella 3. Occupazioni /lavorazioni con associazione causale certa con i tumori del polmone > A PAGINA 35

Per i tumori del polmone, le stime degli studi più recenti indicano frazioni attribuibili dovute all'occupazione di circa il 20% negli uomini e 2.5-5% nelle donne (De Matteis et al., 2012; Marant Micallef et al., 2019; Rushton et al., 2010). I tumori maligni della vescica presentano frazioni attribuibili all'occupazione più basse, con valori di circa il 3-7% tra gli uomini e il 1-14% inferiori all'1% tra le donne (d'Avanzo et al., 1995; Kogevinas et al., 2003; Marant Micallef et al., 2019; Rushton et al., 2010; Labreche et al., 2016).

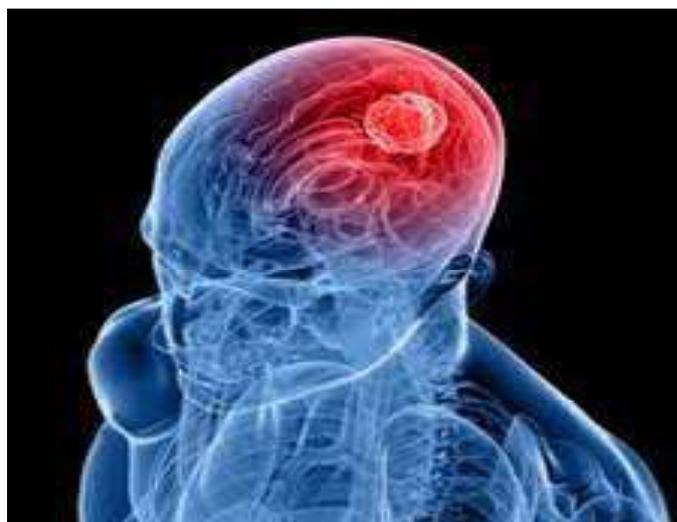
Assumendo una frazione di tumori del polmone attribuibili a cause occupazionali del 20% tra gli uomini e del 5% tra le donne, si stima che circa 5.600 nuovi casi all'anno di tumore del polmone tra gli uomini e 680 tra le donne sarebbero dovuti all'esposizione ad agenti cancerogeni sul lavoro, che avrebbero comportato circa 4.850 decessi a carico degli uomini e 480 a carico delle donne. I casi attesi in Piemonte dovuti ad esposizioni occupazionali sarebbero 440 tra gli uomini e 62 tra le donne all'anno, con un numero di decessi pari a 410 tra gli uomini e 38 tra le donne.

Riguardo ai tumori maligni della vescica, i principali agenti cancerogeni sono costituiti da amine aromatiche impiegate nella produzione e nell'utilizzo di pigmenti e coloranti, come antiossidanti nell'industria della gomma, come indurenti nell'industria della plastica, oltre che da idrocarburi policiclici aromatici generati nei processi di combustione. In Tabella 4 sono presentati gli agenti chimici e in Tabella 5 le occupazioni/lavorazioni per i quali secondo la IARC vi è un'evidenza certa di associazione causale con i tumori della vescica (IARC, 2012).

Tabella 4. Agenti con evidenza certa per associazione causale con i tumori della vescica > A PAGINA 35

Tabella 5. Occupazioni /lavorazioni con associazione causale certa con i tumori della vescica > A PAGINA 35

Per i tumori maligni della vescica, assumendo che il 5% tra gli uomini e lo 0.5% tra le donne siano dovuti all'occupazione, circa 1.050 nuovi casi all'anno tra gli uomini e circa 30 tra le donne sarebbero dovuti a cause occupazionali, con circa 220 decessi tra gli uomini e 6



tra le donne per questa causa. Il numero di casi attesi in Piemonte dovuti all'occupazione sarebbe di 92 tra gli uomini e di 2 tra le donne all'anno, con 19 decessi attesi per cancro della vescica tra gli uomini e 0.5 tra le donne.

Oltre queste sedi tumorali, tumori maligni a carico di altri organi e apparati sono stati trovati associati abbastanza consistentemente con l'esposizione ad agenti chimici e fisici sul lavoro, tra cui soprattutto le leucemie e linfomi non-Hodgkin. In Tabella 6 sono presentati gli agenti ritenuti dalla IARC sicuramente associati in modo causale con l'occorrenza di leucemie e linfomi; oltre a questi, anche la pregressa occupazione nell'industria della gomma e nella produzione e riparazione di calzature sono considerate dalla IARC cause certe di leucemie (IARC, 2012).

Tabella 6. Agenti con evidenza certa per associazione causale con leucemie o linfomi > A PAGINA 35

Tuttavia, la minore incidenza di leucemie e linfomi, rispetto ai tumori del polmone e della vescica, insieme alla molto minore frazione attribuibile a cause occupazionali, stimabile probabilmente in circa l'1% sia per le leucemie che per i linfomi in entrambi i generi, porta ad una previsione di casi dovuti all'occupazione piuttosto piccoli: infatti, su 8.900 nuovi di casi di leucemia all'anno, circa 90 sarebbero di origine occupazionale; similmente, sui 13.700 nuovi casi annuali di linfoma non-Hodgkin circa 140 sarebbero causati dal lavoro.

Tabella 7. Tumori professionali del polmone e della vescica attesi per anno. Italia e Piemonte > A PAGINA 35

Difficoltà nell'identificazione dei tumori di origine professionale

Eccetto che per i pochi tumori sopra citati (angiosarcoma epatico, mesotelioma pleurico, adenocarcinoma del naso e dei seni paranasali), che sono praticamente specifici di esposizioni professionali ad agenti cancerogeni, essendo essi molto rari nella popolazione generale, gli altri tumori maligni sono

CONTINUA A PAG. 34

Dossier sui tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile

CONTINUA DA PAG. 33

delle patologie a origine multifattoriale e quelli professionali non sono distinguibili da quelli non professionali sulla base di criteri clinici o di test biologici.

Inoltre, la maggior parte dei tumori ha un lungo periodo di latenza tra esposizione e loro insorgenza (20-30 anni per i tumori solidi), che rende difficile identificare l'occupazione responsabile dell'esposizione a cancerogeni, valutare con quali sostanze il lavoratore sia venuto a contatto e quale fosse la frequenza e l'intensità dell'esposizione ai possibili agenti responsabili della patologia.

Mentre i tumori ad alta frazione attribuibile all'occupazione, cioè mesoteliomi della pleura e carcinomi naso-sinusali, sono raccolti e intervistati sulla loro storia lavorativa dai Centri Operativi Regionali che hanno il compito di identificare quelli di origine professionale, ai sensi del D.Lgs. 81/2008, i tumori a più bassa frazione dovuta al lavoro raramente sono sottoposti ad intervista nei reparti in cui sono diagnosticati e trattati, né viene frequentemente richiesta una consulenza di medicina del lavoro in casi sospettati di essere professionali, **con la conseguenza di una forte sottotifica di queste patologie agli organi di vigilanza e all'INAIL.**

L'entità della sottotifica dei tumori occupazionali è desumibile da una ricerca condotta in Piemonte, in cui, **a fronte di 381 nuovi casi attesi di tumore del polmone** di origine professionale nel 2013, stimati sulla base dell'incidenza regionale di questi tumori e della loro frazione attribuibile all'occupazione stimata da Rushton et al. (2010), **il numero di casi riconosciuti dall'INAIL era di soli 21**, mentre per i tumori della vescica solo 26 casi erano stati riconosciuti come professionali su 148 attesi. Sulla base di questi risultati, si stima che vengano identificati e soggetti a segnalazione, almeno in Piemonte, circa il 5-10% dei tumori del polmone e il 10-15% dei tumori della vescica.

Si evidenzia, comunque, che nel sistema di ricerca attiva dei tumori naso-sinusali potrebbero essere inclusi con una minima aggiunta di risorse anche i carcinomi nasofaringei, essendo questi tumori diagnosticati e trattati negli stessi reparti dove vengono ricercati i primi. I carcinomi nasofaringei sono infatti tumori maligni con incidenza relativamente bassa, ma per i quali diversi studi hanno stimato una frazione attribuibile ad esposizioni occupazionali piuttosto elevata, di circa il 10-20% negli uomini e 2.5-5% nelle donne (Rushton et al., 2010; Marant Micallef et al., 2019), in particolare formaldeide e polveri di legno (IARC, 2012).



Bibliografia

- Airtum. I numeri del cancro in Italia 2018. I dati regionali. Brescia, Intermedia, 2018.
- Boffetta P, Autier P, Boniol M, et al. An estimate of cancers attributable to occupational exposures in France. *J Occup Environ Med.* 2010;52(4):399-406.
- D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Decarli A, Benichou J. Attributable risks for bladder cancer in northern Italy. *Ann Epidemiol.* 1995;5(6):427-31.
- De Matteis S, Consonni D, Lubin JH, et al. Impact of occupational carcinogens on lung cancer risk in a general population. *Int J Epidemiol.* 2012;41(3):711-21.
- Driscoll T, Nelson DI, Steenland K, et al. The global burden of disease due to occupational carcinogens. *Am J Ind Med.* 2005;48(6):419-31.
- Fritschi L, Driscoll T. Cancer due to occupation in Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2006;30(3):213-9.
- International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs, Volume 100. Lyon, IARC, 2012.
- Kogevinas M, 't Mannetje A, Cordier S, et al. Occupation and bladder cancer among men in Western Europe. *Cancer Causes Control.* 2003;14(10):907-14.
- Labrèche F, Duguay P, Boucher A, Arcand R. But other than mesothelioma? An estimate of the proportion of work-related cancers in Quebec. *Curr Oncol.* 2016;23(2):e144-9.
- Marant Micallef C, Shield KD, Vignat J, et al. Cancers in France in 2015 attributable to occupational exposures. *Int J Hyg Environ Health.* 2019;222(1):22-29.
- Mundt KA, Dell LD, Crawford L, Gallagher AE. Quantitative estimated exposure to vinyl chloride and risk of angiosarcoma of the liver and hepatocellular cancer in the US industry-wide vinyl chloride cohort: mortality update through 2013. *Occup Environ Med.* 2017;74(10):709-716.
- Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health.* 2001;27(3):161-213.
- Purdue MP, Hutchings SJ, Rushton L, Silverman DT. The proportion of cancer attributable to occupational exposures. *Ann Epidemiol.* 2015;25(3):188-92.
- Rushton L, Bagga S, Bevan R, et al. Occupation and cancer in Britain. *Br J Cancer.* 2010;102(9):1428-37.

Dossier tumori occupazionali

Tabella 1

TABELLA 1. Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio ambientali e comportamentali (Airtum, 2018)

Fattore di rischio **Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio**
(Prima colonna riferita agli Stati Uniti *, secondo al Regno Unito **)

Tabacco	33	19
Dieta	5	19
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

*American Association for Cancer Research, 2013.

** Parkin DM. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in UK in 2010. Br J Cancer, 2011

Tabella 2

Tabella 2. Agenti con evidenza certa per associazione causale con i tumori del polmone

Sostanza chimica	Gruppo chimico	Utilizzo occupazionale
Arsenico	metalli	Produzione del vetro, produzione di pesticidi e di altre sostanze chimiche, estrazione e raffinazione dei metalli, utilizzo di insetticidi arsenicali, lavorazione pelli e tessuti
Nichel	metalli	Estrazione e raffinazione del nichel, produzione di leghe, acciaio inox e batterie, lavorazioni galvaniche, produzione e uso di vernici, saldatura inox
Berillio	metalli	Estrazione e lavorazione del berillio, produzione di apparecchiature elettriche, componenti elettronici, materiali aerospaziali, laboratori dentali, leghe speciali
Cadmio	metalli	Raffinazione del cadmio, produzione leghe, batterie, pigmenti, pannelli solari, plastiche, lega per saldatura
Cromo esavalente	metalli	Produzione e uso di pigmenti e vernici a base di cromati, lavorazioni galvaniche, saldatura, fonderie di leghe speciali
Bis-clorometil-etero, Clorometil-metil-etero a bassa purezza	Idrocarburi alifatici alogenati	Produzione di plastiche e sostanze chimiche, laboratori, produzione vetro e apparecchi elettrici, resine a scambio ionico, spirali anti-zanzare (in passato)
Forni di saldatura	Miscela di sostanze	Operazioni di saldatura (arco, filo continuo, puntatura elettrica)
Pecce di catrame di carbone	IPA, composti fenolici e azotati	Produzione di prodotti catramosi e di carbone fossile, gasificazione del carbone, lavori di impermeabilizzazione in edilizia
Emissioni diesel	Idrocarburi policiclici aromatici, composti organici volatili, nitroareni	Trasporti su gomma e ferroviari, manutenzione meccanica, estrazione di minerali, operazioni dei vigili del fuoco
Silice cristallina	Polveri minerali	Estrazione e lavorazione di minerali, fonderie, industrie della ceramica, del cemento e del vetro, edilizia, sabbiatura dei metalli.
Fuliggine	Idrocarburi policiclici aromatici, carbone inorganico	Spazzacamini, fonditori. Produzione di carbon fossile e mattoni, combustione sost. Organiche
Iprite	Idrocarburi alogenati solforati	Produzione di gas mostarda per scopi bellici
Amianto	fibre minerali	Estrazione, lavorazione e trasporto di amianto, cantieri navali, edilizia, produzione e uso di prodotti contenenti amianto
Benzo(a)pirene	Idrocarburi policiclici aromatici	Spazzacamini, fonditori, esposti a traffico Combustione sostanze organiche
Radiazioni X- e Gamma, particelle α	Radiazioni ionizzanti	Industria nucleare, sanità Reattori nucleari, diagnostica e terapia

Tabella 3

Tabella 3. Occupazioni/lavorazioni con associazione causale certa con i tumori del polmone

Occupazioni/lavorazioni	Agente sospetto
Produzione della grafite con il processo Acheson	Idrocarburi policiclici aromatici
Gasificazione del carbone	Idrocarburi policiclici aromatici
Produzione di carbon fossile	Idrocarburi policiclici aromatici
Industria della gomma	Idrocarburi policiclici aromatici, nitrosamine, amine aromatiche, talco contaminato da amianto
Fonderie di ferro e acciaio	Idrocarburi policiclici aromatici
Produzione dell'alluminio	Idrocarburi policiclici aromatici
Occupazione di verniciatore	Benzene, pigmenti (cromati? amine aromatiche?), diclorometano
Estrazione dell'ematite (con esposizione a Radon)	Radon

Tabella 4

Tabella 4. Agenti con evidenza certa per associazione causale con i tumori della vescica

Sostanza chimica	Gruppo chimico	Occupazioni/settori esposti	Utilizzo occupazionale
2 naftilamina	Amine aromatiche	Industria dei coloranti	Produzione coloranti
Benidina e derivati	Amine aromatiche	Industria dei coloranti, prod. gomma	Produzione coloranti, antiossidante
4-aminobifenile	Amine aromatiche	Industria dei coloranti, prod. gomma, parucchiari	Produzione coloranti, antiossidante, tinture
MOCA	Amine aromatiche	Industria chimica	Agente indurente nella produzione poliuretani
Orto-toluidina	Amine aromatiche	Industria chimica, tessile, pelle, carta	Produzione coloranti, pigmenti insolubili e reagenti
Direct black 38, direct blue 6, direct brown 95	Composti azoici (met. a benidina)	Industria dei coloranti	Produzione coloranti
Benzo(a)pirene	Idrocarburi policiclici aromatici	Spazzacamini, fonditori, esposti a traffico	Combustione sostanze organiche
Radiazioni X- e Gamma	Radiazioni ionizzanti	Industria nucleare, sanità	Reattori nucleari, diagnostica e terapia

Tabella 5

Tabella 5. Occupazioni/lavorazioni con associazione causale certa con i tumori della vescica

Occupazioni/lavorazioni	Agente sospetto
Produzione dell'alluminio	Idrocarburi policiclici aromatici
Produzione dell'auramina	Amine aromatiche
Produzione di magenta	Amine aromatiche (CI Basic Red 9)
Occupazione di verniciatore	Amine aromatiche (pigmenti)
Industria della gomma	Amine aromatiche (antiossidanti)

Tabella 6

Tabella 6. Agenti con evidenza certa per associazione causale con leucemie o linfomi

Agente chimico/fisico	Occupazioni/ settori esposti	Patologia	Utilizzo occupazionale
benzene	Metalmecanica, pelletteria, industria petrolchimica,	Leucemia mieloide acuta	Elemento di base per sintesi chimiche, solvente in colle e vernici (contaminante), benzina
1,3-butadiene	Industria chimica	Leucemie e linfomi (CLL, CML, NHL)	Produzione gomma sintetica e altre resine, produzione fungicidi
formaldeide	Industria chimica, sanità, produzione legno e mobili	Leucemia mieloide	Produzione di resine, adesivo nell'industria del legno, disinfettante
radiazioni ionizzanti	Industria nucleare, sanità, metallurgia	Leucemia mieloide acuta	Reattori nucleari, diagnostica e terapia
lindano (gamma-esaclorocicloesano)	Industria chimica, agricoltura	Linfoma non-Hodgkin	Produzione e applicazione pesticidi
pentaclorofenolo	Industria chimica, agricoltura, industria del legno	Linfoma non-Hodgkin	Produzione e applicazione insetticidi, sintesi di fungicidi, conservazione del legno

Tabella 7

Tabella 7. Tumori professionali del polmone e della vescica attesi per anno. Italia e Piemonte

	Nuovi casi/anno	Decessi/anno	Nuovi casi/anno	Decessi/anno
	Italia	Italia	Piemonte	Piemonte
UOMINI				
Tumori del polmone	5600	4850	440	410
Tumori della vescica	1050	220	92	19
DONNE				
Tumori del polmone	680	480	62	38
Tumori della vescica	30	6	2	0.5

Il rapporto tra istruzione e lavoro nell'Italia del governo Meloni

La lettera di Valditara

Recentemente ha fatto molto scalpore la lettera di fine anno inviata dal ministro dell'istruzione e del merito Valditara ai genitori in cui invitava ad iscrivere i figli agli istituti tecnici. Si tratta dell'ennesimo tentativo di subordinare l'istruzione al mercato, con l'obiettivo di scoraggiare i più poveri dall'iscrizione all'università.

Per poter comprendere il significato politico di una simile posizione occorre tornare ad un classico delle analisi marxiste della scuola.

Samuel Bowles e Herbert Gintis scrivono il libro "L'istruzione nel capitalismo maturo", pubblicato in Italia nel 1979, che ha come oggetto di studio il sistema scolastico americano e il suo rapporto con il sistema produttivo capitalista. Facendo riferimento a una metodologia quantitativa, gli autori cercano di analizzare la corrispondenza tra rapporti sociali di produzione e rapporti sociali di educazione. Il sistema educativo americano sarebbe in linea con la divisione sociale del lavoro del modo di produzione capitalista. In questo senso, il processo di scolarizzazione sarebbe simmetricamente legato al sistema produttivo, essendo quindi incaricato di produrre diversi tratti di personalità, attraverso le sue istituzioni (le scuole), per alimentare i diversi gradi gerarchici che compongono la società industriale.

Per gli autori, l'oggetto della riproduzione sono le disuguaglianze nella sfera economica, più precisamente delle posizioni all'interno della produzione. In questo modo vengono riprodotte le disuguaglianze gerarchiche che caratterizzano il modo di produzione capitalista. Questa riproduzione posizionale e gerarchica avviene in diverse istituzioni sociali, privilegiando la scuola e la famiglia. Alcune caratteristiche attitudinali e ideologiche verrebbero riprodotte a seconda dei vari livelli gerarchici all'interno della produzione. Nel sistema educativo, questa gerarchia contribuirebbe alla riproduzione degli atteggiamenti necessari al sistema produttivo. Per questa impresa, il sistema scolastico mette a disposizione modelli di socializzazione differenziati a seconda della classe sociale dello studente. Così, Bowles e Gintis seguono da vicino la critica intrapresa da Marx alle dicotomie prodotte dal modo di produzione capitalistico, poiché la scuola, lungi dal livellare le disuguaglianze, serve a riprodurle.

Il principio di corrispondenza evidenzia la riproduzione della gerarchia sociale del sistema produttivo capitalista attraverso il processo educativo. Questa isomorfia tra istruzione e produzione potrebbe essere osservata nella gerarchia scolastica e nel tipo di personalità formata da essa. In altre parole, Bowles e Gintis deducono



che la struttura scolastica prepara diversi tipi di personalità, prendendo come punto di partenza la gerarchia scolastica. Più lo studente è in grado di scalare questa gerarchia, più la sua personalità sarà autonoma e critica:

“Il sistema di istruzione contribuisce ad integrare i giovani nel sistema economico attraverso una corrispondenza strutturale tra i suoi rapporti sociali e quelli della produzione. La struttura dei rapporti sociali a scuola non solo abitua lo studente alla disciplina del posto di lavoro, ma sviluppa quelle forme di comportamento personale, quei modi di presentarsi, quell'immagine di sé che costituiscono gli ingredienti fondamentali richiesti perché i singoli siano considerati adatti al lavoro. In particolare, i rapporti sociali nella scuola – i rapporti esistenti tra amministratori e docenti, tra docenti e studenti, tra gli stessi studenti e tra gli studenti e il loro lavoro – riproducono la divisione gerarchica del lavoro.” (S. Bowles e H. Gintis, *L'istruzione nel capitalismo maturo*, pag.121-122)

In effetti, la scuola sarebbe incaricata di formare le élite al potere e la forza lavoro che sarà allocata nel sistema produttivo. La vecchia dicotomia tra lavoro intellettuale e manuale, fortemente criticata da Marx in poi, ritorna nel lavoro di Bowles e Gintis attraverso la connessione tra sistema scolastico e sistema produttivo. L'efficacia di questo processo raccontato dai due economisti americani è garantita in ultima analisi dal discorso meritocratico, parte essenziale dello spirito individualista delle società urbano-industriali. Questa sarebbe, in termini generali, la tesi principale difesa da Bowles e Gintis.

Nonostante le critiche che si possono muovere al loro lavoro, in particolare sulla possibilità di sviluppare forme di resistenza dentro il sistema educativo, gli studi di Bowles e Gintis permettono di demistificare alcune posizioni teoriche presenti anche nelle proposte politiche del ministro Valditara.

Ricordiamo che la componente 3 della missione 1 del PNRR finanzia con 8 miliardi di euro il cosiddetto

Il rapporto tra istruzione e lavoro nell'Italia del governo Meloni

CONTINUA DA PAG. 36

turismo 4.0. Si tratta del comparto produttivo privato maggiormente finanziato dal PNRR.

Contemporaneamente, anche a causa della guerra in Ucraina, peggiora sempre di più il passivo della nostra bilancia commerciale. Oltre alle importazioni energetiche pesano le importazioni dei beni intermedi e a medio/alto contenuto tecnologico. I beni intermedi sono beni di investimento. Solamente la produzione di macchine utensili rimane come settore ad alto contenuto tecnologico in cui l'Italia ha ancora voce in capitolo. Ma ormai la tendenza è chiara, siamo dipendenti dall'importazione di macchine, beni d'investimento e prodotti ad alto contenuto tecnologico e quindi da una dinamica tecnologica che viene definita

fuori dal nostro paese. Di conseguenza anche la scuola e l'università devono trasformarsi in base a questa tendenza dello sviluppo economico del nostro paese. Ovvero un'economia basata su operai specializzati e periti tecnici per le industrie del Nord e il resto del paese impiegato nell'economia dei servizi e di cura. Settori, appunto, come il turismo contraddistinti da una scarsa dinamica produttiva, in cui non sono richieste molte competenze e molta formazione e in cui è difficile prevedere investimenti tecnologici.

Ecco perché l'Italia è penultima nell'UE per numero di laureati fra i 25 e i 34 anni (28,3%, dati Eurostat 2021), ma è allo stesso tempo penultima per tasso di occupazione dei laureati fino a 34 anni (75,1%). La nostra economia fatica a produrre lavoro di qualità per i nostri laureati mentre crescono a dismisura i servizi poveri, fatto che spiega anche il crollo dei salari italiani negli ultimi trent'anni.

Francesco Barbetta

Tecnico farmaceutico

Salari più bassi, contratti meno equi. Ecco i dati del lavoro in Italia

Da l'ultimo dossier del Forum Disuguaglianze e Diversità l'incidenza dei bassi salari sul totale dei lavoratori italiani è aumentata da 25.9 punti percentuali nel 1990 a 32.2 punti percentuali nel 2017. La povertà lavorativa è maggiore tra donne, giovani, residenti al Sud e lavoratori part-time.

Non basta lavorare per essere al riparo dalla povertà. L'Italia, infatti, è l'unico dei paesi Ocse in cui c'è stata una riduzione del salario medio tra il 1990 e il 2020 (circa 3 punti percentuali) e nello stesso periodo sono aumentate anche le disuguaglianze salariali: nel periodo tra il 1990 ed il 2017 l'indice di Gini del reddito da lavoro è passato da 36.6 punti nel 1990 al valore di 44.7 nel 2017. Il fenomeno dei bassi salari, e della povertà lavorativa più in generale, è un grande tema per il nostro paese ed è l'oggetto del Report del Forum Disuguaglianze e Diversità I lavoratori e le lavoratrici a rischio di bassi salari in Italia, da cui emerge che nel periodo 1990-2017 la soglia relativa alla retribuzione bassa in Italia è diminuita (circa l'8% in meno) raggiungendo i 10,919 euro annui a partire da 11,673 euro annui, e al tempo stesso l'incidenza dei bassi salari è aumentata da 25.9 punti percentuali nel 1990 a 32.2 punti percentuali nel 2017 sul totale dei lavoratori italiani.

Se si guarda ai soli lavoratori dipendenti privati, il

Report inoltre mostra come la percentuale di lavoratori e lavoratrici che riceve bassi salari annuali oscilla tra il 26,8% e il 30% (a seconda che si consideri,

rispettivamente, chi lavora più di 3 mesi l'anno o tutti coloro che hanno versato dei contributi nel corso del 2018). L'incidenza dei bassi salari è maggiore tra le donne, i giovani nella fascia 16-34 anni e i residenti al Sud e tra quanti hanno un contratto di lavoro part-time. Questo dato risulta significativo se si considera che in Italia ad essere impiegate nel part-time sono prevalentemente le donne e che la maggior parte del part-time

(secondo i dati Ocse più del 60%) è involontario. Il Report mostra che l'aumento dei lavoratori e delle lavoratrici a basso salario dipende da due fattori: il salario orario e il tempo di lavoro. Per quanto riguarda il primo fattore, ha sicuramente inciso il cambiamento nella struttura occupazionale avvenuto negli ultimi trent'anni – con la crescita di settori low-skilled, come quello dei servizi a famiglie e turistici, nei quali la retribuzione non è sufficiente per uscire dalla spirale della povertà – e l'aumento dei contratti collettivi nazionali che coincide anche con una crescente tendenza al mancato rispetto dei minimi tabellari da essi fissati. Per quanto riguarda il secondo, hanno inciso le numerose riforme di deregolamentazione contrattuale, che hanno permesso la moltiplicazione delle tipologie di contratti atipici e spesso precari, e la forte diffusione del part-time.

SCARICA IL REPORT SU

bit.ly/ForumDD_RapportoLavoroPovero



Solitudini esistenziali e nuove truffe

Problemi da risolvere

“Disease” è il termine inglese che traduce l’italiano “patologia”, in realtà rende più letteralmente il significato di “disagio”. Le sofferenze che provoca una situazione di disagio ricoprono uno spettro ben più vasto di quelle derivanti da una situazione di malattia, perché il disagio può essere provocato, oltre che da condizioni di emarginazione sociale ed economica, anche da particolari situazioni esistenziali. Di cui magari nessuno si accorge e a cui nessuno fa caso, finché ne non vengono fuori lo spessore e le conseguenze.

Per esempio, il disagio da solitudine, anche solo avvertito come insignificanza del sé. E spesso questo disagio viene almeno un po’ alleviato, realmente o illusoriamente, da una “piazza” di comunicazioni virtuali, attraverso i social.

Purtroppo, nella nostra società di arraffatori senza scrupoli, c’è subito chi ha subodorato l’affare: questa vasta platea di donne o anche di uomini soli, ormai di età più o meno avanzata e sul crinale del declino fisico nonché psicologico può costituire una ottima riserva di caccia. Anche perché si tratta in genere di gente o pensionata o con qualche risparmio o conto in banca

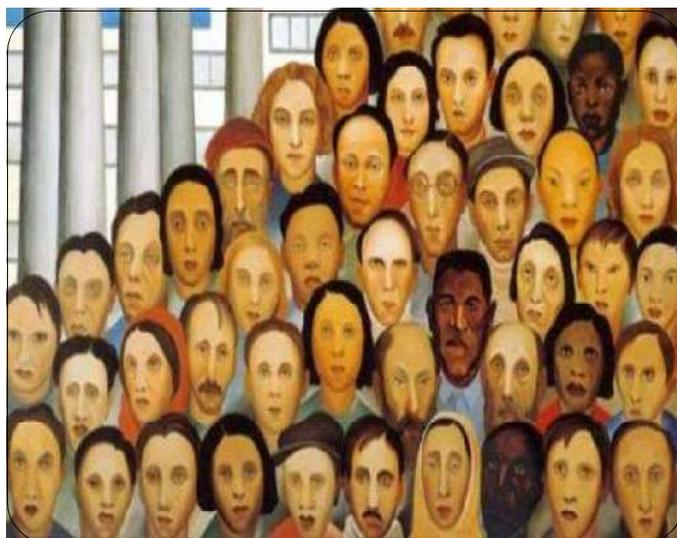
anche ben rifornito. Che però non basta ad alleviare la solitudine per l’assenza di un o una partner affettivi (per i motivi i più disparati, s’intende!), per la lontananza o affettiva o anche geografica di eventuali figli e figlie che un mercato del lavoro sempre più “globalizzato” ha rispinto in altri Paesi, distanti anni luce, o anche semplicemente perché si è single.

E allora, perché non approfittarne? È nato da un po’ di anni lo squallido fenomeno delle cosiddette “truffe affettive”, reso ancora più attraente dalle possibilità di mascheramento della propria identità offerte dal cyberspazio e quindi da una, almeno supposta, impunità.

Devo ammettere che io stessa ho potuto direttamente sperimentare la dinamica di questi sporchi raggiri, essendo stata contattata da galantuomini di tale specie, senza tuttavia mai diventarne la vittima, non perché sia più brava a difendermi rispetto ad altre persone, ma semplicemente perché avevo gli “anticorpi” giusti che mi hanno aiutata a fronteggiarli e poi anche a “mandarli a stendere”.

Mi sono molto serviti però come “casi di studio” e, quando si è presentata l’occasione, ho condiviso la mia esperienza e le mie personali deduzioni con un gruppo di Torino che aveva come obiettivo proprio quello di mettere in guardia e di tutelare le persone (in maggioranza donne, ma anche uomini) dalle “truffe affettive”. Questo gruppo si chiama “Acta” (Azione Contro Truffe Affettive e Lotta contro Cybercrime), costituitosi poi in Associazione operante in Torino. E ben presto, del problema che sta avendo davvero una diffusione incredibile, si sono occupate anche trasmissioni televisive come “Chi l’ha visto”?

Il giochetto truffaldino è presto spiegato, anche per come io stessa l’ho sperimentato. Ti arriva una richiesta di amicizia da parte (se sei donna) di un uomo di età matura, ma belloccio e “piacione”, col sorriso a 32 denti, straniero ma di un Paese “di prestigio” (di solito USA, ma anche Regno Unito, Francia, Israele ecc.), il più delle volte con divisa



militare e stelletta (hai visto mai il fascino della divisa!), immancabilmente vedovo o almeno separato ma inequivocabilmente “single”, con bimbi o animaletti al seguito (fanno tanta tenerezza!), impegnato in una “missione” importante. Costui comincia a bombardarti di messaggi in inglese. Devo ammetterlo, ho risposto a due o tre di costoro, anche per mettere alla prova il mio inglese stentato, quindi so bene come procedono. Dopo essersi gentilmente informati sulla tua situazione familiare, ci tengono a farti sapere che tu sei “una donna molto interessante”, che potresti essere “la donna della loro vita”, che non hanno mai incontrato “una donna come te” e altre piacevolezze del genere. Poi tengono a notificarti che loro sono impegnati in una “difficile missione” il più delle volte in Siria, qualche volta in Afghanistan.

Veramente con me cascavano sempre male, perché venivano subito informati di due cose che gli spezzavano il giochino e li spiazzavano: intanto io ero “happily married” e poi senz’altro “pacifist”, quindi odiavo le divise e tutto ciò che sapeva di militare. Pertanto, non gli restava che girarla sull’umanitario: erano lì per difendere i civili!

Successivamente arrivava il “clou” della conversazione: facendo leva sui miei sentimenti “religiosi” (are you christian?) o almeno “umanitari”, inventavano il caso pietoso (la figlia malata di leucemia o loro stessi in una pesante situazione di salute), per cui cominciavano a chiedere soldi. A quel punto con me il discorso era chiuso. Successivamente ho avuto altre richieste di amicizia da tipi simili ma non ho più dato risposta: ormai ne sapevo abbastanza. Solo, ho notato che i perfidi avevano cambiato look, pur usando sempre lo stesso cliché di autopresentazione: non apparivano più come “militari”, ma come “chirurghi in Paesi di guerra”.

Per me il discorso sarebbe finito qui se non fosse che, come poi ho saputo da un’amica, molte donne e anche uomini erano rimasti vittime di questo gioco sporco e molte e molti ci avevano anche perso dei bei quattrini.

Per questo ho partecipato a una riunione dell’Associazione ACTA, che nel frattempo era nata proprio per contrastare questo squallido fenomeno, e lì mi sono resa conto che la questione era seria! E lo era non solo per i soldi persi ma anche perché per alcune (e alcuni) si era creata una situazione di “dipendenza” psicologica né più né meno che se si fosse trattato di una droga. Una donna del gruppo ha ammesso

CONTINUA A PAG. 39

Solitudini esistenziali e nuove truffe

CONTINUA DA PAG. 38

“sì, capisco che è una truffa, ma io senza di lui non riesco a vivere. Mi riempie le giornate!”.

Abbiamo capito che, per contribuire a contrastare il fenomeno, bisogna lavorare su diversi fronti.

- Intanto, la prevenzione. Fare conoscere il fenomeno e le sue dinamiche attraverso più canali possibili. Pertanto, io ho messo a disposizione dell'Associazione un mio documento in cui - con riferimento alla mia esperienza personale - ho ricostruito l'identikit del “personaggio”, analizzato tutte le sue procedure di “comunicazione seduttiva” e infine suggerito dei comportamenti per comprenderne le finalità truffaldine. Poca cosa, ma è quanto ho potuto fare.

- Naturalmente, la denuncia. Ma anche qui nascono una serie di problemi che dimostrano come si tratta di un fenomeno rispetto al quale la giurisprudenza stessa ha dei “vuoti” normativi cui fare riferimento per una adeguata sanzione penale nei confronti dei responsabili. Intanto, definirne l'identità. Non è così facile perché, se per esempio la truffa avviene attraverso Face Book, si tratta di profili rubati, che appartengono a persone del tutto ignare. Inoltre, di solito il messaggio viene inviato da “intermediari” (perlopiù africani) utilizzati da “mandanti” criminali ai quali poi sono devoluti i profitti. E non è escluso che il tutto sia manovrato da organizzazioni mafiose. Ma poi si pone un altro problema.

Nel caso in cui (attraverso raccolte documentarie, testimonianze, intercettazioni telefoniche ecc.) si arrivi a definire l'identità del colpevole e si istruisca regolare processo che giunge a sentenza, come dovrebbe essere configurato il reato ascritto? Perché qui nasce il problema se considerare la vittima una persona in grado di attuare la necessaria difesa razionale contro tali tipi di raggiri oppure considerarla come una persona “incapace di intendere e di volere”. Finora la Magistratura (come, ad esempio, è accaduto per un processo che si è svolto a Catania su un caso di truffa affettiva) può fare riferimento a un concetto di “fragilità” psicologica che però non descrive con precisione l'entità del danno ricevuto. In breve, se la persona fosse in grado di difendersi razionalmente, è chiaro che il reato ascritto e quindi anche la pena sarebbe di più lieve entità. Se invece si configurasse come “circonvenzione d'incapace”, la sanzione per il colpevole sarebbe ben più pesante, però ne verrebbe anche screditata la capacità della vittima stessa di usare in modo soddisfacente le sue facoltà mentali. Il tribunale di Catania ha irrogato il massimo della pena, cioè cinque anni di reclusione per il responsabile della truffa, ma ricorrendo alla fattispecie di reato contro vittima che non è stata in grado di riconoscere l'inganno perpetrato contro di lei.



In un articolo pubblicato il 12-2-'21 su “Altalex” a firma dell'avvocato Dario Primo Triolo, si legge a proposito della sentenza del Tribunale catanese:

Chiaramente al giudice non è sfuggita l'ingenuità della vittima, ed infatti richiama, a sostegno della sua sentenza, quella nutrita giurisprudenza della Suprema Corte che precisa come sia irrilevante ai fini del reato di truffa e quindi della idoneità degli artifici o raggiri, la mancanza di diligenza della vittima nel verificare quanto gli viene raccontato o esposto. Ed infatti, secondo la giurisprudenza l'artificio o raggirò è tale se è idoneo a trarre in errore, anche se la vittima “vuole” cadere in errore, nel senso che preferisce non “farsi” domande e credere a quella situazione.

E prosegue: **Ne consegue quindi che in astratto atti inidonei potrebbero costituire delitto consumato se la vittima cede alla condotta, mentre se resiste a questa potrebbero risultare semplicemente inidonei. La medesima condotta, quindi, potrebbe avere risvolti totalmente differenti (reato sì/reato no) esclusivamente in base all'attenzione e alla diligenza della vittima.**

Ne trae quindi le sue considerazioni: **Poi però, al momento di dover estendere il termine “deficienza psichica” a casi di mera debolezza o fragilità, ha difficoltà, probabilmente per l'evidente connotazione negativa dello stesso...Così si è creato un vuoto di tutela proprio per quei soggetti**

maggiormente bisognosi di tutela ma che non possono essere considerati “malati”, “infermi” o con “problemi psichici”. Del resto, ormai, anche la scienza medica conosce meglio gli innumerevoli risvolti della mente umana e sa bene quanto fragile possa risultare.

L'avvocato, autore dell'articolo, così conclude: **La tutela di tali soggetti, sempre più avvertita e sentita dovrebbe però rinvenirsi, nel rispetto del principio di legalità, in una legge ad hoc, e non tramite interpretazioni forzate o abrogans da parte della giurisprudenza. La “palla”,**

quindi, dovrebbe passare nuovamente al legislatore che in alcuni casi ha mostrato particolare attenzione a tali situazioni, ma ad oggi non avverte tale necessità forse proprio perché non percepisce il vuoto di tutela così tranquillamente colmato dalla giurisprudenza.

D'altronde, anche la stessa legge dell'Associazione Acta mi ha confermato in una mia idea e cioè che la giurisprudenza non abbia ancora acquisito sufficienti strumenti per contrastare, in modo efficace, la specificità dei reati che avvengono attraverso il cyberspazio. E non si tratta solo di truffe affettive.

Pensiamo a quante malversazioni, a quanti imbrogli truffaldini vengono tentati con l'invio di messaggi per posta elettronica, SMS oppure chiamate dirette al cellulare, con l'intenzione di carpire dati personali o d'indurre il destinatario ad anticipare somme più o meno rilevanti con la promessa di facili e lauti guadagni! Ma sia che si tratti di

CONTINUA A PAG. 40

Solitudini esistenziali e nuove truffe

CONTINUA DA PAG. 39

phishing (richiesta di dati riservati attraverso mail), **vishing** (attraverso il telefono) o **smishing** (tramite SMS), tali comportamenti fanno leva sulla possibile credulità delle persone coinvolte, sui loro bisogni economici o sui loro desideri di più facili guadagni. Con buona pace, tra l'altro, delle norme sul rispetto della privacy: chi li autorizza a utilizzare abusivamente indirizzi di posta elettronica o numeri privati di cellulare? E tutto questo è legale? Se lo fosse, a mio avviso ciò costituirebbe una grave violazione dei diritti del cittadino. Se non lo fosse, anche qui si apre un vuoto sia nella normativa, sia nell'azione procedurale della giurisprudenza per ostacolare o sanzionare tali abusi.

Del resto, come si evince dal testo: **“COMUNICAZIONE CONGIUNTA AL PARLAMENTO EUROPEO E AL CONSIGLIO. La strategia dell'UE in materia di cibersicurezza per il decennio digitale”** circa i due quinti

degli utenti UE avrebbero sperimentato problemi riguardanti la sicurezza, mentre negli ultimi tre anni un terzo degli utenti avrebbe ricevuto e-mail o telefonate fraudolente in cui si richiedevano dati personali. Quindi, siamo su un terreno in cui sia la legislazione nazionale, sia quella europea, per quanto si siano occupate del problema, non ne hanno ancora trovato una soluzione convincente ed efficace. C'è da chiedersi perché.

Un altro campo in cui dover intervenire, sempre riguardo alle truffe affettive, è proprio quello del “disagio esistenziale”, cui si faceva cenno. Se i truffatori trovano campo così facile e fertile per i loro imbrogli, non è perché le donne (o gli uomini) di una certa età, anche acculturati, abbiano d'improvviso dismesso la capacità di ragionare oppure uno strano virus serpeggia tra gli ultracinquantenni e ne insidia le facoltà mentali. Anzi, molti di loro sanno molto bene maneggiare le nuove tecnologie. I social di per sé non sono diabolici e, a saperli usare con criterio, possono offrire molte buone occasioni di nuove conoscenze anche stimolanti, che condividono o allargano gli orizzonti culturali di persone che hanno magari davanti a sé molto tempo libero.

Purtroppo però possono esservi altre insidie nella vita di ciascuno: come già detto, solitudini affettive, fallimenti relazionali, regressione di capacità fisiche, situazioni insomma che provocano uno stato emotivo di vuoto e di scontento. Peralto, i mascalzoni truffatori sono ben manovrati da chi la sa lunga. I profili vengono studiati con attenzione per cogliere le debolezze e le propensioni di ciascuno. Ho addirittura sentito dire che gli “intermediari” seguono dei veri e propri “corsi di formazione” su come abbindolare le loro vittime e renderle “fedeli”.

Non è che le persone “che stanno al gioco” diventino ad un tratto stupide. Se io non ci sono cascata non è perché sono più furba di altre donne, ma semplicemente perché non vivo, per mia fortuna, la stessa situazione di vuoto e di insoddisfazione. Ma non per tutte/tutti è così: nel grigiore di una giornata tutta uguale e senza prospettive ecco che si apre uno spiraglio di luce: una voce affettuosa che, seppure in un inglese approssimativo (altro segnale che i “manovratori” sono cooptati essi stessi dai filibustieri), ti fa sentire importante, desiderabile, unica. Questo riempie un vuoto e dà un senso diverso alle ore vuote che passano. L'attesa di “quella” voce, di “quel” messaggio si fa stringente, pressante. E vi sono canaglie che sanno bene (perché ben istruite) come manipolare questo bisogno. Spesso, quando arriva la consapevolezza della truffa e quindi la delusione, è troppo tardi! In quanto consapevoli del raggio, molte vittime denunciano, ma nello stesso tempo perdono una ragione d'essere e ricadono nella precedente, mortificante routine.

Ma c'è un risvolto ancora più drammatico. Alcune di queste persone, vittime dei raggiri, una volta che si sono rese conto della truffa si sono sentite anche terribilmente ferite nella loro autostima perché hanno avuto di sé la percezione di essere stupidamente ingenui e creduloni. Non solo, ma a volte hanno dovuto subire le critiche, se non addirittura il sarcasmo, dei loro amici, parenti o conoscenti che in qualche modo ne sono venuti a conoscenza. E c'è stato anche qualche caso di suicidio.

Pertanto, le vittime hanno bisogno di un sostegno psicologico, che faccia loro recuperare la fiducia in se stesse. Anche di questo si occupa l'Acta Cybercrime, oltre che di

fornire loro assistenza legale. E' stata fatta anche richiesta che le ASL prendano in carico il problema come un problema di salute e che forniscano esse, stabilmente, il sostegno psicologico di cui queste persone necessitano.

Però è anche molto importante la rete di relazioni amicali che si riesce a creare, una volta che queste persone abbiano in qualche modo superato la fase della frustrazione, del senso di colpa, dello scoraggiamento. E organizzare, possibilmente, luoghi e occasioni per nuove esperienze relazionali ed attività, fondate sulla valorizzazione delle competenze, in qualsiasi campo: manuale, culinario, artistico, di scrittura. Per fare recuperare a queste “vittime” il senso del loro valore, della loro dignità e della loro autostima. Perché anche questo è ritrovare la salute e il senso del vivere.



Rita Clemente

Scrittrice
Collaboratrice redazionale
di Lavoro e Salute



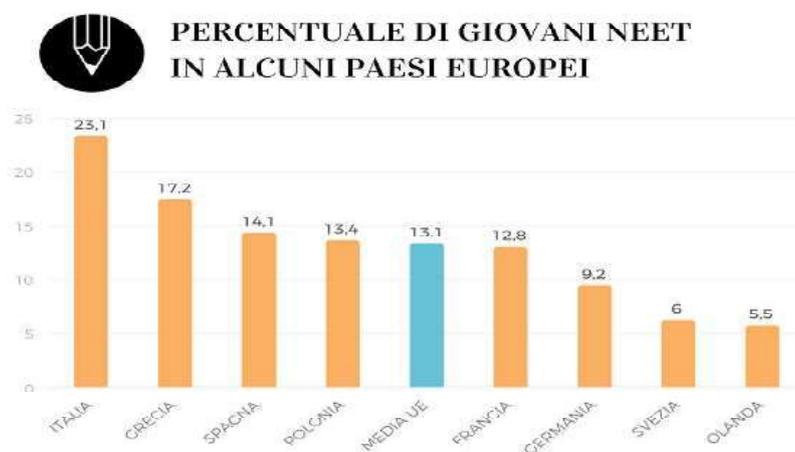
GIOVANI NEET

Chi sono e quanti sono in Italia

Chi sono i giovani NEET?

I NEET sono giovani che non studiano, non hanno un lavoro e non sono impegnati in percorsi formativi.

Intanto, una precisazione. Cosa intendiamo per giovani? Eurostat, la nostra principale fonte di dati, ci consente di scegliere tra diverse fasce di età. Scegliamo quella dai 15 ai 29 anni. Ci sembra la più adeguata per leggere il fenomeno, comprendendo sia i giovani in fascia scolare che quelli potenzialmente già in fascia lavorativa. Come siamo messi quindi rispetto al resto d'Europa?



Già, siamo il paese europeo con la più alta percentuale di giovani NEET. Quasi un italiano/a su quattro tra i 15 e i 29 anni non lavora, né studia, né si sta formando. Questo potrebbe in linea di massima anche significare che un sacco di giovani italiani sono in giro per il mondo a godersi la vita. Oppure che sono depressi e chiusi in casa senza neanche più la spinta a studiare o cercare lavoro. O ancora che stanno lottando per trovare una via d'uscita dall'universo NEET senza trovarla. È il limite dei numeri, quello di non raccontarci le storie.

Nel resto d'Europa il fenomeno è molto più contenuto. Anche nei paesi mediterranei, che di solito se la giocano con l'Italia, i giovani NEET sono molto meno che nel nostro paese: il 17,2% in Grecia, il 14,1% in Spagna, il 9,5% in Portogallo.

Come è evoluto invece il fenomeno nel tempo? Rispetto al 2020, i dati sono in calo praticamente ovunque, ritornando simili a quelli pre-pandemia del 2019.

Se prendiamo gli ultimi 10 anni (2012-2021) il trend è più variegato. Molti paesi hanno visto drasticamente diminuire la loro percentuale di giovani NEET.

L'Italia ha perso 0,7 punti, quindi più o meno il dato

sui NEET è simile a quello di dieci anni fa. Addirittura è in aumento rispetto a 20 anni fa: sì, in Italia la percentuale di NEET è più alta nel 2021 che nel 2002, mentre in tutti gli altri paesi europei – con la sola esclusione di Cipro, Austria e Danimarca – questo dato è in calo.

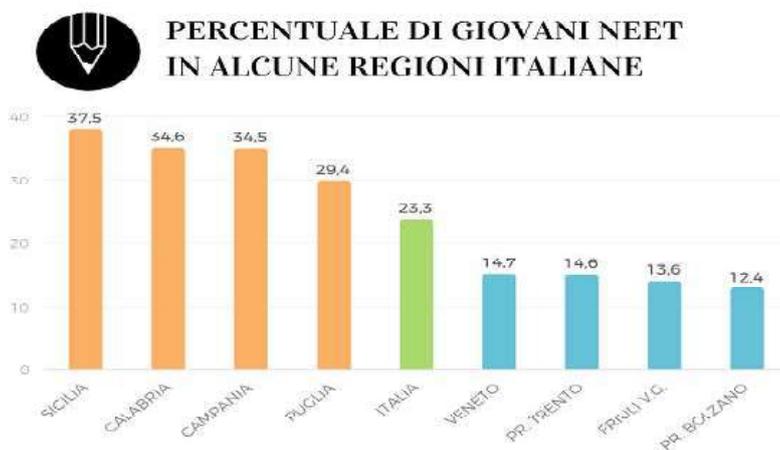
Giovani NEET in Italia: numeri e caratteristiche

In termini assoluti, come anticipato, i giovani NEET in Italia sono circa 2.000.000. Vi è una leggera prevalenza femminile (52,6%), ma guardando il trend notiamo che rispetto a 10 anni fa il numero di giovani NEET femmine è in netto calo (-200.000 unità), mentre i maschi in condizione di NEET sono calati solo di 40.000 unità. È in corso quindi un deciso riequilibrio di genere.

Quanto alla distribuzione territoriale dei giovani NEET in Italia, i dati fanno riferimento al 2020. Sono le regioni del sud a presentare i dati più alti. Sicilia, Calabria e Campania superano abbondantemente la quota del 30% di NEET, seguite da Puglia, Molise, Basilicata, Sardegna, Lazio e Abruzzo con una quota tra il 20 e il 30%.

Le regioni con le percentuali più basse sono quelle del nord est, che hanno dati in linea o solo leggermente superiori alla media europea, seguite dalle altre regioni del centro-nord con percentuali tra il 15 e il 20%.

Mentre prima della pandemia i dati erano in



calo ovunque, nel 2020 la quota di giovani NEET è in aumento in molte regioni, ad eccezione dell'Abruzzo, che ha fatto segnare un calo di 2 punti, e di regioni dove è rimasto stabile come Friuli Venezia Giulia, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. L'impatto della pandemia sulla quota di giovani NEET si è fatto sentire soprattutto nelle regioni del nord e del centro, dove le percentuali sono aumentate di 3 punti.

Fabio Colombo

Sociologo

Stralci da www.lenius.it/giovani-need

Giorgio Bona ha appena pubblicato per l'Editrice Arkadia il suo nuovo romanzo: *La lacrima della giovane comunista*. Ne abbiamo approfittato per porgli alcune domande in merito a questa sua ultima fatica.

Intervista a cura di Alberto Deambrogio

A. D. I tuoi ultimi due romanzi avevano un impianto storico sociale. In *La lacrima della Giovane comunista* hai deciso di darti al canone del noir. Puoi dirci cosa ti ha spinto a questo cambiamento di registro nella tua narrazione?

G. B. Tutto ebbe inizio quando lessi Mosca sulla vodka di Venedikt Erofeev, l'autore russo cui il libro è dedicato, pubblicato a metà degli anni 70 dall'editore Feltrinelli. Non si avevano notizie sulla vita di questo straordinario scrittore che sembrava inghiottito nel nulla. Qualche anno dopo, era il 1981, a Mosca, cercai sue notizie e qualche traccia della sua opera. Erano gli ultimi anni del socialismo reale e c'era ancora Breznev capo del governo. Chiesi informazioni a un caro amico giornalista che disse di non conoscerlo. Il sospetto che non fosse sincero mi balenò nella mente così a lungo da non farmi desistere. Fu un buon viatico. Tutto cominciò da lì. Un romanzo che ha preso corpo nella mente ed è rimasto in cassaforte per molto tempo. L'io narrante di questa storia nella figura di uno slavista appassionato, un professore universitario, parte improvvisamente per Mosca e si mette sulle tracce di Erofeev nel periodo appena successivo alla caduta del muro, in una città e in una realtà dove sono ancora evidenti gli strascichi degli anni precedenti. E il viaggio avviene in treno perché il treno ha un significato profondo nella cultura russa, perché non rappresenta soltanto uno spostamento, ma è un luogo dove accadono molte cose: si incontrano le persone più stravaganti, si dialoga, si raccontano i sogni, ci si scambia informazioni, si condivide il cibo e, perché no, anche una bevuta e una bella sbronza. I viaggiatori tra loro non si conoscono e questo agevola le confidenze. Nessun mezzo di trasporto è così pieno di significati come il treno. Si possono raccontare anche i risvolti più intimi della propria vita. Scrittori come Tolstoj e Dostoevskij lo vedono come una metafora della società e ha un ruolo ponderante nella letteratura russa. Anche il romanzo poema Mosca-Petuski di Venedikt Erofeev è un viaggio in treno che annulla spazio e tempo, sospeso nella disgressione delle stazioni attraversate tra sbronze esilaranti, stati di abbandono e di angoscia, colpi improvvisi di genio e di felicità, con trovate sorprendenti e meditazioni poetiche. Il treno è parte della vita di Erofeev. Per un periodo lunghissimo è stato un letto dove dormire, un rifugio per passare la notte, ma anche un simbolo tragico della sua esistenza. Anche il viaggio del protagonista del mio romanzo inizia su un treno e si chiude con un treno. Forse ho scritto, senza pormi



il problema, un romanzo tipicamente russo. Qualcuno me lo ha fatto notare e devo dire che per me è motivo di orgoglio e lo considero un complimento.

A. D. Il tuo rapporto con la letteratura russa e anche con alcuni luoghi in cui l'azione si svolge non sono certo d'occasione. Puoi parlarci un poco di questo retroterra fertile con cui, forse, stavi meditando da un poco un ricongiungimento creativo?

G. B. La passione per la letteratura russa risale ai primi anni del mio percorso universitario tanto che mi iscrissi a un corso di lingua russa soprattutto con l'intenzione di affrontare la lettura dei grandi poeti come Osip Mandelstam, Marina Cvetaeva, Velemir Chebnikov, Anna Achmatova e Sergej Esenin in lingua originale. I poeti vanno letti nella loro lingua. Come diceva Dostoevskij in "Diario di uno scrittore" *c'è sempre qualcosa di intrasportabile da una lingua ad un'altra che non si riesce a far rendere nei suoi aspetti e significati più profondi*. Si riferiva a una traduzione di Gogol in francese che non poteva trasmettere quel senso di sottile ilarità e comicità profonda che rendeva soltanto nella lingua originale. Ecco allora che la lingua

La lacrima della giovane comunista

Intervista all'autore **Giorgio Bona**

CONTINUA DA PAG. 42



diventa un fiume sotterraneo, che viaggia sottopelle, come i versi di quei poeti amati. Nel 1981 a Mosca comprai l'opera completa di Sergej Esenin e Marina Cvetaeva, poeti, si racconta, che avevano gli abiti lacerati come la loro anima. Ma la loro opera si trovava, circolava. Chi ha detto che la Russia non amava i suoi poeti? Quante volte mi tornava in mente L'uomo nero di Sergej Esenin e ripetevo quei versi nella loro lingua perché erano di una bellezza e di uno slancio primordiale. Proprio Venedikt Erofeev sosteneva che *un paese che non ha radici letterarie è un paese alla deriva, dormiente, come un ubriaco abbandonato sul ciglio di un marciapiede*. C'era già qualcosa che mi portava verso il suo grande approccio alla letteratura. In una intervista un suo compagno di bevute diceva: *ci svegliavamo la mattina e litigavamo per decidere che dovesse andare a prendere da bere. Per riuscire a decidere abbiamo cominciato una competizione letteraria che consisteva nel recitare i propri poeti preferiti senza fare errori. Recitavamo continuamente e quando uno di noi incespitava o commetteva un errore, allora doveva andare allo spaccio a comprare da bere*. Per così dire, senza pretesa di fare accostamenti impropri e dire bestemmie, anche io ebbi questa folgorazione come Erofeev quando si avvicinò, dopo l'espulsione dall'università per aver scritto una satira contro la segretaria del Kom'somol (la gioventù comunista), con una passione travolgente rivolta ai poeti proibiti del regime come Osip Mandelstam e Marina Cvetaeva.

A. D. Al centro del romanzo c'è la figura mitica e fantasmatica di Venedikt Erofeev, uno scrittore di culto anche se non famosissimo da noi. In realtà la bella traduzione di Mosca-Petuski, fatta qualche tempo fa da Paolo Nori, aveva destato molto interesse. Perché hai deciso di ambientare la tua storia nel problematico passaggio d'epoca tra la fine del collettivismo burocratico e la "Russia in vendita" del nuovo corso eltsiniano?

G. B. Erofeev è l'opposto dello scrittore che mira a programmare e organizzare una carriera, intento a conservare con scrupolo e attenzione ogni passo della propria scrittura. La rovinosa catastrofe di Erofeev che perde i suoi manoscritti in preda a deliranti crisi etiliche diventò leggenda. Era una sua abitudine smarrire i manoscritti, venderli per pochi rubli o in cambio di una bottiglia e disinteressarsene. Mosca-Petuski fu venduto per pochi rubli a un collezionista di samizdat e soltanto per caso un amico ne intuì il valore e lo fece trascrivere in una notte prima di restituirlo all'autore. Per decenni Erofeev, pur essendo una persona in carne ed ossa e pur scrivendo testi reali, era come se non fosse mai esistito. La sua figura

non si materializza in questa storia ma diventa mito, leggenda. Naturalmente dopo la sua morte. Anche il protagonista del romanzo obbedisce come Erofeev agli slanci della coscienza con energia, rasentando inconsapevolmente il baratro di un incubo, camminando su una corda ad occhi chiusi sopra un precipizio. È il viaggio di un eretico che rimanda al suo alterego il mistero, la poesia e il bisogno di una rivolta. Un uomo in bilico che nella sua lucidità e nella sua follia ritrova equilibrio dentro una disperazione assoluta. Prima che uscisse in Unione Sovietica, molti editori si adoperarono per la sua traduzione. Francese, italiano, spagnolo, versioni ceche, polacche, la sua opera entrò in moltissime librerie europee e d'oltre oceano. Se alla fine di questa storia sono riuscito a lasciare nella memoria del lettore una scia di grande complicità, di trascinarlo dentro questo viaggio così come Erofeev ha trascinato me, se ci fosse un effetto di ritorno raggiungendo i lettori che mi hanno trovato sarebbe bello che mi comunicassero quanto io mi aspetto, ecco, potrei dire: missione compiuta. La felicità sarebbe totale perché la prima grande gioia mi toccava nel momento della stesura di questo romanzo e cresceva man mano che procedevo. Non avrei voluto mai scrivere la parola fine perché dentro ci stavo bene, perché appena ne uscivo sentivo di aver lasciato qualcosa, spento una luce per tornare a camminare nella penombra.

A. D. *La lacrima della giovane comunista è sicuramente un romanzo ad alto tasso alcolico. Non si tratta del semplice recupero della ricetta segreta del micidiale cocktail di Erofeev per designare il titolo del lavoro, ma di continui riferimenti, ruminazioni, ossessioni dominati dall'uso via via più intenso della sostanza alcolica, sino al climax drammatico delle ultime pagine. In fondo il lettore è avvertito sin dall'esergo in cui richiami il rapporto col bicchiere di Valerio Evangelisti a sorvegliare l'intera vicenda. Come hai affrontato il rapporto con questo topos letterario, questa eterna occasione per lenire e rendere lucida la mente?*

G. B. Come riconosce il regista polacco Pawlikowski, autore di un documentario di 42 minuti, un prodotto artistico straordinario e incredibile che percorre le tracce di Venedikt Erofeev nella capitale russa nel periodo successivo alla caduta del muro, mostrando il risvolto tragico degli anni precedenti, riconosce nell'autore russo il figlio di un paese destalinizzato dove l'intellettuale è bloccato tra il rigore del regime e il peso insostenibile del passato letterario. Questa empassa trova una via d'uscita nell'alcol perché alzare il tasso etilico genera vitalità e forza per raggiungere onnipotenza letteraria rivisitando i grandi del passato, anche perché, in quella condizione, uno se li trova davanti, ne può parlare bene o male. La vertigine di Erofeev è l'estasi alcolica. Un autore che sembra portare nell'etimologia del proprio nome lo stigma del suo futuro destino: Erofeiv.

CONTINUA A PAG. 44

La lacrima della giovane comunista

Intervista all'autore **Giorgio Bona**

CONTINUA DA PAG. 43



in russo significa alcolizzato. Bere è un modo tragico e nello stesso tempo divertente per perdersi completamente, un modo rapido per arrivare a un punto d'arrivo finale: quello della propria distruzione. La sfida al sistema di Erofeev è prima di tutto una sfida contro la proibizione dell'alcol. Nel dopoguerra si formò in Russia una cultura del consumo di alcol dove il bere non si limitava soltanto ai giorni festivi per brindisi e feste, ma si allargava anche alle giornate lavorative e avveniva nei luoghi di lavoro. Un consumo che aumentò durante il periodo dell'otpepel (disgelo) e della zastoj (stagnazione). La lacrima della giovane comunista è il titolo del libro e prende spunto da Mosca-Petuski che in questo fantomatico viaggio in treno, nel suo elogio alle sane bevute, la lacrima della giovane comunista è una preparazione alcolica surreale composta da vodka, acqua di colonia, lozione antiforfora, deodorante per i piedi e, se possibile, un po' di verbena. dove il grottesco non si discosta poi così tanto dalla realtà. Pawlikowski, al contrario del professore nella mia storia, riuscì a trovare Erofeev al tredicesimo piano, interno 78 di un vecchio casermone di edilizia popolare. Il documentario racconta di una signora anziana che non sapeva del suo status di scrittore e soltanto in quell'anno, era il 1990, anno della sua morte per un tumore alla laringe che lo costrinse per diversi anni a parlare con un microfono puntato in gola, si resero conto che non avevano a che fare con un povero ubriacone e che era un illustre letterato.

A. D. Il potere fa quel che vuole con arroganza. Per Erofeev la marginalizzazione ha attraversato le ideologie perché la sua scrittura era evidentemente scomoda per tutti. Nel tuo romanzo a rendere in qualche modo giustizia alla storia travagliatissima, penosa e grandiosa a un tempo dello scrittore russo ci pensa un professore italiano, detective suo malgrado. La sua vittoria, in fondo, sta nel togliere dall'oblio una sofferenza attraverso l'incontro di altri sofferenti che l'anno conosciuto. Tra ruffiani, tirapiedi e doppiogiochisti sembra più potente l'ombra lunga dello scrittore russo che desiderava vedere il suo romanzo venduto al prezzo di una bottiglia di vodka...

G. B. Un io narrante nella figura di uno slavista, sicuramente non un barone universitario ma un personaggio che porta dentro di sé una grande passione. Non era difficile immaginare uno dei tanti scritti smarriti da Erofeev per creare una condizione di samizdat. Come diceva Vladimir Murav'ev amico di Erofeev e testimone della sua opera "ognuno ha un sottosuolo nell'anima e Venedikt giocava con le forze oscure che uscivano dal sottosuolo della sua anima.

Ecco è quello che accade all'io narrante di questa storia che come Venedikt gioca con forze oscure a cominciare dall'inizio del suo viaggio in treno dove cominciano ad aleggiare spiriti che si materializzeranno anche dopo. Un io narrante quindi che va alla ricerca di Erofeev nella capitale russa, nei bassifondi, ma anche nei luoghi più letterari. Non a caso la descrizione della Malaja Bronnaja, uno dei luoghi cult della capitale dove nel romanzo di Bulgakov apparve per la prima volta il diavolo a Mosca. Oppure sulla Via Arbat, l'anima della città un tempo la via dei cortili e luogo d'incontro della grande letteratura e ritrovo dei cantori come Bulat Okudžava. Ma quello che lo porta più vicino all'esito della sua missione è la frequenza nei bassifondi di una società, quei bassifondi scelti da Erofeev, dove stare ai margini della società non significava vivere da reietto, ma da uomo libero. Anche per questo andò via dall'università rifiutandosi di partecipare alle lezioni di educazione militare paragonandole alle pratiche del regime nazista. Posso chiudere qui dicendo che alla fine il mio romanzo avrebbe la presunzione di sfidare i muri della coscienza pervaso dall'ideologia di un viaggio delirante e passionale. Manca un febbrile delirio alcolico, ma al mio protagonista non è necessario bere per smarrirsi dentro un mondo drammatico e vedere un puntino luminoso all'orizzonte anche se si trova sulla soglia di una distruzione. Il mio protagonista scopre le carte e mentre gli altri le nascondono, lui senza mezze misure le svela. Come dice Erofeev: *in questo silenzio il vostro cuore potrà parlare. È insondabile, mentre noi siamo impotenti.* E allora, come Venedikt, io mi chiedo: *perché la vita umana non è forse un ciclone dell'anima? È come se tutti noi fossimo ubriachi, soltanto ognuno per conto suo, a ognuno con un effetto diverso. Io dopo aver assaggiato questo mondo tante di quelle volte da averne perso il conto e il senso sono il più sobrio e questo mondo mi va veramente stretto.* Ecco anche nel protagonista il mondo che si trova davanti va semplicemente stretto, soprattutto dopo aver vissuto l'esperienza di un diversivo di cui solo i moscoviti conoscono gli effetti. Quello che i russi chiamano il punto di smaltimento della sbornia, il vutrevitzel, ovvero una bella doccia a temperatura glaciale che si fa per far passare lo stato di ebbrezza e che nei mesi rigidi degli inverni moscoviti può provocare un arresto cardiaco. Questo sembra aver dato una folgorante lucidità, un impulso straordinario che diventa una sindrome bellissima.

Alberto Deambrogio

Collaboratore redazionale
di Lavoro e Salute



Vicolo chiuso

Daniela Perracca si rifugia per scrivere in un piccolo appartamento di Porto Maurizio, nella Liguria di ponente, anche se le sue origini sono aostane e in Val d'Aosta possiede una casa con un grande giardino che si affaccia sulla Dora Baltea.

Un paesaggio di una bellezza straordinaria, luoghi dove la fantasia corre dentro storie fantastiche, tra boschi di abeti che si perdono a vista d'occhio, laghi trasparenti che fanno da specchio a cieli di cristallo e d'inverno una distesa di neve attraversata da corsi d'acqua dove abbondano trote.

È certo che tutta questa bellezza uno se la porti dentro e di conseguenza in una scrittura che sembra immergersi in ogni cosa.

Un esordio felice questo romanzo, *Vicolo chiuso*, per così dire, degno della migliore tradizione gotica nordica.

Ecco il libro:

Amsterdam, città tutt'altro che turistica, adagiata sui suoi canali che trasmettono un senso di torbido e di oscuro.

Amsterdam ha un ruolo importante perché non è assente in tutto quel che accade, fa da sfondo ai risvolti più intimi e a tratti seducenti.

Amsterdam rappresenta il contenitore di luci e ombre che rimbalzano su questa storia, sia dentro l'azione sia nella descrizione dei personaggi.

Amsterdam: lo scienziato di fama internazionale Victor Van Dis viene assassinato, ucciso a coltellate nel bagno di un hotel.

Lascia la moglie Linda e il figlio Martin.

Nonostante le indagini serrate del



Doriana Perracca
Arkadia, 2002

comandante della polizia Sandra Van Der Meer, l'omicidio resta irrisolto e non si trova il colpevole. Linda decide di lasciare il passato dietro di sé e comincia con il trascorrere una vacanza in Italia. Qui conosce Marc, affascinante e misterioso, uomo di scienza come il defunto marito ma, al contrario del suo consorte, uomo brillante, con un carattere schietto e spregiudicato.

L'inizio di questa relazione trova un ostacolo nel figlio Martin e da qui cominciano per Linda a sorgere una miriade di problemi, perché si trova invischiata in strane vicende: ci sono persone che controllano ogni suo movimento, misurano ogni suo passo.

Intanto qualcuno comincia a spiare e a tenerla sotto controllo. Chi sarà mai?

A questo punto ricompare la comandante Van Der Meer, donna dai modi bruschi, un po' nevrotica, sovrappeso, con la passione per i cioccolatini, ma dotata di un senso

di umanità fuori dal comune, per cercare di far luce su una vicenda che ha i contorni poco chiari, convinta che tutto abbia a che fare con il precedente omicidio.

Ma una nuova vittima compare all'orizzonte mettendo in discussione tutta questa ipotesi.

E qui si profila inaspettatamente una serie di colpi di scena che vedono protagonisti personaggi ambigui e pericolosi. Depistaggi, menzogne, falsi indizi. Per Sara Van Der Meer la strada sarà in salita per arrivare alla soluzione finale e portare a galla la verità fino a un sorprendente e inaspettato finale.

È interessante questo lavoro di Doriana Perracca che ci propone un thriller di azione ma sapientemente costruito su un'analisi psicologica dei personaggi, attenta, curata, come si chiede ai migliori libri di genere. Perché Doriana Perracca in queste righe dimostra di amare i suoi personaggi e fa uno sforzo incredibile, a mio parere riuscito perfettamente, per cercare di farli amare anche ai lettori.

Questo fa sì che gli eventi della vita trovino un incontro che li unisce, dove amore e morte, verità e menzogna siano visibili e si mostrino a 360°.

Un romanzo a tinte forti che obbedisce a questi comandi dentro la sostanza della lingua, che mai cede al ribasso, con orgoglio ferreo, attraversato da luci e ombre, entrate e uscite, tentativi di fuga, rientri.

E dentro questo percorso va dritta al punto.

A mio parere si aprono spiragli nella lettura di questo romanzo che chiama in causa il lettore guidato dalla sua luce e può trovare un riscontro reale con i personaggi, vedere un mondo che esce dalla finzione e che si trova vicino a noi. Un invito a ballare.

Balliamo.

Giorgo Bona

Scrittore
Collaboratore
redazione di
Lavoro e Salute



...luci e ombre di Amsterdam

Zapruder. Una «rivista di storia della conflittualità sociale»

«Zapruder» è frutto di un percorso assembleare che ha coinvolto centinaia di giovani storiche e storici che hanno deciso di mettersi in movimento aprendosi al confronto con altre discipline.

Le società occidentali contemporanee sono caratterizzate da continue frizioni, con forti dinamiche esclusive e marginalizzanti nei confronti di soggetti razzializzati. Sotto questa realtà evidente, c'è un oceano fatto di immaginari, visioni del mondo, narrazioni del sé e dell'altro. La riflessione di questo numero si sviluppa intorno al rapporto tra una ingombrante eredità coloniale, spesso sottotraccia, e un presente in cui le pratiche di razzializzazione generano ancora una precisa linea del colore. La riproduzione di principi e valori e il perpetuarsi di modelli e dispositivi concreti, consolidano i canoni del nostro sentirci noi stessi, del nostro percepirci parte di una comunità, della nostra maniera di leggere il mondo. Questo pensiero, questa

riproduzione dell'italianità, affonda le sue radici nel mondo moderno, e nelle storie – e scorie – della fase coloniale (1869-1960).

Se la nostra identità nazionale è stata creata osservando l'altro, per comprendere la realtà odierna e accantonare retaggi e rimanenze coloniali è necessario guardarci allo specchio, spogliandoci delle maschere che indossiamo.



storieinmovimento.org

Tutti i colori del mondo

Una web radio che nasce per dare voce a chi non vuole arrendersi a una crisi devastante che tende a distruggere diritti e legami sociali, democrazia e partecipazione. Radio Poderosa vuole essere uno spazio di aggregazione, di condivisione, di solidarietà dove possano trovare posto attività di carattere sociale, culturale, ricreativo. Il suo nome è preso in prestito dalla motocicletta con la quale Ernesto Che Guevara, insieme all'amico Granado, intraprese un lungo viaggio di scoperta del suo continente. Un lungo viaggio sulle ali di un sogno rivoluzionario che Radio Poderosa intende far sì che non si interrompa mai. Seguici su: radiopoderosa.org



LA PODEROSA

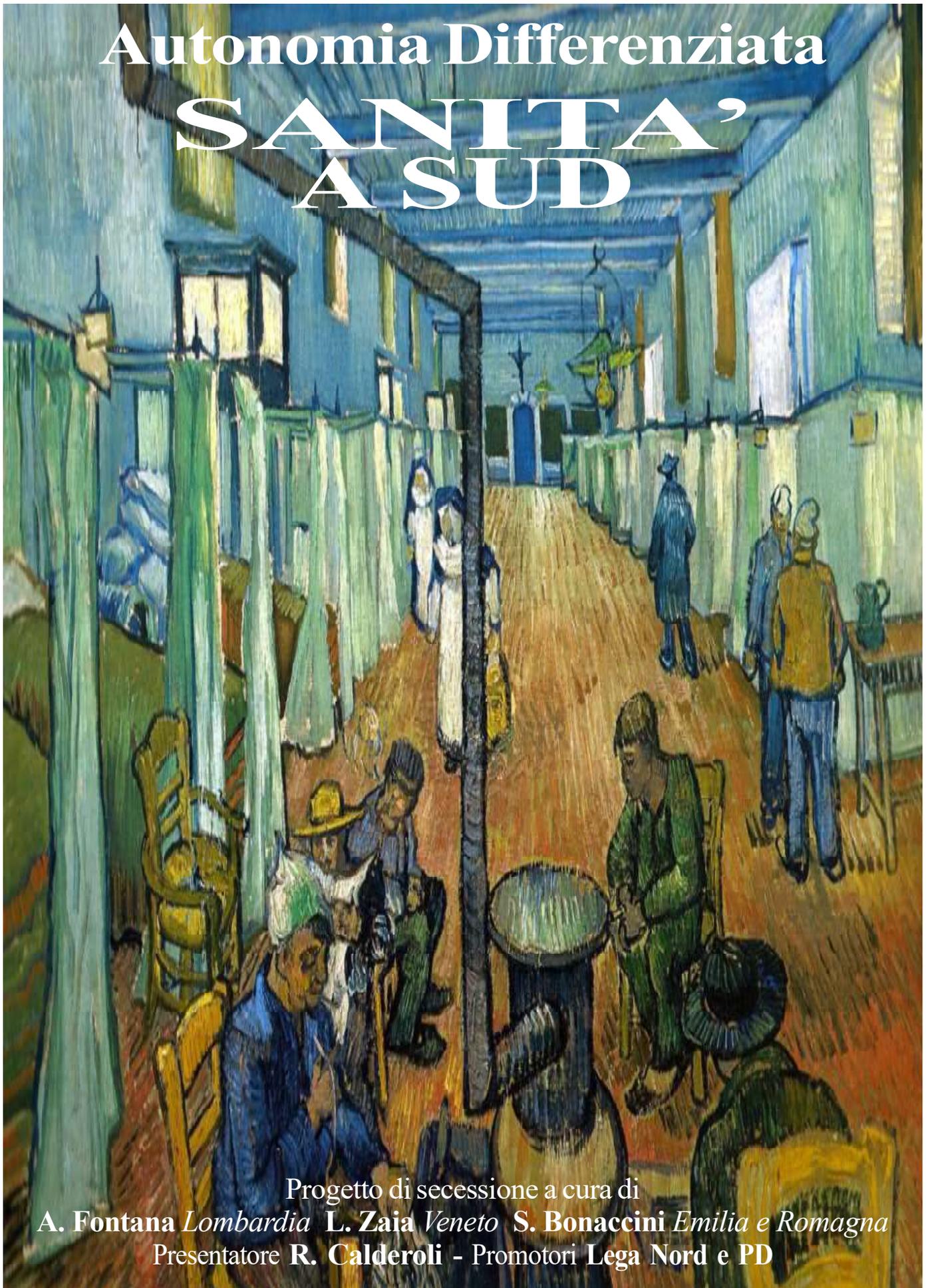
CIRCOLO RICREATIVO CULTURALE
 Affiliata ARCI Via Salerno 15/A Torino
TUTTE LE SERE lunedì escluso DALLE ORE 19,00
 Servizi sociali ai soci
 Bar - Musica - Incontri Dibattiti
 Presentazione libri e tanto altro



associazionealapoderosa@gmail.com
www.associazionealapoderosa.it

LOCANDINA MALPAESE

Autonomia Differenziata **SANITA' A SUD**



Progetto di secessione a cura di
A. Fontana *Lombardia* **L. Zaia** *Veneto* **S. Bonaccini** *Emilia e Romagna*
Presentatore **R. Calderoli** - Promotori Lega Nord e PD

Locandina a cura della redazione del mensile **lavoroesalute**

Appello alla Cgil

*Per non continuare
a fare la dieta
con scioperi scotti
non digeribili
e pesticidi
governativi*

Solo scioperi al dente

*Le crude responsabilità
del sindacato ancora capace
di rimettere in piedi il Paese.*

*Con il conflitto sociale e nei
luoghi di lavoro contro questo
gravissimo stato di cose presenti.*

**Lotta o
disperazione**

SPECIALE

Veneto

La Regione delle fake news sulla sanità

Racconti e opinioni
lavoroesalute

- Politiche socio-sanitarie in Veneto
- Il nuovo ospedale di Padova
- Le Case della comunità
- Veneto Orientale. Sanità Altovicentino
- Prognosi riservata per l'ospedale di Vittorio V.
- Il rebus della salute mentale
- AAA Cercasi medici. No obiettori di coscienza
- La sanità bellunese è gravemente malata
- C'era una volta la Sanità Pubblica
- Gli ospedali privati nella sanità Polesana
- Sanità e lavoro, solo con la lotta si difendono

Salvatore Lihard - Patrizia Longo - Francesca Benvegnu'
Carlo Cunegato - Gabriele Zanella - Mirella Balliana
Giordano B. Padovan - Lucia Tundo - Moira Fiorot
Salvatore Esposito - Guglielmo Brusco - Katia Manganotti

a cura di

*Comitati di difesa della sanità pubblica, Medici, Veneto che Vogliamo,
Partito della Rifondazione Comunista del Veneto*

Politiche socio-sanitarie in Veneto: dalla eccellenza alla desolazione

Salvatore Lihard

Co. Ve. SAP

(Coordinamento Veneto Sanità Pubblica)

Giova ricordare che negli anni '70 la Regione del Veneto si è caratterizzata con un buon modello dei servizi sanitari e sociali anticipando addirittura la legge di riforma sanitaria 833/78: non solo ospedali ma anche strutture territoriali di prevenzione e assistenza primaria.

Anche negli '80 si è dato seguito a tale modello organizzativo: l'assistenza ospedaliera connessa all'assistenza territoriale coinvolgendo gran parte del mondo politico, sociale, sindacale, nonostante la guida della Regione su base democristiana; un lavoro positivo fatto di confronto continuo con i Comuni, con l'Università, con le professioni, con il volontariato, ecc. e con eccellenti risultati: offerta dei servizi socio-sanitari adeguati ai bisogni di salute per la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

Negli anni '90 il Veneto, nonostante gli assalti alla diligenza per importare il modello lombardo, ha continuato a proporre metodiche di politiche di integrazione tra il sanitario ed il sociale conseguenti ad una buona programmazione, dalla continuità assistenziale alla presa in carico della persona.

Negli anni 2000 si assiste alla svolta "involutiva": massima restrizione dei processi di partecipazione, accentramento della programmazione, presunzione e arroganza politica. Il protagonista? Il partito della Lega che dal 2005 a tutt'oggi gestisce la sanità in Veneto abbassando la qualità e la quantità dei servizi assistenziali. Gli strumenti di programmazione e pianificazione (Piano socio-sanitario regionale e Piano di Zona) evidenziano l'inversione di tendenza: nel rapporto ospedale-territorio, quest'ultimo ha subito importanti tagli indebolendo la integrazione sociale-sanitaria. Da ricordare poi il fallimento dello strumento del project financing a Mestre e l'assurda proposta di costruzione di un grande ospedale a Padova.

Poi la ciliegina sulla torta? La legge regionale 19/2016 che ha ridotto le AULSS da 21 a 9 e ha istituito l'Azienda Zero, quest'ultima addetta alla centralizzazione della gestione della sanità ovvero l'esercizio del potere politico a scapito degli organi istituzionali di rappresentanza "utilizzati" solo per consultazione (Consiglio regionale, V[^] Commissione consiliare, Direttori Generali delle AULSS con l'esclusivo compito di vigilare sui bilanci).

Il disastro? Sicuramente la pandemia. Essa ha scoperto il classico vaso di Pandora. La **pandemia ha colpito duramente**: migliaia di decessi, contagi a tappeto, migliaia di ricoveri nei reparti Covid e nelle terapie intensive. Gravi sono state le conseguenze sulla normale attività di assistenza sanitaria: oltre 400.000



prestazioni sospese nel 2020 con il risultato di avere nel 2021, un numero di decessi per altre patologie da parte di ultra65enni, molto superiore alla norma, frutto probabile delle mancate cure.

Il CoVeSaP (Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica) in più documenti ha evidenziato: "...la risposta complessiva all'emergenza pandemica non è stata efficace. La trasformazione in Covid Hospital di alcuni ospedali ha lasciato sguarniti interi territori che hanno pagato più di altri la mancata assistenza. Le ULSS non hanno messo a punto sistemi efficaci né per la cura domiciliare né per il tracciamento e sorveglianza dei contagi; in particolare, durante l'ultima ondata di variante Omicron, hanno riversato sui medici di medicina generale e pediatri di libera scelta una grande quantità di compiti burocratici, mettendo in crisi anche l'assistenza di base.

La Regione Veneto, nonostante abbia avuto a disposizione notevoli risorse per far fronte alla pandemia, non ha investito nell'unica cosa davvero utile per rinforzare il servizio sanitario: le risorse umane. La maggior parte del personale aggiuntivo è stata assunta con contratti temporanei, il personale in servizio è in numero di gran lunga inferiore a quello necessario, ed è fortemente stressato dopo tre anni di lavoro in condizioni gravose per ritmi elevati e mancanza di tempi di recupero.

Queste pesanti criticità si sono aggiunte a quelle accumulate nel tempo, in particolare:

- La grave carenza dei Servizi di Emergenza/Urgenza nei territori più disagiati con la chiusura o il declassamento dei Servizi di Pronto Soccorso nelle zone di montagna del bellunese, nei territori dell'area polesana, nelle isole delle zone lagunari.

- Il depotenziamento degli Ospedali periferici, con diminuzione dei posti letto, chiusura di reparti, interventi chirurgici ritardati e servizi ambulatoriali ridotti.

- La mancata realizzazione di Ospedali di Comunità e Strutture Riabilitative Pubbliche;

Politiche socio-sanitarie in Veneto: dalla eccellenza alla desolazione

CONTINUA DA PAG. 2

- L'aumento esponenziale delle liste di attesa e l'invio dei pazienti presso le Strutture Private che sono molto cresciute in numero e fatturato.
- La riduzione e accentramento dei Servizi Territoriali

Il nuovo ospedale di Padova

“Il nuovo Polo della salute - Ospedale Policlinico di Padova”

Patrizia Longo

Per il Comitato SOS S. Antonio Sanità e Pubblica

A Padova sorgerà il Nuovo Ospedale che si svilupperà su due Poli: il Polo Giustiniano, in via Giustiniani nella sede dell'attuale Ospedale e il Polo S. Lazzaro a Padova Est, localizzazione gravata da alcune importanti criticità ambientali:

- L'area ospedaliera è posta in prossimità del punto di maggior concentrazione di stabilimenti chimici e farmaceutici a **rischio di incidente rilevante** [1] (es incendi con fumi ecc)
- Il perimetro dell'area è percorso da vie di trasporto con pericolosità di 3° e 4° grado (su 5 gradi) e quindi soggetta a **rischio di trasporto di sostanze pericolose** con possibile fuoriuscita di sostanze tossiche o incendiarie in caso di incidenti su questi tratti stradali e ferroviari [2].
- L'area ospedaliera dista solo 1100 metri dall'area dell'**inceneritore** [3].
- Il **rischio di allagamento** dell'area, che comporta la possibilità che l'Ospedale possa essere sommerso per un'altezza variabile tra 50 cm. e 2 m [4].
- Il **traffico** della zona di Padova Est già adesso molto congestionato e destinato a peggiorare per la realizzazione di nuove grandi strutture commerciali, residenziali e di servizi

Criticità organizzativo/assistenziali

Anche dal punto di vista organizzativo – assistenziale questo progetto presenta delle gravi criticità:

1. Il compito di elaborare la visione del “Nuovo Polo della Salute Ospedale – Policlinico di Padova” è stato affidato solo all'Università” [5] e la **programmazione che ne è derivata è basata solo sulla previsione dell'evoluzione della scienza e della tecnologia medica e non prende in considerazione l'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento: la “città metropolitana”, circa 400.000 persone,**

quali la Neuropsichiatria Infantile, le attività di Prevenzione e di Screening, i Consultori Familiari, i Servizi per la Disabilità e per le Dipendenze, i servizi per la Salute Mentale, l'Assistenza Domiciliare, la Rete delle Cure Palliative.

A questo si aggiunge un grave degrado ambientale: inquinamento atmosferico tra i più alti in Italia e in Europa, inquinamento delle falde acquifere e dei corsi d'acqua con sostanze tossiche (PFAS), massiccia speculazione edilizia con indiscriminato consumo di suolo...”.

La manifestazione del Covesap



Il lungo corteo per la sanità
«Difendiamola da privati e tagli»

spostate verso la senilità. A Padova come in altre sedi universitarie, i poli ospedalieri hanno sempre avuto compiti diversi, da una parte “*l'ospedale civile*”, a servizio della comunità cittadina, dall'altra il “*policlinico*” struttura Universitaria avente come primo scopo la ricerca e la didattica e la funzione assistenziale prevalentemente subordinata a questo. Mentre gli ospedali “generali” rispondono ai bisogni di cura della comunità in cui sono inseriti, quelli universitari si rivolgono a bacini territoriali più vasti e seguono malattie più complesse. Unificare le due “mission” rischia fatalmente, di sacrificare le necessità assistenziali della comunità padovana e non realizza quella necessaria integrazione delle cure tra ospedale e territorio. In questo progetto infatti, l'integrazione è prevista solo tra le diverse tipologie di specialisti all'interno della struttura e **non si parla mai di collegamento con il territorio, con la medicina di famiglia, né si parla di percorsi di cura personalizzati o di processo decisionale condiviso, né è previsto un punto di raccordo tra Ospedale e Territorio per le “ammissioni e dimissioni protette” dei pazienti fragili.**

2. **I due Poli sono fortemente sbilanciati a favore del Polo iper- specialistico San Lazzaro.** La “*pari dignità dimensionale*”, 900 posti letto per polo, precedentemente assicurata, di fatto, nell'Accordo di Programma (ratificato dal Consiglio Comunale l'11 05 2020) **scompare** visto che il Polo di **Padova Est**

CONTINUA A PAG. 4

Il nuovo ospedale di Padova

CONTINUA DA PAG. 3

avrà 963 posti letto (p/l) e il Giustiniano solo 719 (di cui 343 del Polo della donna e del bambino).

I numeri parlano chiaro:

all'Area Medica del Giustiniano sono stati assegnati 214 p/l mentre a quella di Padova Est 391; all'Area Chirurgica del Giustiniano sono stati assegnati 110 p/l a fronte dei 432 di Padova Est;

alla Terapia Intensiva del Giustiniano sono stati assegnati 22 p/l; a fronte dei 90 di Padova Est. Dato particolarmente preoccupante se si pensa che quando arriva un evento inatteso di una certa rilevanza (es. la pandemia da Covid-19), le persone muoiono, per mancanza di posti letto nei reparti di terapia intensiva.

Né si può sostenere che questa disparità sarà mitigata dalla presenza nel Polo Giustiniano di:

50 posti letto di Ospedale di Comunità, struttura intermedia tra Ospedale e Territorio che non ha gli standard assistenziali di un Ospedale perché assicura la presenza medica solo per alcune ore al giorno e, superati i 30 giorni di degenza prevede il pagamento di un contributo.

140 posti letto dello IOV (Istituto Oncologico Veneto) che eroga cure solo in campo oncologico, persegue finalità di ricerca e certo non può essere considerato un Ospedale cittadino perché è un Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di rilevanza nazionale, sotto il controllo diretto del Ministero della Salute

A questo proposito bisogna anche ricordare che **nel Polo Giustiniano si verrebbero a trovare strutture afferenti a tre diverse istituzioni:** Azienda Ospedale-Università (Torre dell'emergenza e Polo della donna e del bambino). IRCCS (IOV), ULSS (Ospedale di Comunità). **Quali saranno le relazioni e l'intreccio di responsabilità tra loro?**

Il futuro Polo Giustiniano non ha i numeri per essere un Ospedale completo in grado di rispondere ai bisogni di cura della città di Padova che, ricordiamolo, demograficamente è caratterizzata dall' avere 228 anziani per ogni 100 giovani **ma sarà solo una Torre dell'Emergenza neanche del tutto autonoma** visto che sarà un: *“punto per l'Urgenza aperto al diretto accesso dei cittadini di tutta l'area padovana [...] punto di riferimento assistenziale per la città [...] equipaggiato con risorse tecnologiche e professionali che ne permettano una pressoché completa autonomia funzionale per poter affrontare di fatto ogni tipo di emergenza, ma sarà organizzato per gestire prevalentemente urgenze non critiche* [6].

I pazienti più gravi infatti dovranno essere trasportati nel Polo di Padova Est dove è prevista **“l'area Emergenza – Trauma Center [...] senza accesso diretto al pubblico, ma alimentata dalle**



afferenze medicalizzate del territorio e dall'eventuale invio, dopo stabilizzazione, dall'area Giustiniana” [7].

A nostro avviso, non è assolutamente accettabile lo spostamento di pazienti critici, anche se stabilizzati, sia per i rischi dal punto di vista clinico e della sicurezza che un trasferimento comporta sia per le problematiche organizzative dello spostamento che richiede elevato impegno di personale, come noto, cronicamente carente.

In sostanza:

Il Giustiniano non sarà l'Ospedale dei Padovani ma solo una torre dell'Emergenza-Urgenza (neanche del tutto autonoma) con alcuni posti letti ad essa collegati, ma senza la maggior parte dei reparti alle spalle.

Il Polo San Lazzaro sarà realizzato con profilo di alta specialità, in grado di **competere con i centri di eccellenza** in campo nazionale e internazionale, **con profili di accoglienza alberghiera di alto, altissimo livello.**

L'obiettivo del Polo di Padova Est è chiaro: competere con i maggiori centri internazionali e quindi la programmazione sarà più rivolta a quella gara piuttosto che al servizio della comunità dei Padovani. Probabilmente **assorbirà la maggior parte delle risorse economiche che inevitabilmente dovranno essere trovate ricorrendo anche al deleterio Project Financing o ad altre forme di finanziamenti privati** [8] **che indebitano le comunità in modo insostenibile.**

Non è questa la Sanità che vogliamo! Non vogliamo una sanità fondata solo sugli ospedali super-specialistici senza alcun collegamento con il territorio, come il modello Lombardo.

Vogliamo una sanità che rispetti e renda concreto l'articolo 32 della Costituzione tutelando la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantendo cure gratuite agli indigenti; una sanità e sappia conciliare l'alta specializzazione con un'assistenza sanitaria di prossimità, di facile accesso e di presa in carico della persona nella sua globalità.

CONTINUA A PAG. 5

Il nuovo ospedale di Padova

CONTINUA DA PAG. 4

Per questo è urgente e necessario **ritarare la programmazione sanitaria rispetto ai bisogni dei cittadini garantendo la pari dignità tra i due Poli e realizzando:**

1. L'Ospedale Cittadino di via Giustiniani, generalista, inserito nella rete degli Ospedali ULSS, con un pronto soccorso autonomo e dunque autosufficiente e completo nella risposta ai bisogni di salute della comunità, sia per quanto riguarda l'urgenza, sia per tutta l'attività programmata di media e bassa complessità, con percorsi di cura fortemente collegati con le cure territoriali.

2. Il Polo San Lazzaro a Padova Est, polo dell'alta specialità, della ricerca e della didattica di respiro regionale e nazionale, che dovrà essere realizzato senza nulla togliere alla comunità

Pensiamo inoltre che la futura programmazione sanitaria debba salvaguardare l'**Ospedale S. Antonio**, prima inserito nella rete degli ospedali ULSS e da gennaio 2020 regalato in "comodato d'uso gratuito" all'Azienda Ospedaliera di Padova. I suoi posti letto a bassa e media complessità, dedicati alle malattie comuni rischiano di "evaporare" con la realizzazione dei due poli ospedalieri. Se questo avvenisse si accentuerebbero le note difficoltà ad assicurare i ricoveri delle persone bisognose di quel tipo di cure, spesso anziane e fragili che saranno costrette a un pendolarismo sanitario fuori dalla città di Padova negli ospedali generalisti della provincia.

Il Nuovo Ospedale di Padova nasce già vecchio, concepito secondo un sistema con "*efficienza massima*" (zero ridondanza) e con assenza di capacità produttiva in eccesso ("*slack resources*"). Questa scelta può rivelarsi tragica perché non soddisfa le condizioni di "*vitalità sistemica*" in quanto sostiene una programmazione incapace di assorbire gli shock ambientali di una certa rilevanza come le possibili future pandemie per affrontare le quali bisogna progettare Ospedali con ridondanza di risorse e con grande capacità adattativa.

È necessario un cambio di paradigma "filosofico-gestionale" che consideri l'Ospedale un sistema vitale che si sviluppa e si adatta per diventare sempre più efficace nel suo ambiente in quanto sostenuto da un numero adeguato di risorse sia come professionisti che come tecnologie multifunzionali e polivalenti in grado di realizzare gli obiettivi di cura e assorbire gli urti senza perdere "*la vitalità*".

Senza una programmazione sanitaria capace di dare risposte ai bisogni dei cittadini, questi saranno costretti a ricorrere ai privati come già sta accadendo.

Sappiamo dal Censis che sono già milioni gli italiani che hanno smesso di curarsi, non ricevendo risposte dalla sanità pubblica e non disponendo di soldi per accedere a quella privata. E saranno destinati ad

aumentare visti gli ulteriori tagli alla sanità e la perdita di valore dei salari.

700.000 Veneti sono privi di medico di base, chiuse tutte le lungodegenze, oggi si può ricorrere solo al privato, i Servizi di Pronto Soccorso in Veneto sono passati da 69 a 15 (Report del 5 dicembre 2022).

Del tutto prevedibile quel che accadrà a Padova in queste condizioni, con un Pronto Soccorso limitato a "*pressoché completa autonomia funzionale*" e senza un Ospedale generalista degno di questo nome!



Note

- [1] PATI Piano di Assetto Territoriale Intercomunale
- [2] Piano Comunale di Protezione Civile
- [3] Servizio Prevenzione ULSS6
- [4] VAS Valutazione Ambientale Strategica
- [5] Accordo per la Realizzazione del nuovo Polo della Salute di Padova, Articolo 4.4. L'Università "elaborerà il Documento di Visione del Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova – che ne definisce i contenuti scientifici, didattici ed assistenziali e ne propone il disegno funzionale integrato agli altri enti".
- [6] Pag 12 e 13 de "Il nuovo Polo della Salute di Padova – Ospedale Policlinico di Padova"
- [7] Pag 14 de "Il nuovo Polo della Salute di Padova – Ospedale Policlinico di Padova"
- [8] Accordo di Programma 4.1.: "La Regione, alla quale spetta l'approvazione del finanziamento dell'opera, oltre ad aver già accantonato parte delle somme necessarie, sta valutando ulteriori mezzi di finanziamento e le modalità di realizzazione del "Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova"

Riferimenti Bibliografici

Accordo ex art.15 DLgs.241/90 e s.m.i. Prodromico al successivo Accordo di Programma per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova, 21 dicembre 2017 (pre-accordo)

Accordo per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova, 23 luglio 2018
 Accordo di Programma per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova, 22 aprile 2020, ratificato dal consiglio comunale l'11 maggio 2020

"Il Polo della Salute di Padova. Una nuova visione di Medicina" qui citato come Documento dell'Università Schede di Dotazione Ospedaliera DGR 614 del 14 maggio 2019, Regione del Veneto

Le Case della comunità (CdC): in sintesi la riforma necessaria delle Cure primarie

Francesca Benvegna'

Già direttore di Dipartimento di Prevenzione e di Distretto Sanitario

Si fa un gran parlare di Case di Comunità, oggi per bocciarle come un'architettura astrusa di cui non c'è bisogno. In particolare si assiste a un congelamento da parte dell'attuale governo, che le dichiara superflue, perché l'assistenza sanitaria primaria si può basare sulla rete delle farmacie e dei Medici di medicina Generale (MMmg), ex "medici di famiglia": con qualche integrazione di professionisti sanitari, medici infermieri e psicologi il gioco sarebbe fatto. Ma una sostanziale diffidenza la vediamo anche da parte di tutti i sindacati medici di categoria. Il governo mette avanti motivi economici che lo costringerebbe a rivedere la realizzazione delle CdC.

La proposta governativa si riallaccia alla proposta del Team minimo assistenziale o micro-team che aveva trovato ascolto fra i Mmg: cioè incrementare negli studi esistenti di medici associati o isolati nel territorio infermieri e amministrativi, per sgravare il medico dal carico burocratico, che è il *controllo preventivo sulle prescrizioni*. Questione annosa, mai risolta, né fra MMmg e specialisti, né fra MMmg e SSN, il quale ha limitato la libertà prescrittiva dei MMmg con modalità asfissianti. E' la ricetta Gemmato, nel migliore dei casi un'ottimizzazione dell'esistente, facile per i politici e forse gradita al cliente-paziente! Da qui però crescerebbe spontanea la spinta all'integrazione con coperture assicurative ben studiate e personalizzate, attributo gettonatissimo oggi in sanità. Per scelta individuale dei ceti più abbienti ma anche nel modello del welfare aziendale, che noi sappiamo invece indirizzato a due precisi obiettivi: 1. Uno scambio contrattuale per ridurre gli importi delle richieste salariali; 2. L'aumento di spazi imprenditoriali nel pianeta salute. E' di tutta evidenza però come lo strumento assicurativo apra la strada a proficui contratti col mondo del sociosanitario privato, specie accreditato. Nel SSN rimarrebbe un'area a Lea revisionati, sulla base di richieste più urgenti, o più frequenti o più impattanti sulla salute della popolazione generale.

Non si salverebbero nemmeno gli screening oncologici, perché si offrirebbero pacchetti competitivi, di presunta miglior efficacia, alimentati dallo sfruttamento del lavoro (CCNL anche, ma di contenuto povero e s-professionalizzante) e dalle sinergie aziendali del vasto e ricco mercato biomedico. Tutto si riduce a realizzare o meno le CdC secondo il



DM 77/22? Certo che no, anche sull'ospedale c'è molto da dire, ma la radice portante del sistema, la sua universalità e speranza di equità ed efficacia in salute sono generati dalle sue fondamenta. Non si tratta della scontata retorica sulla 833 e sull'art 32 della costituzione, si tratta del fatto che l'equilibrio più o meno buono fra domanda e offerta di salute è l'indicatore sintetico irrinunciabile per la sostenibilità del SSN. Se la Medicina generale ha ancora un senso pieno nell'epoca dell'iper-specializzazione medica e nella civiltà dell'intelligenza artificiale, è questo. Essa garantisce il fattore umano, in tutta l'ampiezza del suo significato, e lo garantisce nei due versi: da paziente a medico, da medico a paziente.

Cosa c'è di innovativo nelle CdC che ne giustifica la realizzazione, a prescindere dal fatto che i fondi PNRR sono solo per strutture e attrezzature? Ci sono le condizioni per avviare quel lavoro di equipe, che non è solo inter-professionale ma un metodo essenziale per le garanzie di qualità totale dell'assistenza. Basterebbe applicargli un **processo di revisione della qualità** che potrebbe essere calato come Budget di servizio/struttura. Un progetto standard fondato sulle soglie diagnostico-terapeutiche da assegnare alle CdC, soprattutto spoke! In una CdC spoke di alta montagna o delle isole la dotazione di strumenti diagnostici è condizionata dalla mobilità e dalla disponibilità effettiva di idonea risorsa professionale e dalle possibilità concrete della telemedicina. In una CdC hub, presso o adiacente un ospedale, si avrebbero invece di default chances di intervento più efficienti e di livello integrato superiore. Tutto si reggerebbe, sempre che la dotazione organica del personale SSN non fosse più una fantasia del passato.

Restando al Veneto, non ultimo fra i SS.SS.RR., pur nell'incompiuta delle sue Utap e poi Medicine di gruppo integrate, la Regione ha imboccato già la via più breve: individuare subito le CdC hub, con occhio alla convenienza economica e rapida fungibilità, lasciando le CdC spoke in seconda battuta. Quest'ultime invece

Le Case della comunità (CdC): in sintesi la riforma necessaria delle Cure primarie

CONTINUA DA PAG. 6

sono il vero livello di prossimità delle cure come è per gli ambulatori di MG isolati, irrinunciabili! Esse sono la vera riforma nelle «periferie» del sistema, cioè in quei territori dove maggiori sono gli ostacoli all'accesso all'assistenza: dalla conformazione geomorfologica dei luoghi, alla composizione demografica e sociale in reddito e istruzione. La qualità del lavoro del gruppo medico e interprofessionale e la sua efficacia si generano con l'audit clinico periodico; la turnazione coi colleghi di CA; l'uso ordinario del FSE. **La funzionalità efficace, vero nodo delle CdC, si regge infatti sulla collaborazione professionale, che è condivisione di sapere professionale e suo indirizzo nel gestire accoglienza e presa in carico delle persone coi setting collegati** (famiglia, residenza, occupazione...); ma anche **gestione di problemi di comunità** (vedi eventi vaccinali di massa, gestione di eventi di massa come calamità naturali...). Tutto ciò, insieme alle tutele di un buon contratto/accordo nazionale e a una remunerazione adeguata, sono le leve giuridico-economiche del miglioramento nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria primaria.

E' evidente che sia un processo graduale che non può avere effetti totali immediati, ma certamente deve avere un piano ordinato di modifiche e acquisizioni. Il controllo sociale di conseguenza col suo apporto può migliorare lo sviluppo nei tempi e modi più congrui agli interessi di salute di un territorio. E qui sta il nodo della possibile partecipazione, che non è una operazione teorica di democrazia sanitaria, bensì un luogo di confronto pubblico dei risultati con standard riconosciuti, e con il peso della Salute percepita, al cui apprezzamento si giunge con interventi di educazione alla salute e civica dei cittadini. L'empowerment della comunità è la terapia elettiva per le violenze contro i sanitari, tra l'altro.



A me vengono in mente i molti suggerimenti, poi rivelatesi illuminanti, che provenivano a Medicina del lavoro e Medicina democratica, quando si confrontavano coi gruppi omogenei di rischio; cioè con i gruppi o sottopopolazioni che condividevano gli stessi ambienti di vita o lavoro. Era un modo di caratterizzare i primi profili di rischio, in modo da evidenziare e misurare le priorità di salute. Non parlo di pretese utopiche, ma di un lavoro che dovrebbe diventare ordinario per i medici formati all'Igiene e alla Prevenzione in Sanità pubblica, quando si trovano a coordinare attività di medicina di comunità, a fianco della Medicina Generale. E' la saldatura fra le finalità della Medicina generale e quella del Dipartimento di prevenzione a rappresentare il terreno giusto per il benessere della comunità territoriale. La missione dell'ospedale è altrettanto importante, ma di fatto è il recapito dei "fallimenti" attesi o non ancora preventivabili. A questo proposito va sottolineato che non si risolve l'emergenza

attuale di SSN se i letti tolti dagli ospedali col decreto Balduzzi per portarli all'indice medio del 3.5 per mille (il più basso o quasi in EU) non vengono restituiti rapidamente in qualche modo, anche realizzando al più presto gli Ospedali di comunità (OdC). I letti, l'accoglienza e l'osservazione devono trovare sempre un luogo idoneo ed operatori sufficienti! In questa crisi, si può dire in tutti i settori dei determinanti di salute, si sta rischiando la tenuta complessiva di SSN, di cui alcuni aspettano di celebrare il funerale. Si rammenti che negli accordi del capitale internazionale già prima del 2000 vi era la spartizione dell'appetitoso torta dei servizi, sanitari sociali e sociosanitari.

La privatizzazione ha vinto numerose tappe ma la sostenibilità di un qualche welfare è imperativo anche della peggior politica liberista. Un ritorno all'800 è impensabile, e l'833 non è ancora superata, partiamo da qui e dall'interesse indiscutibile dei più giovani a occuparsi della salvaguardia del pianeta. Offriamo concretamente loro la possibilità di occuparsi di salute dei territori. (fb 15dic22)

SANITA' ALTOVICENTINO

Carlo Cunegato

Portavoce Regionale del Veneto che Vogliamo

Nel territorio dell'Altovicentino si era creato, a partire dagli anni '80 e fino agli anni 2000 un humus particolare che, grazie alla collaborazione tra amministratori locali, dirigenti e professionisti sanitari, nonché organizzazioni del terzo settore, aveva prodotto una spinta al miglioramento dei servizi, visti come bene comune da coltivare. Il "modello Altovicentino" consisteva in assistenza ospedaliera buona con punte di eccellenza, sviluppo di servizi territoriali ambulatoriali e domiciliari, servizi socio-sanitari e sociali a supporto delle fasce deboli della popolazione (disabilità, psichiatria, tossicodipendenze) attraverso centri diurni, strutture residenziali e percorsi di inserimento lavorativo e sociale. Gli ex Dirigenti venivano chiamati in tutta Italia per parlare di un modello virtuoso, efficiente, con bilanci sempre in attivo. Poi cominciano le politiche dei tagli.

C'erano tre ospedali: Schio, Thiene e Malo. Negli anni '90 viene chiuso Malo. Poi si decide di creare un unico ospedale tra Schio e Thiene: i posti letto passano da 616 nel 2000 a 409 nel 2009. La decisione di costruire un ospedale ex novo in project financing è uno snodo decisivo per il territorio. Un metodo che ha fatto aumentare i costi e che rende il nostro ospedale di proprietà dei privati per 24 anni. Una pagina ancora da spiegare. L'ospedale fu progettato dallo studio Altieri, del compagno della deputata forzista Lia Sartori, vicina a Galan. Con il *project financing* viene creata la finanziaria Summania Sanità, di proprietà, tra gli altri, anche di Meneguzzo e Baita, entrambi finiti in carcere per l'affair Mose. Secondo lo studio di Communitas del 2013 la società, per aver prestato solo 54 milioni di euro, riceverà 5 milioni l'anno per 24 anni solo per l'affitto dei muri, più altri milioni per l'affitto di macchinari e servizi. Uno scandalo che ha impoverito l'Ulss, per favorire i privati. Nel 2016 un'altra scelta folle. Nella Riforma che le Ulss da 22 a 9, quasi tutte le Ulss sono provinciali. L'Altovicentino invece entra nella Ulss 7, fusa per incorporazione con Bassano. Una Ulss senza un ospedale hub. L'unica spiegazione possibile, vista l'assenza di motivazioni sanitarie o amministrativa, pare essere politica. Nel territorio di Bassano risiede la destra che conta: l'assessore Lanzarin, l'assessore Donazzan, il leghista Finco, la deputata Mara Bizzotto.

Così oggi la sanità pubblica nell'Altovicentino sta

vivendo una crisi epocale. Partiamo dal territorio. Secondo gli ultimi dati emersi, sappiamo che oggi 700mila veneti sono senza medico di base. Tuttavia, anche chi ancora ha il medico spesso si trova con un servizio azzoppato. Infatti ci sono arrivate molte segnalazioni di cittadini che chiamando il call center hanno attenuto un appuntamento dal medico di base dopo tre settimane. Fondamentalmente, se stai male è come non averlo. Probabilmente questo è l'esito delle scelte della Lega veneta di alzare il massimale di pazienti per medico prima da 1300 a 1500, poi addirittura a 1800! Il Centro di salute mentale di Schio è stato chiuso nel 2019 ed oggi è solo un ambulatorio aperto 3 mattine a settimana. Questo significa lasciare sole le persone più fragili. Il sistema costruito grazie alla rivoluzione basagliana è ormai un lontano. Tuttavia, anche altri servizi del territorio, come la neuropsichiatria infantile, la disabilità, i consultori e il Serd sono stati depotenziati e non riescono a rispondere ai crescenti bisogni. L'aumento del disagio giovanile non trova più risposte nel sistema pubblico. Così ci sono arrivate delle



segnalazioni di mamme, che ci raccontano del loro dolore: è stata diagnosticata una depressione nei loro figli, ma non hanno le risorse per pagare una terapia psicologica. Drammatico. Il presidente della Rsa di Schio ha ammesso che la crisi nel bilancio della casa di riposo potrebbe determinarne il fallimento. Non esiste nessuna

progettualità in una città che oggi ha 5500 over 65 e tra dieci anni ne avrà 8000. La Regione Veneto rimane l'unica a non aver ancora approvato una Riforma della Rsa richiesta dalla legge 328/2000. L'eccellenza nella inefficienza.

Per quel che riguarda l'ospedale, persiste la crisi del Pronto soccorso, che della struttura è il baricentro. Se in Veneto 21 Pronto Soccorso su 26 si affidano alle cooperative, Santorso è l'ospedale che lo fa per più turni. La fuga dei medici ha raggiunto l'apogeo nell'Aprile del 2022 quando si sono dimessi contemporaneamente 4 urologi, determinando l'evaporazione del reparto. Nel territorio stanno sorgendo come funghi i centri di medicina privata. Inizialmente solo dedicati alla diagnostica, ora anche muniti di sale operatorie. Ormai la salute non è più un diritto, ma una merce che si compra e vende nel mercato. Se non hai i soldi non ti curi, se ce li hai ti impoverisci.

Unica nota positiva è la reazione della cittadinanza, che è stata quasi sbalorditiva. Nel 2019 sono scese in piazza 4mila persone. Nell'Ottobre del 2021, invece ben 10mila abitanti su una popolazione di 180mila hanno deciso di sfilare per difendere il sistema sanitario pubblico. La lotta per la difesa della sanità pubblica deve tornare al centro del dibattito politico.

PROGNOSI RISERVATA PER L'OSPEDALE DI VITTORIO VENETO

Gabriele Zanella

PRC Treviso

Mirella Balliana

consigliera comunale di Vittorio Veneto

Nell'ambito dell'impoverimento della sanità ospedaliera degli ultimi decenni, sono sempre di più i siti che rischiano la sostanziale chiusura. In provincia di Treviso il caso più eclatante è rappresentato dall'ospedale di Vittorio Veneto, che assieme a Conegliano va a coprire l'area dell'Altamarca (già Ulss 7 prima del recente accorpamento delle "Aziende" venete) abitata da 220.000 persone.

Le parole d'ordine sono le solite note: centralizzazione e specializzazione; non deve essere fuorviante il ruolo centrale affidato al sito vittoriese nella fase Covid; le cartine di tornasole della reale volontà politica sono la progressiva dismissione di reparti acuti e la soppressione di posti letto, in un'area che copre piccole ed impervie zone che distano mezz'ora dal più vicino pronto soccorso alternativo a Vittorio Veneto, Conegliano per l'appunto, e un'ora dal sito considerato "strategico" nella folle corsa ai tagli della Regione Veneto, Treviso.

E' necessario mantenere e rafforzare Vittorio Veneto come struttura generalista per acuti, dove funzionano al meglio i reparti di base, come chirurgia, medicina, ortopedia-traumatologia, ostetricia-ginecologia, terapia intensiva, evitando il rischio che sia ridotto a esercitare funzioni per non acuti (riabilitazione, ambulatori, interventi programmati, ospedale di comunità...).

La risposta che l'AULSS 2 trevigiana riserva al gruppo consiliare Rinascita civica-Partecipare Vittorio ed al Comitato per la Difesa della Sanità Pubblica dell'Alta Marca, conferma purtroppo le preoccupazioni: sono per non acuti, in quanto programmati, gli interventi chirurgici con degenza al massimo settimanale annunciati dall'azienda stessa, che inoltre afferma con entusiasmo che Vittorio manterrà un "ruolo strategico" come ospedale Covid, e che quindi sarà possibile che le attività sanitarie ordinarie vengano di nuovo chiuse o fortemente limitate.

Dal 1999 al 2019 gli ospedali di Vittorio e Conegliano hanno perso 7 primariati e 268 posti letto.

Nella sola struttura vittoriese, tra il 2017 ed il 2020 la disponibilità dei posti letto è passata da 246 posti ai 155 posti; l'attività ospedaliera svolta nell'anno 2020 ha subito un calo del 36% per i ricoveri chirurgici e del 27% per i ricoveri medici rispetto al 2019; le prestazioni erogate nei poliambulatori nel 2020 sono diminuite del 19,93% (di contro al Ca' Foncello di Treviso c'è stato un aumento del 21,19%); gli accessi al Pronto Soccorso nel 2020 sono calati del 41% rispetto



al 2019; l'incidenza della popolazione over 65 anni sul totale (24,2% nel 2020) è in costante aumento ed è la maggiore di tutta la AULSS2;

E' palese la perdita di prestigio e di attrattività dell'ospedale di Vittorio Veneto; così come lo sono la chiusura del punto nascite, i previsti quattro posti di terapia intensiva che ancora non si vedono, il trasferimento a Conegliano di Traumatologia (e nei fatti anche di ortopedia) e i disservizi che hanno investito non solo il vittoriese, ma l'intera AULSS, in termini di sovraffollamento, trasferimenti, rinvio di ricoveri, visite, esami, costringendo i cittadini a rivolgersi al privato o a rinunciare alle cure.

Nel contesto della progressiva privatizzazione della sanità, il settore della diagnosi rappresenta un caso eclatante in provincia di Treviso, ben evidenziato dai dati di una inchiesta del quotidiano locale "La Tribuna" pubblicati lo scorso 10 febbraio: tra il 2011 e il 2021 le strutture sanitarie private nella Marca (centri medici, poliambulatori, laboratori di analisi...) sono aumentati da 38 a 138 arrivando (nel 2019) a un fatturato di 60 milioni di euro. La stampa testimonia ormai quasi settimanalmente l'apertura di nuove strutture sanitarie private, l'incremento del giro di affari i nuovi investimenti nel settore.

La difesa dei servizi ospedalieri e territoriali pubblici è sempre più terreno di conflitto da generalizzare, e non può non partire dall'istanza di mantenere in reale attività, oltre l'emergenza pandemica, le importantissime strutture periferiche che la classe politica regionale vuole smantellare.

Il rebus della salute mentale nel contesto della sanità veneta

Il definanziamento e la carenza di medici

Giordano B. Padovan

Medico psichiatra c/o Carcere "Due Palazzi" di Padova. Professore a contratto di Psichiatria e Sociologia presso l'università di Padova

Sul funzionamento della tutela della Salute Mentale (SM) in Veneto – come verosimilmente anche altrove – gravano svariati problemi di ordine economico, storico, culturale, religioso e antropologico, ma nel tempo presente i primi due prevalgono decisamente.

“Se la malattia mentale non esiste perché la sanità dovrebbe finanziarne le cure?”

Già nella consapevolezza degli ispiratori della Riforma del 1978 era presente il rischio del sottofinanziamento della Salute Mentale (SM), tanto acuto proprio nella regione di Franco Basaglia (ed anche il FVG è sotto la media nazionale).

Il Veneto infatti investe una porzione del *budget* sanitario (dati Min.Sal.2020) pari al 2.3% per la SM, il che la pone in penultima posizione – assieme alla Basilicata – appena prima della Campania (che però, a ben vedere, per motivi demografici potrebbe essere in una condizione meno grave del Veneto), con una media nazionale del 3%, un impegno preso dai «governatori» nel remoto 2001(1) a mettere il 5% del budget sanitario per la SM ed una raccomandazione più recente (2018, *Lancet Commission*(2)) per paesi come l'Italia ad arrivare al 10%.

L'altro aspetto del rebus pare seguire ancor più dappresso le sorti – nient'affatto magnifiche e progressive – della sanità generale ed è quello della strutturale carenza di medici, cui si è tentato e si sta tentando di porre rimedio a livello nazionale in maniera bislacca semplicemente aumentando il numero di borse di studio per la scuola di specializzazione (ed ottenendo tra l'altro, un record di abbandoni dopo uno o due anni, a volte mesi). Il bando delle scuole di specialità, psichiatria inclusa, pesca ovviamente da chi è già laureato in medicina ed è fra quest'ultimi che è presente uno spaventoso collo di bottiglia. Giova ricordare – semplificando ed in estrema sintesi – come si sia arrivati all'attuale situazione: alla creazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN),



sempre nel 1978, e negli anni successivi, molti dei medici iscritti prima dell'introduzione del numero chiuso alla facoltà (definitivamente nel 1999(3)) trovarono lavoro come Medici di Medicina Generale (MMG) ed un altro discreto novero rimase precario a volte per lustri. Avrebbe dovuto essere del tutto evidente sin dai primi anni '80, quindi, il forte rischio che – in assenza di una gestione politica del fenomeno – una massa per la gran parte di coetanei che entrasse in blocco (nel giro di pochi anni) a fare lo stesso lavoro sarebbe finita poi per andare in pensione lungo un lasso piuttosto ristretto di tempo lasciando un baratro molto difficile da colmare. In altri termini, grossolanamente, il surplus (reale, per lo meno in un'economia liberista) di medici presente in Italia negli anni '80-'90 – generato dalle politiche universitarie '70-'80 – fu smaltito con la creazione del SSN e dei medici di base, ma dell'enorme onda anomala occupazionale così generata non se ne fregò più anima viva sino a pochi anni fa.

Ricordo che nella seconda metà degli anni '90 girava in libricino di orientamento universitario della Regione Veneto che, tra le altre cose, informava coloro che avessero voluto iscriversi al corso di laurea in medicina e chirurgia che, almeno sino al 2010, non erano previsti posti di lavoro per MMG e che quindi vi era la possibilità del solo futuro da specialista.

I numerosi grafici sul numero di medici per abitante, ad esempio nei paesi UE, che mostrano un'Italia presa magari male, ma non malissimo, rischiano di essere molto fuorvianti se non si va a vedere anche la distribuzione per età dei camici bianchi nei vari paesi, per cui la prospettiva anche a medio termine è decisamente diversa nel caso in cui vi sia o non vi sia una grande massa di lavoratori ultrasessantenni (o ultrasessantacinquenni) sul totale e diverse dovrebbero essere le politiche di programmazione a riguardo.



CONTINUA A PAG. 11

Il rebus della salute mentale nel contesto della sanità veneta

CONTINUA DA PAG. 10

Questo punto però pare andare a disvelare direttamente un problema estremamente critico, ossia quella tendenza demagogica che pare affliggere strutturalmente le democrazie liberali (specie nella loro attuale fase cosiddetta *post-ideologica*) e che parte dalla considerazione – all'interno della logica dell'alternanza e nell'attuale ipersemplicità del dibattito pubblico – circa la sostanziale inutilità di politiche a medio-lungo termine, tali da mostrare i propri effetti oltre il termine della legislatura. Questioni quindi che assumano l'ordine di grandezza temporale della vita lavorativa di una persona finiscono ineluttabilmente oltre le colonne d'Ercole della visione e della comprensione da parte della società di mercato. Ne sia prova, ad abundantiam, il fatto che – pur tutti cosci ormai del problema – dal 2014 al 2018 i posti programmati a livello nazionale per il corso di laurea in medicina sono addirittura diminuiti.

Nell'impossibilità di usare la cabina blu che consente al *Doctor Who* di viaggiare nel tempo, non resta che concentrarsi sul primo punto e, anche con l'attuale derivante carenza di psichiatri, non sia utile mettere a bando (molte) più borse di specialità rispetto al numero di laureati in un anno, a rischio:

1. di abbassare eccessivamente la qualità: nell'esempio di Padova si è passati in un lustro da 5 fino a più di 30 specializzandi per anno e da 5 a 4 (ma nelle vie pratiche 3) anni di studio per fare lo psichiatra (e, al di là, delle singole esperienze, la legge dei grandi numeri è spietata);

2. di svuotare ulteriormente la «falda freatica dei MMG», pur sapendo che la psichiatria è forse la specializzazione più attaccata per vocazione alla medicina territoriale e che quindi paga più caro il

prezzo di un'assistenza ormai minima data dai «1500-2000 pazienti per MMG».

Sul piano dei finanziamenti (una volta portati per lo meno al 5%) esistono invece moltissime possibilità di *mitigare* se non altro l'attuale carenza di psichiatri, ad esempio sfruttando meglio non solo figure già presenti (come TeRP(4), psicologi...), ma anche integrando un maggior numero di funzioni in figure la cui formazione richiede meno anni (e.g. infermieri, personale amministrativo...).

1 Documento sulla Tutela della Salute Mentale. Conferenza dei Presidenti delle Regioni, 18 gennaio 2001.

(http://www.regioni.it/fascicoli_conferen/Presidenti/2001/20010118/index.htm)

2 Documento per altro di stampo, direi, tradizionalista ponendo due livelli differenti: per paesi poveri (5%) e per paesi ricchi (10%), cosa che ipostatizza la considerazione della psichiatria, almeno parzialmente, come «lusso».

([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext))

3 Nel 1999 però già da anni molti atenei avevano autonomamente introdotto in numero chiuso a medicina, precedentemente i numeri erano molto più cospicui: si pensi che l'Università di Padova, ad esempio, negli anni '80 laureava sino a quattro volte i camici bianchi rispetto a vent'anni dopo. La legge fu pigramente promulgata dall'allora ministro del MURST, il democristiano (PPI) Ortensio Zecchino nominato ministro nel governo D'Alema I, dopo l'uscita di Rifondazione Comunista dal governo Prodi e dopo lo spacchettamento del MIUR allora guidato da Luigi Berlinguer. Fu allora fortemente voluto dalla Comunità Europea come minima garanzia di una qualità non più assicurata a causa della sproporzione tra il numero discenti e le possibilità didattico-pratiche a loro disposizione (che certamente avrebbero potuto e dovuto essere ampliate).

4 I Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica sono una figura fondamentale nella psichiatria del III millennio e la loro figura, in Italia, è istituita dal DM 29/3/2001 (<https://www.camera.it/temiap/2018/12/20/OC177-3859.pdf>).



AAA CERCASI MEDICI

Lucia Tundo

coosegretaria PRC Treviso

Qualche settimana fa è andata in onda una puntata di Report sulla situazione della sanità pubblica, in particolare in Veneto e in Lombardia. Puntata che ha stupito e scandalizzato gli spettatori, anche veneti e lombardi, ma questi ultimi non per la sorpresa, bensì perché sanno bene che le cose non stanno come diceva Report. Le cose vanno molto peggio.

In Veneto non ci sono più medici, succede perfino che non vengano assegnate borse di studio per la specializzazione perché nessuno fa domanda: i posti di specializzazione disponibili sono circa il quadruplo dei laureati ogni anno. Le soluzioni possibili sono diverse, tra cui le ore aggiuntive ai medici già in servizio, gli incarichi di libera professione e soprattutto il ricorso a medici che arrivano da cooperative e ditte specializzate, ma questo sistema costa al sistema sanitario regionale quasi un decimo dell'intera spesa per il personale. Di fronte alla sempre più grave voragine di personale, emergono casi di infermieri privati pagati diverse migliaia di euro al mese (alla USSL 3 Serenissima, per citarne solo uno), perché le aziende sanitarie sono costrette a ricorrere a personale esterno. La mancata valorizzazione degli operatori sanitari ne causa l'allontanamento volontario, al quale si può sopperire solo con il ricorso a personale esterno, interinale.

I medici e altro personale, specie se altamente specializzato, lasciano sempre più spesso il Servizio Sanitario: per burnout e malattie stress correlate sempre più diffusi, dovuti a condizioni di lavoro sempre più difficili, per la ricerca di un posto meglio remunerato e anche per l'esigenza di conciliare meglio il tempo/lavoro e la vita personale. Il fenomeno ha subito un rallentamento, ma non si è arrestato, durante la prima ondata di covid, ma la gestione scriteriata di tale emergenza ha fatto sì che nei momenti successivi l'esodo dal servizio pubblico sia continuato quanto non è addirittura aumentato, dopo la drammatica esperienza di aver gestito le ondate pandemiche senza poi assistere ad un concreto investimento nella sanità pubblica, mentre si mettevano nello stesso calderone il fallimento della medicina territoriale con le difficoltà della medicina di famiglia. Il personale è stremato dalle condizioni di lavoro e se ne va. Cosa cercano medici e personale infermieristico specializzato? Meno burocrazia, orari più umani, meno richieste al limite dell'esaurimento psicofisico, la valorizzazione delle competenze e naturalmente una migliore retribuzione, più adeguata al carico di lavoro e di responsabilità: al momento i nostri medici e infermieri sono pagati circa il 50% in meno della media dell'ovest europeo, mentre

la regione Veneto per superare la carenza di personale vengono dirottati prestazioni diagnostiche ed esami non eseguibili in tempi compatibili con le esigenze dei pazienti. Attenzione: la lungodegenza pubblica è, era, gratuita, negli ospedali di comunità il malato o la sua famiglia deve contribuire dopo un certo periodo con cifre che possono arrivare a 45 euro al giorno, il tutto per un servizio in cui la figura di riferimento è un infermiere, non un medico. Il PNRR ha stanziato qualcosa per la costruzione delle cosiddette case di comunità, ma non per chi dovrebbe lavorarci e soprattutto senza tenere conto delle esigenze dei territori, per cui molti cittadini, specie anziani o comunque con difficoltà di spostamento o con l'esigenza di essere seguiti da vicino, avranno difficoltà enormi anche semplicemente a contattare il proprio medico, per non parlare di visite domiciliari o altre necessità. La mancanza di medici di base porta ovviamente a ricorrere ai servizi d'urgenza degli ospedali, aggravando le crisi del pronto soccorso e pesando su personale sempre più in difficoltà.

Altro punto dolente è, nel considerare il servizio pubblico che dovrebbe coprire tutte le esigenze

della popolazione, considerare che circa tre quarti del personale sanitario è obietto di coscienza (gli ultimi dati indicano 252 ginecologi obiettori su 352, ma va considerato anche il resto del personale) e che comunque apparecchiature e strumentazioni per la tutela della salute riproduttiva sono spesso mancanti. Per completare quello che ha tutto l'aspetto di un attacco alla 194, al momento la legge regionale 18 in



materia funeraria prevede la tumulazione, inumazione o cremazione di prodotti abortivi o del concepimento (*). A queste pratiche non è possibile sottrarsi, annullando pertanto la volontà della persona che abortisce, e in regione ci sono diversi cimiteri dei feti non nati. Nel frattempo l'assessora Lanzarin invita i movimenti pro-vita ad essere presenti nei consultori, appellandosi ad una legge regionale (L.R. 20/2020) che istituisce una cabina di regia di cui fanno parte cinque portavoce degli organismi di rappresentanza dei centri di aiuto alla vita.

(*) *Ad ogni aborto, verificatosi in una struttura sanitaria accreditata, anche quando l'età presunta del concepito sia inferiore alle ventotto settimane, nel caso in cui il genitore o i genitori non provvedano o non lo richiedano, l'inumazione, la tumulazione o la cremazione è disposta, a spese dell'azienda ULSS, in una specifica area cimiteriale dedicata o nel campo di sepoltura dei bambini del territorio comunale in cui è ubicata la struttura sanitaria. A tali fini i prodotti abortivi o del concepimento sono riposti in una cassetta, che può contenere uno o più concepiti, secondo il criterio della data in cui è avvenuta la procedura di revisione strumentale/farmacologica della cavità uterina. Tale data è indicata sulla cassetta.*” (art. 40 L.R. 45/2017, comma 2ter)

LA SANITA' BELLUNESE E' GRAVEMENTE AMMALATA

Moira Fiorot

Rifondazione Comunista Belluno

Vivere in un territorio completamente montano è faticoso e noi tutti che cerchiamo di farlo in questa pur magnifica provincia abbiamo imparato sulla nostra pelle quanto lo sia: il taglio di servizi essenziali legati alla Sanità: posti letto – reparti – interi ospedali e servizi sul territorio sono esattamente la cartina di tornasole di quanto sia diventato FATICOSO vivere la Montagna in questi ultimi 30 anni.

Partiamo dalle strutture ospedaliere : la Giunta regionale Veneta ha tagliato reparti e servizi fondamentali negli ospedali di Pieve di Cadore di Agordo, e non dimentichiamo Auronzo di Cadore, ha spostato reparti con l'unificazione dell'Ulss fra Feltre e Belluno . Questo significa km di strada con tempi e tempo incerti sapendo che nelle emergenze ogni minuto può essere prezioso, significa anche limitare l'accesso a cure di prevenzione o fisiatriche con le conseguenze che ognuno di noi può immaginare.

La chiusura di un reparto di Chirurgia H24 nel Cadore e nell'agordino comporta un aumento degli utenti all'ospedale di Belluno che deve così far fronte ad un aumento esponenziale di accessi al Pronto soccorso e nei reparti di chirurgia senza esserne adeguatamente preparato perché sconta una oramai cronica mancanza di personale medico e anche paramedico.

Il servizio **integrativo** dell'elicottero che Zaia spacciano per una soluzione a queste chiusure **non** può sopperire a questo oramai annoso problema per cui i Comitati per la salvaguardia degli ospedali bellunesi si batte da anni – perchè l'elicottero per alzarsi in volo deve sottostare alle previsioni del tempo e pertanto in mancanza delle condizioni ideali per il volo il paziente deve essere trasportato in ambulanza su strada.

Sempre nell'ambito dei tagli ospedalieri partorire in sicurezza è diventato impossibile in Cadore e in Comelico perché il reparto di maternità – ginecologia dell'ospedale di Pieve è stato chiuso e rimane aperto solo l'ambulatorio questo significa che le partorienti devono recarsi a Belluno.

Chiusi interi reparti nel Cadore e Agordino ma anche nel feltrino assistiamo a livello di ospedale ad un ridimensionamento dei servizi offerti e molti reparti **CHIUDONO** il venerdì pomeriggio per riaprire il lunedì mattina: al loro interno gli ammalati che non possono essere dimessi vengono accorpati : ortopedia con otorino e oculistica magari anche con chirurgia o



medicina così da far fronte anche alla carenza di personale medico.

La mancanza di personale è diventata la scusa usata dall'amministrazione regionale per chiudere servizi indispensabili per il nostro territorio e anziché promuovere e attirare nuove operatori sanitari offrendo loro alloggi e contratti soddisfacenti lasciano "scappare" medici ed infermieri che se ne vanno in provincie dove lavorare è più facile e anche professionalmente più soddisfacente

A tutto ciò devo aggiungere la chiusura o la depauperazione dei distretti territoriali che da sempre hanno svolto una funzione estremamente importante per i servizi dati (fisioterapia – logopedia - servizi sociali) insomma tutti servizi legati alla prevenzione e al sociale . I distretti sanitari hanno da sempre sostituito il servizio ospedaliero :ora questi distretti dopo la pandemia hanno visto il ridimensionamento dei servizi offerti a causa della mancanza di personale ma anche a causa delle scelte sbagliate e aziendaliste della Giunta Regionale che investe in grandi strutture specialistiche ed ha abbandonato da tempo i presidi sanitari di montagna.

A chi vive in una provincia come quella bellunese non è garantito il diritto alla Salute costituzionalmente sancito questo per le scelte politiche adottate da anni comitati e cittadini partiti e sindacati si battono per una sanità territoriale che significa più presidi medici più servizi di prevenzione. L'ultima annotazione è sui medici di famiglia : sta andando in pensione oltre la metà dei medici di famiglia, medici che nel nostro territorio sono in prima linea perché talvolta unica presenza sanitaria e in questi due anni di Covid sono stati indispensabili e insostituibili L'aulss 1 Dolomiti a questo terremoto preannunciato del pensionamento in massa dei medici di base non ha saputo ancora dare risposte concrete se non quelle di aumentare i pazienti ai medici rimasti o assegnare medici distanti 20\30 km.

La sanità bellunese è gravemente ammalata.

Veneto Orientale. Cavallino-Treporti, Bibione, esolo, Eraclea, Caorle

C'era una volta la Sanità Pubblica

Salvatore Esposito

Rifondazione Comunista Veneto Orientale

Ora facciamo i conti con una realtà che, cambiando in modo progressivo, non ci ha quasi fatto realizzare che le cose stanno cambiando e che ogni anno un pezzo di quella sanità per cui il Veneto era famoso, sta scomparendo per lasciare posto ad un termine che dovrebbe spaventare: Privatizzazione.

E' bastata una puntata di una encomiabile testata di RAI 3, Report, a rendere noto che in realtà il sistema sanitario Veneto di oggi non è più quello di una volta. Una realtà che colpisce in modo profondo anche la AUSSL4 Veneto Orientale; un territorio che riguarda il litorale che va da Cavallino-Treporti a Bibione conglobando anche Jesolo, Eraclea e Caorle.

Questo solo sul litorale.

Ci sono poi una serie di comuni dell'entroterra. Cavallino-Treporti è una cittadina di quasi 14.000 abitanti che, nel periodo estivo, raggiunge oltre 6 milioni di presenze turistiche.

Jesolo ha una popolazione di 26.000 abitanti circa con più di 5 milioni di turisti annui.

Focalizziamoci su queste due città.

C'era una volta l'Ospedale di Jesolo che aveva tanti bei reparti e soprattutto un Pronto Soccorso reale che dava sicurezza sia alla cittadinanza che ai milioni di turisti.

Oggi non c'è più il Pronto Soccorso; è rimasto un PPI (Punto Primo Intervento) Avanzato.

Sono scomparse anche le sale operatorie.

Ragion per cui se hai qualcosa che necessita di intervento vai a San Donà

di Piave o a Portogruaro.

Da Cavallino, se non c'è traffico, impieghi circa 3 quarti d'ora.

Se invece è estate...ti rimetti a qualche entità superiore. In particolar modo il sabato e la domenica a causa delle strade intasate dai turisti e dai bagnanti.

San Donà di Piave ha due ospedali a distanza di circa 500 metri l'uno dall'altro.

L'Ospedale Civile e la Casa di Cura Rizzola.

Quest'ultima privata convenzionata con il regime pubblico che ha visto aumentare il numero dei posti letto mentre a Jesolo l'ospedale civile veniva smantellato.

Causa la distanza e le liste di attesa per vari tipi di esami, la gente deve, gioco forza, rivolgersi al privato. Chi ha bilanci familiari striminziti ...prega e spera nella fortuna.

Sulla medicina territoriale, meglio stendere un velo pietoso.

Solo a Cavallino-Treporti dagli 11 medici di famiglia di qualche anno fa si è passati a 5 unità.

Alcuni abitanti di questa cittadina devono già recarsi a Jesolo Paese essendo lì localizzato uno di questi 5 medici.

Si ritorna al punto di cui sopra. In estate hai voglia di muoverti nelle strade intasate. Se hai la macchina...altrimenti ti appoggi all'associazione di volontari o prendi 2 busa all'andata e 2 al ritorno. Se sei anziano e magari hai qualche acciaccio...

Eppure per qualcuno ...Tutto va bene Madama la Marchesa.

Oggi, per fortuna, la popolazione dei comuni del litorale comincia a sentire il peso della situazione che non è proprio quella descritta dalla Regione Veneto.

Una pubblica iniziativa presa proprio pochi giorni fa, ha visto una sala piena grazie all'attività del neonato Movimento per la difesa della Salute Pubblica nell'AUSSL 4.

Il vento è cambiato e comincia a soffiare.



Sanità Polesana

Basta sfilate, foto e dichiarazioni discutibili, in Polesine se vuole qualche merito, Zaia cancelli i tagli regionali ai nostri ospedali pubblici



RIEPILOGO OSPEDALI PRIVATI POLESANI

VARIAZIONE X AREA	2002	2013	2019	+ / -	+ / - %
1 - MEDICA	95	65	97	+ 2	+ 2,1
2 - RIABILITATIVA	92	120	161	+ 69	+ 75,0
3 - CHIRURGICA	82	60	92	+ 10	+ 12,2
4 - MATERNO-INFANTILE	0	0	2	+ 2	-
5 - TERAPIA INTENSIVA	6	4	4	- 2	- 33,3
	(+ 38 E.R.) (con E.R.)				
TOTALE	275	287	356	+ 81	+ 29,4

RIEPILOGO OSPEDALI PUBBLICI POLESANI

VARIAZIONE X AREA	2002	2013	2019	+ / -	+ / - %
1 - MEDICA	305	261	333	+ 28	+ 9,2
2 - RIABILITATIVA	135	112	75	- 60	- 44,4
3 - CHIRURGICA	261	192	156	- 105	- 40,2
4 - MATERNO-INFANTILE	103	78	54	- 49	- 47,6
5 - TERAPIA INTENSIVA	70	34	32	- 38	- 54,3
TOTALE	874	677	650	- 224	- 25,6

Guglielmo Brusco

PRC – Unione Popolare Polesana

Questo (per le notizie a mia disposizione) è parte di quello che Zaia, Lega e altre forze politiche prima di loro, hanno fatto per investire soldi pubblici nelle strutture private, diventate poi convenzionate. Dal 2002 al 2019, hanno tagliato circa un posto letto ogni 4 negli ospedali pubblici, mentre ai privati ne hanno aggiunto quasi il 30%!!

In continuità di intenti, indipendentemente dalla forza politica che governava, la regione ha sottratto risorse economiche alle strutture pubbliche per favorire o far nascere nuove realtà private. Dovremmo tutti comprendere che le strutture private hanno come obiettivo produrre utili mentre le strutture pubbliche dovrebbero rispondere ai bisogni dei cittadini. Il Covid ha scopercchiato questa realtà o c'è ne siamo già dimenticati? Vedi quanto successo al San Luca di Trecenta dove è stato chiuso il pronto soccorso.

Ospedali pubblici in sofferenza per rispondere all'emergenza Covid non erano in grado di rispondere nemmeno alle terapie o visite salvavita. I privati convenzionati continuavano tranquillamente ad espletare le loro prestazioni programmate. La politica non ha chiesto a nessuno dei privati di partecipare all'emergenza pandemica pena la riduzione dei finanziamenti pubblici!!!

Questi politicanti non dicono con chiarezza quanto negative siano state le politiche del personale negli ospedali pubblici, con centinaia di posti di lavoro in sanità pubblica, scoperti solo in Polesine.

A Rovigo poi, oltre all'ospedale civile, sono successe cose pesanti che hanno influito anche sulla funzionalità dell'IRAS, la Casa di Riposo pubblica del capoluogo polesano, che vede il proprio futuro a rischio, grazie al travaso di alcuni milioni di euro avvenuti verso un soggetto privato da parte della Regione Veneto a presidenza Zaia. La convenzione riguarda circa 100 posti letto "concorrenti" da dedicare a persone non autosufficienti.

Con Zaia e tutti gli assessori leghisti alla sanità (a partire dal 2005 ad oggi, Tosi-Martini-Sandri-Coletto e ora la Lanzarin), gli ospedali pubblici hanno sofferto, mentre quelli privati si sono molto rinforzati. E noi abbiamo sindaci e in generale gli esponenti di quasi tutto il mondo politico che non protestano, non lottano, magari anche applaudono.

Cari sindaci polesani, non avete proprio niente da dire? Dopo gli sforzi fatti dai "vostri" ospedali pubblici, perché non chiedete il ritorno della loro funzionalità a quanto previsto prima del taglio "Zaista" del 2013? E se non lo fate, ci volete spiegare il perché di questa vostra inerzia?

Sanità e lavoro, solo con la lotta si difendono

Katia Manganotti

Rifondazione Comunista - Unione Popolare

Dall'introduzione anche nel campo della salute del libero mercato si è completamente modificato l'approccio dei lavoratori della sanità ai pazienti, diventati utenti ed infine clienti.

Aziendalizzazione della sanità ha comportato che le diverse attività non avevano più un obiettivo comune soddisfare i bisogni della persona nei suoi diversi aspetti (fisico, psichico e sociale) ma venivano considerate come singole prestazioni ognuna a sé stante. Esempio banale esecuzione di un prelievo. Standardizzato il tempo di esecuzione, per ottimizzare le risorse, nell'esecuzione non potrò tener conto se si tratta di un paziente anziano, bambino, oncologico. Tecnica ineccepibile e veloce. Il risultato della standardizzazione è stato la riduzione del personale. Aumento dei carichi di lavoro, stress da lavoro correlato. I pazienti sono delle persone sulle quali si eseguono prestazioni tecnicamente perfette ma molto "asettiche" senza nessuna o poca empatia.

I professionisti della sanità si sono sentiti demotivati ed anche le speranze che qualcosa cambiasse dopo la pandemia sono sparite oltre al problema annoso di un salario inadeguato. Avendo valore la capacità tecnica di esecuzione delle prestazioni e la velocità vi è una "concorrenza gli uni contro gli altri" invece di collaborare per concorrere alla salute del paziente.

Continuando a togliere risorse in mezzi e persone si deve appaltare. Ed ecco introdotto un altro motivo di divisione tra chi lavora, il dipendente della cooperativa o multiservice con contratto e condizioni di lavoro completamente diverse dai pubblici dipendenti. Sono stati così bravi, i nostri avversari, nell'introdurre concetti demolitivi della solidarietà, come i premi per il raggiungimento di obiettivi che ce li troviamo applicati per contratto. Così i dipendenti delle cooperative guardano gli altri lavoratori come privilegiati.

Nel Veneto è stata varata una delibera che passa attività attualmente di competenza infermieristica agli

operatori socio sanitari. Senza discriminare sulle capacità del personale in questione viene fatta una operazione di impoverimento della professione infermieristica e di sfruttamento degli operatori socio sanitari che impareranno delle tecniche senza avere le adeguate conoscenze. Tutto a costo zero. Altra lotta tra infermieri conservatori e rigidi è operatori che invece di sentirsi fruttati si considerano valorizzati.

Un altro capitolo meriterebbe la medicina del lavoro, lo studio delle malattie professionali, gli ispettori Spisal, i dipartimenti di Igiene e Epidemiologia tutti sistematicamente depauperati di risorse e impossibilitati a coprire i bisogni di salute dentro i luoghi di lavoro e sul territorio.

Ci vuole una svolta che deve nascere da un progetto complessivo di sanità, e di concezione della società per quanto mi riguarda, che solo l'unione di tutte le forze in campo che da anni si occupano e lottano per la salute come diritto universale possono determinare.



Disegno di Milo Manara

Omicidio sul lavoro

Giustizia per Mattia Battistetti

Pagine di testimonianza e di lotta a cura dei famigliari



Inserto a cura della redazione del mensile lavoroesalute

Anno 39 n. 1 gennaio 2023 Mensile diretto da Franco Cilenti info@lavoroesalute.org www.lavoroesalute.org

Mattia Battistetti è nato a Montebelluna il 23 Settembre 1997; dopo la maturità scientifica non ha più voluto continuare gli studi perché amava stare all'aria aperta.



e soprattutto intraprendere un lavoro (aveva vinto anche un concorso come capostazione, ma quando gli è stato detto che il suo posto sarebbe stato dietro una scrivania, in un ufficio, non ci ha pensato due volte a rinunciare). I suoi hobbies erano la moto, la macchina,



le passeggiate in montagna, giocare a calcio e stare con gli amici ...



I suoi amici gli volevano tanto bene e lo stimavano molto:

- **Irene Visentin:** sei un ragazzo semplice, mai stanco del tuo lavoro, sincero, affidabile, di compagnia; Mattia sei una delle poche persone con cui si può parlare di tutto e tu sei pronto ad ascoltare e consigliare. Hai sempre la battuta pronta, mai costruita, ti escono così, sul momento e nemmeno ci pensi!
- **Alex Fasan:** sei il mio più grande amico, su di te so che posso sempre contare... importanti sono i nostri aperitivi, i bei momenti che passiamo insieme, le tante risate!

CONTINUA APAG

● **Lino Gallina:** Mattia sei un creativo, sempre pieno di inventiva, non sopporti le ingiustizie, reagisci sempre quando qualcosa non va, non ti tiri mai indietro! Non hai grilli per la testa, sei puro, sincero, semplice, rispettoso, con un'educazione che ti rende un uomo di altri tempi!

● **Beatrice Buzzo:** Mattia sei un ragazzo speciale, ho avuto la fortuna di conoscerti e di praticarti... hai una risata che trasmette sicurezza, quando qualcuno ha bisogno, tu ci sei sempre!

Dopo le prime occupazioni un po' saltuarie, Mattia ha iniziato nel 2017 a lavorare presso la ditta Altedil di Trevignano di Montebelluna come ponteggiista; lavorava 13/14 ore al giorno, dal mattino alle 6.00, ma era contento del suo lavoro. Nei pochi giorni di ferie che aveva, ne approfittava per andare a lavare i camion o i furgoni della ditta o andare a riordinare il magazzino. Il sabato pomeriggio poi, andava ad aiutare qualche vecchietta vicina di casa a sistemare orto e giardino. Quando Mattia aveva del tempo libero, si recava a fare volontariato presso la Croce Bianca di Montebelluna dove aveva regolarmente frequentato e sostenuto i test finali dei corsi di addetto al Primo Soccorso.

Il 29 Aprile 2021 la tragica fine!!!! Un carico di 15 quintali di impalcature si è sganciato da una gru in movimento colpendolo mortalmente alle spalle. È successo nel cantiere edile della ditta Costruzioni Bordignon in Via Magellano a Montebelluna.



Il Pm che sta seguendo le indagini inizialmente aveva iscritto nel registro degli indagati 10 persone per omicidio colposo. Con atti successivi i rinviati a giudizio sono stati 6: il titolare della ditta Bordignon, il gruista, l'ingegnere coordinatore e responsabile del cantiere, il montatore della gru, il RSPP della ditta Bordignon e il titolare della ditta Altedil. Ci è stata comunicata la data della prima udienza del processo penale che sarà il 26 Gennaio 2023 alle ore 9.30 presso il Tribunale di Treviso e noi contiamo veramente che sia il PM che il GUP in questa occasione diano un segnale forte ed incisivo affinché chi ha sbagliato paghi, affinché si faccia giustizia vera su quanto è accaduto a Mattia e il sacrificio costato a Mattia serva da monito perché non accadano più tragedie simili. Contiamo che in questo giorno tante persone si uniscano a noi, ci stiano vicine e ci sostengano, nel ricordo di Mattia.

CONTINUA A PAG 4



Omicidio su lavoro. Giustizia per Mattia Battistetti

Pagine di testimonianza e di lotta a cura dei famigliari



GIOVEDÌ 26 GENNAIO 2023 ALLE ORE 9.00

CI TROVIAMO NUMEROSI DAVANTI AL TRIBUNALE DI TREVISO
VIALE GIUSEPPE VERDI, 18 DOVE SI TERRÀ LA PRIMA UDIENZA
DEL PROCESSO PENALE PER

MATTIA BATTISTETTI



UNIAMOCI IN UN UNICO GRANDE ABBRACCIO

PERCHÈ SIA FATTA VERA GIUSTIZIA.

BASTA MORTI SUL LAVORO!! GIUSTIZIA PER QUESTE STRAGI!!



Per tenere viva la memoria di Mattia e di tutte le persone che hanno perso la loro vita nel luogo di lavoro, abbiamo intrapreso varie iniziative:

- il 28 Agosto 2021 Maria Farina, Presidente della Croce Bianca di Montebelluna ha onorato Mattia consegnandoci una medaglia d'oro, un encomio e intitolandogli la sala studio della sede stessa



- il 29 Agosto 2021 in Piazza, sotto il Municipio di Montebelluna abbiamo organizzato una fiaccolata



- il 29 Dicembre 2021 è nata l' "Associazione in memoria di Mattia Battistetti odv" che ha lo scopo di sensibilizzare e promuovere iniziative riguardo il tema della sicurezza sui posti di lavoro. Ad oggi l'Associazione conta circa 160 iscritti



**"ASSOCIAZIONE
IN MEMORIA DI
MATTIA BATTISTETTI ODV"**
... PER NON DIMENTICARE
I MORTI SUL LAVORO

CONTINUA A PAG. 5

- il 29 Gennaio 2022 in Piazza, di fronte al Municipio di Montebelluna, abbiamo posizionato una Panchina Bianca



- il 5 Marzo 2022 in collaborazione con l'Associazione culturale "Due Mulini" di Castelfranco Veneto, abbiamo inaugurato presso la loro sede, una Panchina Bianca



CONTINUA A PAG. 6

Omicidio su lavoro. Giustizia per Mattia Battistetti Pagine di testimonianza e di lotta a cura dei famigliari

- il 23 Aprile 2022 sotto la Loggia dei grani a Montebelluna, Vania Marconato, maestro di una scuola di musica, ha dedicato la serata di apertura di “Primavera in musica” a Mattia
- il 28 Aprile 2022 a Conegliano, Gabriele Zanella ha organizzato una serata dal titolo “Ricordiamo Mattia Battistetti lottando per la sicurezza sul lavoro”

Ricordiamo Mattia Battistetti
lottando per la sicurezza sul lavoro



Conegliano
giovedì 28 Aprile
ore 20.45
sede PRC, Via Lazzarin 6

Interverranno i familiari di Mattia
ne parleremo con
Monica Coin - ispettrice del lavoro
Cinzia Brunati - avvocatata del lavoro
Paola Morandin - rls Electrolux Susegana
Carmela Uliano - rls Irca Zoppas



- Il 29 Aprile 2022 nel teatro Binotto di Biadene di Montebelluna, in collaborazione con l’ “Associazione culturale Bordeaux”, abbiamo organizzato letture, poesie, canzoni cantate da una cantante lirica, testimonianze sul tema della sicurezza sul lavoro



- il 10 Luglio 2022 con l’ “Associazione Ca’ Leido” che segue i ragazzi con lo spettro autistico, presso la sede “Due Mulini” di Castelfranco Veneto, abbiamo realizzato uno spazio dove i ragazzi planteranno piante aromatiche delle quali se ne prenderanno cura loro stessi (Mattia era particolarmente sensibile verso chi era meno fortunato di lui).



La famiglia è molto orgogliosa di quanto, seppure nella disperazione di aver perso un figlio, un fratello, un nipote, è riuscita ad organizzare con le sue forze o di pochi sostenitori (grazie a Gabriele Zanella per il suo continuo sostegno!!!) per ricordare Mattia e per cercare di sensibilizzare sul tema della sicurezza perché le morti sul lavoro non sono morti bianche, ma sono omicidi!

- Il 24 Settembre 2022 abbiamo inaugurato una mostra fotografica a Montebelluna. La mostra si compone di 4 parti: la vita di Mattia con le sue passioni, il giorno della tragedia, le iniziative portate avanti in ricordo di Mattia e l’evocazione delle vittime sul lavoro nel primo semestre 2022



CONTINUA A PAG. 7

- il 3 Dicembre 2022 Unione Popolare ha voluto allestire la mostra a Conegliano.



Degni di nota sono anche gli interventi del **Presidente della Repubblica Sergio Mattarella:**

- a seguito di una lettera inviatagli dalla mamma di Mattia, il 6 Settembre 2021 il Presidente di persona telefona a casa Battistetti dichiarando la sua vicinanza e che la sicurezza sul posto di lavoro deve essere al primo posto, deve essere la prima garanzia che un datore di lavoro deve dare ai suoi operai;
- l'11 Marzo 2022 il Presidente invia una lettera alla famiglia Battistetti dove si complimenta per la fondazione dell' "Associazione in memoria di Mattia Battistetti odv" e per gli importanti obiettivi che si pone.

CONTINUA A PAG. 8

Nessuno ci darà indietro Mattia, si va avanti dopo una tale tragedia sopravvivendo, si cerca giustizia e, a chi ha ucciso suo figlio per negligenza, mamma Monica augura di addormentarsi la sera e di risvegliarsi al mattino con i suoi stessi pensieri, con la sua stessa tristezza, con la sua stessa disperazione, con l'ergastolo nel cuore al quale hanno condannato solo la famiglia.

In casa Battistetti c'è una sedia vuota e quel posto vuoto verrà riempito soltanto dai ricordi e dalla promessa che è stata fatta a Mattia di continuare l'impegno per sensibilizzare le persone, affinché siano consapevoli che di lavoro si può morire!!



La mostra fotografica per Mattia inaugurata il 24 Settembre 2022 a Montebelluna