



a pag. 3
LA SHOAH OGGI
E' NEL
MEDITERRANEO
Aprire i porti!
Oggi
la Shoah la riviviamo
nel mediterraneo

Racconti e opinioni
lavoroesalute **NO AD**



25 APRILE 1945/2023

**Oggi come allora c'è chi porta l'Italia
alla fame e alla guerra. La storia insegna
ma ha pochi allievi e tanti di ieri, oggi
la calpestano e diventano complici.
Contro la guerra, per la pace
e la giustizia sociale!**

**Antifascismo
è politica
di piazza
per erudire
di nuovo
le istituzioni**

di Italo Di Sabato
a pag. 6

**Il presente
e noi giovani**

di Tommaso Bruno
a pag. 10

La società in movimento

LavoroeSalute dialoga con **Marco Bersani**

a cura di **Alba Vastano** a pag. 11

La mala eccellenza lombarda

di Francesco Macario

**I diritti negati dalla legge
sulla non autosufficienza**

di Andrea Ciattaglia

Insanità bonacciniana

di Elena Govoni

**L'iniquità
dei fondi SSN**

di Stanislao Loria e Paolo Fierro

**Il futuro dei
congressi per la salute**

di Luca Negro



Le donne e l'odio sui social di Loretta Deluca

Donne, scienza e matematica di Dianella Pez

Libro. Stradario sentimentale Recensione di Giorgio Bona

Rivista aderente a Medicina Democratica Movimento di lotta per la salute - **Sommario a pag. 2**

il virus da nord

di Lorenzo Varaldo
a pag. 14

**Lettera a
lavoratrici
e lavoratori**



INSERTO da pag. 69

**Più di 324
omicidi**

sul lavoro

dal 1 gennaio
al 10/4 2023
da pag. 48

**Morte continua
.....secondo
protocollo**



SOMMARIO

- 3- Locandina 25Aprile
- 4- editoriale L'Italia pulita che r/esiste a fatica
- 6- Antifascismo è politica di piazza per erudire le istituzioni
- 10- Noi giovani antifascisti tra passato e presente
- 11- La società in movimento. Intervista a Marco Bersani
- 14- Autonomia Differenziata, la battaglia contro il virus da nord
- 19- Autonomia D. Lettera alle lavoratrici e ai lavoratori

SANITA' E AMBIENTE

- 20- La mala eccellenza lombarda
- 21- La prima fase dell'inchiesta sul COVID in Bergamasca
- 23- Emilia e Romagna. Insanità versione bonacciniana
- 28- La beffa dei nuovi ospedali con l'edilizia sanitaria speculativa
- 30- L'iniquità della ripartizione dei fondi del SSN alle regioni
- 32- Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza
- 39- Come aderire all'associazione Medicina Democratica
- 40- Quale futuro per i congressi per la salute?
- 44- Siti inquinati, così in Italia si muore di bonifiche mancate
- 45- sempre più spazio alle pubblicità delle aziende inquinanti

SICUREZZA E LAVORO

- 48- Osservatorio sicurezza sul lavoro
- 49- Insicurezza sul lavoro. Morte continuasecondo protocollo
- 50- Miscellanea di schizzi di mal lavoro nel mal Paese
- 52- Locandina. Il messaggio mauriziano al congresso CGIL
- 53- Noi, docenti fuori ruolo, tra precariato e discriminazioni
- 55- E la discriminazione verso il lavoro autonomo?

SOCIETA' E CULTURA/E

- 56- Tutti contro la società performativa, ma la verità e che.....
- 57- L'odio sui social contro le donne
- 58- Donne e scienza. La matematica nelle fibre delle donne
- 60- Guerra al latte materno: industria e medicalizzazione
- 63- Approfondimento su Laetrile
- 66- Libro. Stradario sentimentale, lago di Garda e monte Baldo
- 67- Zapruder. Una «rivista di storia della conflittualità sociale»

ULTIMI DI COPERTINA

- 68- Locandina. 1 maggio 2023 Giorno di libera uscita.....

PAG. 69 **INSERTO allegato**

AUTONOMIA DIFFERENZIATA

19 LOCANDINE

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: 10-4-2023
Suppl. al n° 249/250 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 Toméo - 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 284 numeri

Più 4 n. 0 (83/84) - 13 speciali - 7 tematici
1 referendum nazionale contratto sanità

Scritto da 2524 autori

1461 operatori sanità - 339 sindacalisti
158 esponenti politici - 555 altri

Avviso Causa insostenibili costi di stampa dal numero di novembre 2022 il mensile sarà 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

2.681227 letture 1.093948 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

25
APRILE
1945
2023

In un numero, un mese, un anno, c'è la storia di lotta di donne e uomini combattenti per la libertà. Oggi è lotta contro il liberismo neofascista di vecchi e nuovi nemici della libertà, mistificatori della storia.

“L'illusione è la gramigna più tenace della coscienza collettiva. La storia insegna ma non ha scolari.”

Antonio Gramsci



LA SHOAH OGGI
E' NEL
MEDITERRANEO
Aprire i porti!

Editoriale del mensile
lavoroesalute

anno 39 n. 4 aprile 2023

editoriale



di **franco cilenti**

"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."

Pablo Neruda

L'Italia pulita che r/esiste a fatica

Sono passati quasi trenta giorni dallo "storico" congresso della Cgil e ci avviciniamo al giorno della storia, quel 25 aprile che ha tentato di forgiare un nuovo Paese vestendolo con una Costituzione antifascista imperniata sulla giustizia sociale.

Perché c'è un legame tra il congresso Cgil e il giorno della liberazione dall'oscurantismo nazifascista? Perché, a nostro parere, l'invito all'erede di quel ventennio a parlare nell'assise sindacale rischia di dare corpo al tentativo in atto di riscrivere la storia, perché nell'immaginario popolare, nella testa delle lavoratrici e dei lavoratori, amplificato dalla narrazione politica che si protarrà strumentalmente nel tempo, resterà conficcato come un tarlo che rode la stessa dignità della povertà alla quale si è costretti, quasi obbligati dal destino assegnato dalle similitudini politiche di chi dovrebbe rappresentare, comunque, interessi contrapposti. Quella contrapposizione che la Meloni ha impunemente sciorinato nel suo lungo intervento, della sua "giornata storica" come l'ha definita uscendo trionfante dal congresso.

Quella contrapposizione che Landini stranamente sottovaluta e che consiste nel disegno di legge "Autonomie differenziate" a danno dei cittadini più deboli; nello stanziamento di miseri 1,9 miliardi per la sanità pubblica, di cui 1,4 miliardi utilizzati per i rincari energetici.

Il disegno legge sulla giustizia, che

mette imbavaglia i giudici democratici (quelli di sestra s'imbavagliano da soli), e li mette sotto il controllo del governo attraverso la separazione delle carriere; ha dato agli autonomi ricchi con redditi fino a 85.000 euro, 3,7 miliardi l'anno che sono i soldi tolti ai pensionati poveri, attraverso la flat tax al 15%; ha in programma un disegno di legge che dimezza il reddito di cittadinanza a 375 euro mensili e per un massimo di 18 mesi. Vogliamo parlare della tragedia dei migranti a Crotone? Vogliamo parlare della legge sugli appalti che deregolamenta gli appalti, abolisce ogni vincolo, frantuma il lavoro, precarizza il lavoro, rende più facili i morti sul lavoro, rende più facile la corruzione e l'ingresso di attività mafiose?

Quindi l'invito del segretario generale della CGIL al Presidente del Consiglio Meloni rappresenta la peggiore pagina nella storia del sindacalismo italiano. Di altre brutte pagine ce ne sono, dalla previdenza alla sanità integrativa ma questa scelta di normalizzare i rapporti con il neofascismo, ben visibile nelle politiche di questo governo, è la più grave. Non vogliamo dare a Landini la grave responsabilità - alla pari di Craxi, Violante, Pansa, tanto per citare i primi sdoganatori del neofascismo - di neo deformatore della storia italiana ma nel fare politica spettacolo bisognerebbe avere chiaro che la simbologia imposta ai propri atti deforma la stessa natura del merito nei contenuti che vorresti trasmettere. E' questa brutta verità che Landini ha sottovalutato nello sceneggiare il suo congresso "bulgaro".

Su Lavoro e Salute abbiamo pubblicato tante accurate e critiche analisi di militanti e dirigenti della Cgil sulle scelte in questi anni di segreteria Landini, abbiamo fatto inchieste all'interno del sindacato per individuare pecche e capacità di riprendere un cammino adeguato alle sofferenze sociali, dai pensionati, dei disoccupati e dei lavoratori, ma questa scelta ci dice che in questa fase la Cgil declina altre priorità, quelle della rappresentazione istituzionale. Una cosa è certa, Landini ha dimenticato il consiglio che gli ha dato Papa Francesco «Fate rumore e siate la voce di chi non ce l'ha».

Oggi serve tanto materialismo per non cadere nella trappola del fideismo sentimentale, ci sono analisi concrete da fare su quanto è successo nel congresso Cgil; anche se Landini, e tutto il gruppo dirigente, ha parlato di temi sociali e detto più o meno belle parole di proposta per affrontarli nella loro gravità - vedi la pericolosità dell'autonomia differenziata e della definitiva privatizzazione della sanità pubblica - sono comunque considerate vacue e facilmente sotterrate sotto il tappeto mediatico che nasconde la sporcizia di questa politica che ha avuto anche l'onore di vomitare la sua arroganza nella tribuna di quel sindacato che dovrebbe essere il suo strenuo avversario, secondo la ragione sociale che la gente comune continua, comunque, ad assegnare alla Cgil, e che continua a pensare al conflitto tramite lo strumento dello sciopero e della contrattazione sui luoghi di lavoro come gli unici metodi per ripristinare diritti elementari.

Questi ragionamenti che si sentono - certamente sempre meno con la rassegnazione imposta con la forza mediatica e della repressione di ogni atto di sindacalismo difensivo - fanno a pugni con l'espulsione da parte di Landini del conflitto come arma nella cultura sindacale?

A pugni metaforicamente perché è inibita la stessa partecipazione alla determinazione degli obiettivi sindacali, come è inibita la reale partecipazione alla politica, non lo

Domandona



*Segretario,
a mente fredda
credi di
aver saputo
esprimere
pensieri e
proposte
per le masse
sacrificate
al profitto?*

cile54
2023

L'Italia pulita che r/esiste a fatica

CONTINUA DA PAG. 4

dico io ma i crudi numeri dell'astensionismo alle elezioni nazionali e locali. Ecco l'Italia reale, triste e isolata dalla politica che non la riconosce neanche quando rimane nell'assordante silenzio del non voto. La cita soltanto il giorno dopo delle elezioni rammaricandosi della scarsa partecipazione.

“Per essere ascoltati, bisogna ascoltare” Questa massima landiniana rappresenta la trasfusione di un nuovo DNA nel maggiore sindacato italiano, o meglio, rappresenta il cromosoma del processo riproduttivo del DNA, che viene trasmesso alle categorie rappresentanti dei settori produttivi. In parole povere, quell'incipit del XIX congresso CGIL disegna definitivamente un processo di istituzionalizzazione nel sistema liberista in atto con una lenta progressione da alcuni decenni?

Questa è la domanda alla quale oggi, dopo il deprimente spettacolo riminese, siamo portati a dare emotivamente una risposta affermativa e depressiva, ma deleghiamo ai prossimi mesi la risposta definitiva, consapevoli che non è un congresso che mette la pietra tombale alla capacità di risposta, anche delle stesse categorie della Cgil, ai processi di massacro sociale, e di ciò che resta della democrazia costituzionale, approntati da questo governo in prosecuzione dell'operato dei precedenti governi bipartisan.

C'è un'altro aspetto che dovrebbe preoccupare le menti libere, è il silenzio della platea congressuale (fatta salva la trentina di delegate e delegati della minoranza che schifati dalla presenza a casa loro della creatura nata dalla coppia Draghi/Letta hanno abbandonato il congresso), nonostante sprazzi di cronaca nel delirio dei compiaciuti media, che ha ubbidito con il mal di pancia all'ordine del capo.

A questo serve soffocare la critica, volontariamente e nello stare in



Locandina a cura della redazione del mensile **lavoro e salute** anno 39 marzo 2023

silenzio vederla soffocare a chi ha il coraggio di parlare per chiedere a Landini di stare nel solco della storia del sindacalismo conflittuale per dare risposte serie ai mali prodotti dagli imprenditori e dalla compiacente politica governativa. L'ubbidienza alla gerarchia è un male ormai endemico che è stato solo scalfito quando un delegato nel suo intervento ha detto solamente: “Non mi è piaciuta!”, ed è esploso un' applauso fragoroso. Ben poca cosa come risposta all'oltraggiosa presenza di chi li considera un intralcio da rimuovere.

Un male endemico che non possiamo solo criticare, ipocritamente, quando lo produce la cultura maschilista della destra, anche perchè questa ipocrisia rende complici, forse inconsapevoli, della prossima trasformazione della democrazia parlamentare in presidenzialismo con l'uomo solo al comando. Ricordiamo che questa strada l'ha aperta il fucilatore di partigiani Giorgio Almirante ed è stato il filo conduttore del progetto P2 della Loggia massonica di Licio Gelli che ha istruito i processi di

25
APRILE

propulsione regressiva della società italiana dagli anni 80 ad oggi.

Questo congresso segnerà negativamente anche il 25 aprile?

Di certo non è stata una buona premessa di mobilitazione contro il chiaro tentativo di riprendere dal podio istituzionale l'armamentario fascista, seppur mediato nel linguaggio, ad iniziare dalle aggressioni del ministro Valditara alla cultura costituzionale nella scuola pubblica.

Come ha affermato il Presidente dell'ANPI Gianfranco Pagliarulo nel suo intervento al congresso, la Cgil rappresenta il più grande presidio democratico oggi in Italia, ed è per onorare questa verità che crediamo sia stato perlomeno inopportuna la scelta di Landini nel regalare a un nemico della Costituzione antifascista l'onore della platea Cgil.

Da tempo noi di Lavoro e Salute scriviamo - seppur con articolati spunti critici sul fare di questi ultimi anni - che oggi solo la Cgil può chiamare a raccolta la parte sana della società per rimettere in piedi il Paese. Ma se continua a segare l'ancora solido ramo sul quale è seduto, il 25 aprile sarà solo una data.

Quale Cgil il congresso avrebbe dovuto definire? Eccola:

- 1- La Cgil dichiara che si rende concretamente autonomo da qualsiasi governo e dai Partiti;
- 2- La Cgil dichiara la fine immediata della concertazione;
- 3- La Cgil non inserisce più nei contratti la sanità integrativa;
- 4- La Cgil inserisce nelle piattaforme la riduzione dell'orario;
- 5- La Cgil inserisce nelle piattaforme il salario minimo legale;
- 6- La Cgil inizia la battaglia per il pensionamento a 60 anni;
- 7- La Cgil non firma più contratti atipici per ridurli drasticamente;
- 8- La Cgil dichiara lotta senza quartiere per la sicurezza sul lavoro.
- 9- La Cgil chiederà ogni tre anni il rinnovo della fiducia alle lavoratrici, ai lavoratori e ai pensionati.
- 10- La Cgil dichiara da subito lo sciopero generale contro l'Autonomia Differenziata e per il ripristino della sanità pubblica.

Antifascismo è politica di piazza

di Italo Di Sabato

Serve ancora l'antifascismo? E soprattutto: è ancora vivo? Attraversa i nostri giorni e i nostri pensieri apportando senso e indicazioni di rotta? O è davvero un'ideologia perduta, come dicono i suoi avversari; una retorica in disarmo, come osservano molti critici? Potremmo dire, citando un famoso detto cinese, che l'antifascismo sta vivendo tempi interessanti, nel pieno di una tempesta che ne minaccia la sopravvivenza, per alcuni già avvenuta; tempi che possono però consentire di rimettere a fuoco non tanto l'antifascismo che abbiamo finora conosciuto, quanto la possibilità di trarre dai cruciali anni della resistenza e della guerra civile nuove fonti di ispirazione etica e politica. È la scommessa dei nostri giorni, la via d'uscita possibile da un'eclissi fin troppo annunciata.

Innanzitutto perché l'antifascismo non è un'opinione, è il fondamento della Repubblica nata dalla Resistenza, ne esprime l'essenza, ne costituisce i pilastri portanti, attraversa tutta la Costituzione come legge suprema e progetto di società. La Resistenza, l'antifascismo e la Costituzione esprimono l'idea di una democrazia fondata sul conflitto, sul **d i s s e n s o**, sull'**e m a n c i p a z i o n e** personale e sociale, sui diritti, sulla pace, ed è questo modello che oggi è sotto attacco. E lo è da molti anni, da quando il neoliberismo ha iniziato a vincere la sua lotta di classe dall'alto e autoritarismo e neoliberismo hanno sperimentato il loro connubio nel Cile di Pinochet, con il beneplacito di Milton Friedman e dei Chicago Boys, ricordandoci che aveva ragione Polanyi ad associare fascismo e capitalismo.

78 anni dopo la Liberazione gli eredi del fascismo sono al governo. Giorgia Meloni e il suo partito sono gli eredi diretti del fascismo di ieri. Lo sono per esplicite rivendicazioni, per i simboli a cui fanno riferimento, per la cultura che esprimono, per il linguaggio che usano, per le immagini del passato che portano con sé, ma soprattutto per il blocco sociale ed economico di cui sono espressione e per le politiche che praticano: il respingimento dei migranti, l'accanimento contro i poveri, una scuola del merito che giudica ed esclude, lo smantellamento della sanità pubblica, le mani libere di chi vuole fare i propri affari, un fisco profondamente iniquo, il prevalere del privato sul pubblico, lo stravolgimento della Costituzione in senso

presidenzialista, la secessione dei ricchi con l'autonomia differenziata, l'ulteriore precarizzazione del lavoro, il nazionalismo e l'aumento delle spese militari, la contrazione dei diritti delle donne e dei "diversi".

Ma come siamo giunti a tutto questo?

L'Italia è un Paese che non si è mai disintossicato veramente dall'infezione nera che si chiama fascismo. Nel nostro Paese il fascismo ha continuato a tramare nell'Italia repubblicana, rendendosi protagonista della strategia della tensione nei decenni sessanta-settanta. Episodi stragisti e tentativi golpisti avvengono grazie allo sforzo congiunto di neofascisti e apparati dello Stato e dell'esercito. Ma soprattutto la disgregazione di un progetto di democrazia avanzata con tutto ciò che questo ha significato per la nostra società sempre più eterodiretta.

La presenza di fascisti, fascistoidi e ultrareazionari nelle strutture più delicate della nazione (servizi segreti, esercito, forze dell'ordine e relative burocrazie) ha avvelenato il contesto democratico. Molti fatti di cui siamo stati testimoni, fra cui il G8 di Genova 2001,



non si spiegherebbero altrimenti. Inoltre in Italia la rivalutazione del fascismo, la minimizzazione dei suoi crimini, la condanna della Resistenza e addirittura l'apologia di regime, pur vietata dalla legge, non sono affatto, come qualcuno sostiene, confinati in ambienti marginali e neofascisti, ma sono ormai predominanti nel discorso pubblico. Affermazioni tipo "eravamo tutti fascisti", "i partigiani hanno scatenato la guerra civile", "Mussolini ha fatto anche cose buone"

e "mandava gli oppositori in vacanza" sono ormai luoghi comuni condivisi e ripetuti costantemente anche ad altissimo livello mediatico e istituzionale. Uno dei filoni caratterizzanti consiste nel negare le possibilità di un'analogia tra il fascismo storico ed elementi caratterizzanti il momento attuale definiti tramite il termine "fascismo". Filone interessato, soprattutto, alla banalizzazione di tali fenomeni. E la banalizzazione è un modo particolarmente efficace per immetterci in una "notte in cui tutte le vacche sono nere", dove le parole perdono il senso profondo del loro significato, nella storia e soprattutto nella memoria.

"Chi controlla il presente, controlla il passato", era uno degli slogan del Partito immaginato da George Orwell nel noto romanzo distopico 1984. Ecco, di fronte a quello che sta accadendo negli ultimi anni dovremmo legittimamente domandarci: chi controlla oggi la memoria pubblica della Seconda guerra

Antifascismo è politica di piazza

CONTINUA DA PAG. 6

mondiale in Italia? La risposta sembra chiara: gli eredi politici degli sconfitti in quella guerra, di coloro che l'hanno voluta e condotta con metodi spietati, e che infatti ora ne trasmettono consapevolmente un'idea distorta e a tratti capovolta.

Continuare a diffondere narrazioni storiche false e revisioniste, spacciandole come volontà di pacificazione nazionale, significa permettere che si compia un processo pericolosamente antidemocratico. Vuol dire, in pratica, esserne complici.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito in Italia a un crescendo di aggressioni violente di marca neofascista soprattutto ai danni di giovani di sinistra, omosessuali, migranti, poveri e marginali. Le cifre parlano chiaro: il sito ecn.org ha provato a mappare le aggressioni di matrice fascista avvenute dal 2014 a oggi e se ne contano 225. Il pericolo rappresentato dai gruppi della destra radicale non è tanto la loro crescita quanto lo sdoganamento di una cultura, di un linguaggio, di atteggiamenti fatti propri da forze politiche, nazionaliste e sovraniste, in grado di governare. Per questo parlare di fascismo oggi non è un esercizio di modernariato ma un problema del presente e della società nella sua interezza.

L'apporto più significativo che l'estremismo va offrendo all'intera area della destra parlamentare è lo sdoganamento di una serie di temi e questioni. Sdoganare, in questo caso, implica il rendere appetibili e politicamente premianti parole d'ordine che riguardano le politiche dell'immigrazione, il rifiuto delle unioni di fatto, l'ossessivo rimando ai discorsi sulla sovranità e sull'identità nazionale, l'etnicismo come modalità di costruzione, contrattazione e rigenerazione dei rapporti sociali.

Gli anelli di congiunzione tra discorso politico e temi di ordine sociale sono ottenuti attraverso i costanti richiami alla necessità di evitare l'incrocio tra culture diverse, alla visione dell'Europa come una sorta di entità comunitaria tra popoli distinti ma accomunati dalla cristianità, al rifiuto totale dell'immigrazione in quanto minaccia identitaria. Omofobia, euroscetticismo, come, più in generale, diniego della democrazia e del pluralismo, sono parti di un più generale discorso sulla necessità di rimoralizzare l'Occidente, altrimenti sottoposto alla decadenza

inflittagli dall'innaturalità degli organismi elettivi e rappresentativi. In tale veste, la tematizzazione peculiare alla destra estrema è quella che identifica la necessità di selezionare un'"aristocrazia dello spirito", composta da coscienze militanti, che dovrebbe guidare i popoli "eticamente superiori" a una sorta di radicale trasformazione del proprio spazio politico e sociale, eliminando tutto quanto viene rappresentato come parte di un "complotto", voluto da "poteri forti", il cui obiettivo sarebbe l'assoggettamento delle collettività ai propri voleri.

L'ingrediente complottista, che negli Stati Uniti ha dato corpo a un fenomeno come Qanon, molto diffuso sul web, al pari dell'assalto a Capitol Hill, insieme alla teorizzazione sulla "grande sostituzione" (ovvero della presunta volontà da parte delle élite tecnocratiche di sostituire all'uomo bianco le popolazioni africane e asiatiche), sono due cornici fondamentali nell'identificare le modalità attraverso le quali l'intera area del radicalismo di destra sta ridefinendo non solo il proprio perimetro ideologico ma anche le sue stesse ragioni d'esistenza. Posto che in Italia il piccolo e rissoso universo di partitini ipernazionalisti e

anticostituzionali che erano nati dopo la trasformazione del Movimento sociale italiano in Alleanza nazionale (tra di essi il Movimento sociale fiamma tricolore, il Movimento idea sociale, il Movimento Italia sociale e lo stesso redivivo Movimento sociale italiano-Destra

nazionale), è pressoché scomparso: la vecchia radice missina è stata recuperata da Fratelli d'Italia.

La grande frattura che attraversa le nostre società, tra quella parte della popolazione che gode delle garanzie offerte dal lavoro regolare, e quindi da un sistema di tutele collettive, e, chi, invece, ne è effettivamente escluso o se ne sente comunque tale, vivendo gli effetti di una retrocessione sociale e di status, porta l'azione dei neofascisti a cercare di raccogliere questi ultimi, come già era accaduto dopo la fine della Prima guerra mondiale, assumendo le false vesti di rappresentante del disagio dei tanti. In un tale quadro, sovranismo, populismo, identitarismo e altri fenomeni politici, tra di loro anche molto diversi, quindi non sempre riconducibili a un'unica radice, condividono tuttavia una comune matrice tendenzialmente anticostituzionale, che cerca di avvantaggiarsi della situazione corrente.

Questa matrice è legata essenzialmente a pochi aspetti, ma fondamentali: la teorizzazione dell'idea di nazione come di un'identità etnica rigida e imm modificabile;

CONTINUA A PAG. 8



Antifascismo è politica di piazza

CONTINUA DA PAG. 7

l'accusa, rivolta a chiunque non sia riconosciuto come parte di questa "identità" comune, di costituire una minaccia per il fatto stesso di esistere; la visione dei rapporti di potere come del risultato non delle disegualianze sociali ed economiche, contro le quali lottare, bensì del prodotto di un complotto da parte di oscure élite che, dietro le quinte, si adopererebbero contro il "popolo"; un stile di comunicazione demagogico che, fingendo di volere fare gli interessi collettivi, in realtà tutela solo piccoli gruppi di interesse; l'avversione per ogni forma di pluralismo – non solo politico ma anche sociale, culturale, civile, di genere – e la diffidenza, che si fa quindi rifiuto, contro la democrazia rappresentativa, alla quale viene contrapposta una falsa "democrazia militante", quella alla quale dà corpo l'unica falange legittimata all'azione, quella degli apostoli dell'"Idea" fascista. Più in generale, la sintesi di tutti questi motivi si trova nella rivendicazione della necessità esistenziale di essere ferocemente intolleranti, contro coloro che, di volta in volta, sono additati come un pericolo per la sopravvivenza del proprio gruppo.

Rimane il fatto che la funzione principale dei gruppi neofascisti, oltre a motivare i propri militanti ed aderenti, sia essenzialmente quella di introdurre, nel linguaggio di senso comune, così come nella condotta dei molti, atteggiamenti, pensieri, parole e gesti che altrimenti rimarrebbero censurati o comunque consegnati a piccoli e ininfluenti gruppi di nicchia. Il ricorso al razzismo spicciolo, al pari di un antisemitismo mai sopito, convalida questa funzione: attaccare le minoranze, additandole come una minaccia integrale verso la collettività, per rendere quest'ultima più disponibile e malleabile nell'accettare le imposizioni che, di volta in volta, potrebbero esserle dettate. Parlare di "sicurezza", così come avviene nella destra populista e sovranista, ha quindi come posta la secca limitazione delle libertà collettive, imponendo la paura come strumento di governo delle società.

Il vero conflitto, al giorno d'oggi, tuttavia non si gioca solo sul piano politico: lo scontro è semmai tra una concezione della società che sia aperta e pluralista e una pratica neoautoritaria, destinata a ridurre sempre di più gli spazi di autonomia, di emancipazione, di liberazione delle persone. La riduzione delle democrazie a pura finzione può benissimo coesistere

con un mercato in ampia espansione, che non conosce nessun limite e alcun confine. L'autoritarismo non necessita, al giorno d'oggi, di governi "forti" bensì di società fragili. Queste ultime, sfiancate dagli effetti delle crisi in atto, cercano allora una tutela, anche a rischio di perdere la loro libertà. Il fascismo storico, e i neofascismi, d'altro canto condividono con ogni forma di autoritarismo la cancellazione della politica come luogo e sfera di conflitto mediato, di dibattito articolato, di confronto legittimo, sostituendo a tutto ciò l'imposizione, per via di fatto (ossia per mero rapporto di forza), della propria volontà.

Storicamente, i fascismi del passato, al pari di quelli del presente, si sono manifestati come espressione di una non meglio identificata "volontà popolare", contrapposta alla legittimità costituzionale; hanno parlato di "rivoluzione", richiamando improbabili o impossibili cambiamenti; hanno stuzzicato il bisogno di protezione dinanzi a quelle stesse paure che sono andati alimentando. I fascismi di sempre non sono mai un "di più di politica" bensì la sua cancellazione davanti alla potente violenza dell'imposizione di alcuni interessi di gruppo, mascherati come bisogni collettivi.



Il risentimento e l'intolleranza verso l'"altro", hanno rappresentato una specie di sponda giovanile dello stesso blocco guidato dalla Meloni. Dalla denuncia dell'"invasione" dei migranti, fino all'idea che per questa via si attui una "sostituzione di popolo", fino all'evocazione del "prima gli italiani" per la gestione di ciò che resta del welfare, il lessico del rigetto che mescola allegramente razzismo, paranoia e teorie del complotto, che si è

imposto nel nostro paese indica evidenti assonanze tra le parole d'ordine adottate da formazioni quali Forza Nuova, Casa Pound, Lealtà e Azione e Veneto Fronte Skinheads, solo per citare le più note, e la "destra ufficiale". A ciò si devono aggiungere alleanze e collaborazioni, locali o nazionali, politiche o elettorali, di cui l'apertura della Lega di Salvini all'estrema destra non rappresenta che l'ultimo episodio, nella prospettiva della costruzione di una sorta di destra plurale. La conseguenza più drammatica di questa situazione è stata la sistematica rimozione del tema della violenza dell'estrema destra, tornata invece in auge proprio grazie a questo clima.

Eppure, dagli omicidi di Davide Cesare, "Dax", Renato Biagetti, Nicola Tommasoli, uccisi tra il 2003 e il 2008, fino alle decine di aggressioni subite da antifascisti, studenti e migranti, la recente storia italiana testimonia di come militanti e simpatizzanti neofascisti o giovani

CONTINUA A PAG. 9

Antifascismo è politica di piazza

CONTINUA DA PAG. 8

cresciuti in quella sottocultura razzista sempre più diffusa nel paese, abbiano tradotto tragicamente in pratica le parole d'ordine dell'odio e della sopraffazione cui è stato consentito di affermarsi. Parlare al giorno d'oggi di destra estrema, e di neofascismo, quindi, implica il ripartire da questo quadro complesso e frastagliato. Se il fascismo sta "tornando", qualcuno gli avrà pure aperto, e da tempo, la porta.

Per un nuovo antifascismo

La Resistenza ha valore soltanto se riusciamo a riconoscere quel conflitto nelle forme odierne.

Il contrario della memoria condivisa. Per iniziare a ricostruire un argine antifascista solido, dobbiamo prendere posizione contro l'uso politico della storia, e specialmente contro gli attacchi all'antifascismo, che non di rado provengono direttamente dalle istituzioni.

Prendere posizione significa anzitutto reagire a questi attacchi senza metterci sulla difensiva, ma contrattaccando a nostra volta. La costruzione di una democrazia conflittuale, pluralista e sociale, rappresenta un antidoto contro il fascismo; è l'antifascismo che attraversa la Costituzione strutturalmente antifascista.

Antifascismo è riconoscere la legittimità del conflitto sociale; è fondare la Repubblica sul lavoro, nella consapevolezza che lavoratore e imprenditore non hanno gli stessi interessi.

Antifascismo è rendere effettiva la libertà di manifestazione del pensiero, contro una narrazione omologante, rifiutare la logica dicotomica e artificialmente semplificatrice amico/nemico, considerare il dissenso una ricchezza per la democrazia e non criminalizzarlo e reprimerlo.

Antifascismo è creare le condizioni perché possa svilupparsi una partecipazione effettiva e consapevole, muovendo da una scuola e un'università che stimolino la riflessione critica, l'immaginazione, la ricerca libera.

Antifascismo, dunque, è opporsi all'aziendalizzazione che funzionalizza il sapere alle esigenze delle imprese, degradandolo all'acquisizione di competenze spendibili sul mercato del lavoro.

Antifascismo è liberare la persona umana, promuovendo il suo pieno sviluppo, nel nome di una effettiva uguale diversità, al netto dei bisogni e dei

condizionamenti sociali ed economici.

Antifascismo è garantire e favorire l'espressione del pluralismo, è limitare il potere, equilibrandolo e dividendolo, invertendo la rotta prepotentemente accelerata con la "legittimazione" dell'emergenza (terrorismo, migranti, pandemia e guerra).

Antifascismo è ripudiare la guerra e adoperarsi per una comunità internazionale che persegua la pace e la giustizia.

Antifascismo è combattere il fascismo della "società dei consumi", ovvero il fascismo che risiede nella competitività sfrenata del modello neoliberista che dilaga in tutti gli ambiti della società e della vita.

Antifascisti è essere antirazzisti. Occorre prestare particolare attenzione a un fenomeno che vede le destre raccogliere consenso tra le vittime di un capitalismo di stampo neoliberale che, negli ultimi trent'anni, ha distrutto lo Stato sociale, ha eroso la capacità di acquisto degli individui, ha precarizzato le esistenze, ha prodotto incertezza individuale e collettiva, ha fomentato la più aspra concorrenza facendo introiettare alle persone un senso di colpa per non essere riuscite ad emergere o a restare a galla.

Alla luce di tutto questo, è necessario che la sinistra, oltre a chiedere improbabili prese di distanza dal fascismo da parte dei partiti postfascisti, si preoccupasse di rioccupare quegli spazi di rappresentanza di cui sono rimaste orfane le frange più vulnerabili ed esposte della popolazione. Vulnus sociale di cui detiene chiare responsabilità per essersi fatta affascinare dalle sirene liberiste. La lotta a un certo modello di turbo-capitalismo non è cosa diversa da quella al fascismo.

È indispensabile, dunque, saper coniugare in una battaglia comune i contenuti in favore della tolleranza, dell'integrazione e della solidarietà, con la promozione di politiche sociali attente agli interessi delle classi più popolari. Su questo piano, ed entro questo orizzonte, vi è il rilancio dell'antifascismo e dei valori di libertà ed eguaglianza che animarono la Resistenza in Italia. Indispensabile per contrastare i nuovi fenomeni razzisti e di recrudescenza neofascista.

Italo Di Sabato

Curatore dell'Osservatorio
contro la Repressione

osservatoriorepressione.info



Scuola, neofascismo e revisionismo storico

Dal tam tam h.24 dei media mainstream: 'Il fascismo è un periodo storico concluso.... Oggi parlare di fascismo è anacronistico...' 'Dio, patria e famiglia' è un motto da difendere e da applicare. Non passa lo straniero ... la scuola deve mortificare chi non fa il proprio dovere... la scuola deve essere meritocratica. 'Studia, ubbidisci, non pensare con la tua testa. I libri di testo siano la tua scienza, il tuo sapere'. Conclusione: Il fascismo è tornato e neanche sotto mentite spoglie.' Tommaso Bruno, 17enne, studente del liceo Nomentano (Roma) ha qualcosa da dirci a proposito di alcuni aspetti a scuola dell'emergente nuovo fascismo (A.V.)

Il presente e noi giovani

In queste righe vorrei raccontare le esperienze di lotta al fascismo che io, la mia scuola e il mio territorio portiamo avanti ogni giorno.

Per capire correttamente la lotta antifascista degli studenti di questi anni bisogna andare oltre le classiche pratiche antifasciste e partire da un livello diverso, primario, fondamentale: l'educazione.

Il ruolo dei pochi studenti politicizzati delle scuole è innanzitutto quello di colmare i vuoti che la scuola ha, o meglio dovrebbe avere. Parlare di antifascismo ai propri studenti è uno di questi e probabilmente è il più profondo.

Questa mancanza della scuola permette la crescita di associazioni neo-fasciste che con il governo attuale godono di totale libertà di azione. Ne sono un esempio i fatti del liceo Michelangiolo di Firenze e quelli del Plinio a Roma. Fatti che fanno chiaramente intuire gli intenti di alcune forze politiche del Paese. Questi sforzi, fatti dagli studenti e dalle studentesse, sono, come detto precedentemente, causati dal vuoto che la scuola lascia riguardo il tema. Il nostro Paese, a seguito della caduta del fascismo, non ha mai condannato in maniera diretta i dirigenti fascisti, né tantomeno ne ha limitato l'azione sulla scena pubblica.

L'unico deterrente contro la rinascita e la proliferazione dei neo-fascismi era ed è la nostra Costituzione che è di sua natura antifascista. Essa tuttavia è utile solamente nel momento in cui



viene insegnata alle nuove generazioni e questo ruolo dovrebbe essere ricoperto dalla scuola, scuola che però si tira indietro e non accetta questo compito.

Con il passare degli anni (in particolare dalla riforma delle autonomie scolastiche) gli organi di democrazia all'interno di ogni scuola hanno subito una crisi della partecipazione, a causa dell'accentramento dei poteri decisionali sulla figura del Dirigente Scolastico.

A questo aspetto è necessario affiancarne un altro: la separazione di cultura e politica che, in un paese democratico, non è tollerabile. Tutto questo sarebbe meno grave se la scuola italiana fosse in grado di insegnare la

storia e l'oggettività dei fatti, cosa che tuttavia non fa, lasciando spazio al più sfrenato revisionismo storico. Fenomeno che altera appositamente la verità sostanziale dei fatti storici.

I libri di testo lasciano libera interpretazione a chi li legge, lasciando gli studenti in un limbo e gli insegnanti liberi di manipolare la storia a loro piacimento, cosa che può produrre effetti gravissimi.

Tutto questo serve a dire che la scuola e gli studenti di oggi sono la base del Paese di domani, che su una scuola realmente antifascista oggi poggia la responsabilità di un Paese antifascista domani.

Tommaso Bruno
Roma 9/4/2023



La società in movimento

'La rivoluzione della cura'

La parola al filosofo

Intervista a **Marco Bersani**



A cura di **Alba Vastano**

La soluzione c'è per uscire dal capitalismo che produce isolamento, noncuranza e fagocita le nostre esistenze trasformandoci in merce. La soluzione è fare la rivoluzione. Non quella di stampo bolscevico, ovviamente. Marco Bersani, la definisce 'la Rivoluzione della cura' descrivendone i vari aspetti nel suo ultimo saggio. Non è semplice da realizzare, ma si può fare. E' una rivoluzione che prevede una profonda analisi politica e sociale riferita agli avvenimenti dell'ultimo trentennio. Soprattutto un'analisi che chiarisca le cause dei disastri in cui viviamo in full immersion. Disastri generati dalla continua serie di crisi concatenate, in cui stiamo navigando maldestramente, senza legarle l'una all'altra, prive del contesto che le accomuna. Occorrerebbe riappropriarci di un pensiero critico che ci consenta di uscire dal *loop* del pensiero unico, omologato, che fa tanto gioco al potere.

Marco Bersani, saggista, filosofo, nell'intervista che segue ci offre pillole di pensiero critico. Importante la lettura del suo ultimo saggio '**La rivoluzione della cura- Uscire dal capitalismo per avere un futuro**' per comprendere le dinamiche e i contesti delle crisi attuali che hanno tutte una matrice comune: il capitalismo.

"E' giunto il momento di guardare la luna oltre il dito e ricostruire una chiave di lettura delle crisi multiple del capitalismo: se lette come insieme concatenato rivelano che la sua ferocia è dovuta alla propria intrinseca *debolezza*" (Marco Bersani)

Alba Vastano: 'Siamo in un tempo sospeso'. Lo citi nella seconda di copertina del tuo ultimo saggio 'La rivoluzione della cura?'. Quale significato ha per te il tempo sospeso e in riferimento a quali specifici attuali avvenimenti, considerando anche la difficoltà di dare una definizione precisa al concetto di tempo?

Marco Bersani: Per 'tempo sospeso' intendo la dimensione che attraversa la nostra società nell'epoca della crisi permanente e dell'emergenza. L'incapacità del modello capitalistico di risolvere i problemi da esso stesso creati, lo obbliga a far diventare la crisi una modalità di governo e di disciplinamento sociale. Così il tempo scorre da una crisi all'altra e le persone.



ne vengono investite senza riuscire a coglierne le connessioni e senza poter reagire.

A.V.: Da oltre un decennio stiamo attraversando una serie di crisi che si susseguono, senza sosta. Dalla crisi finanziaria a quella sociale, dalla crisi ecologica, fino alla pandemia che ha immobilizzato il mondo. E poi l'attuale, ancora più critica per una probabile escalation nucleare, dovuta al conflitto fra Russia e Ucraina che ci coinvolge direttamente. Sembrano crisi slegate per fattori diversi. Cosa le unisce?

M.B.: Il modello capitalistico può sopravvivere solo impedendo che si capisca il contesto che produce le crisi e le connessioni fra le stesse. Perché se fossero resi chiari il contesto e le connessioni, la narrazione dominante sull'insostituibilità del capitalismo cadrebbe e sarebbe resa evidente l'insostenibilità sociale, ecologica e relazionale del capitalismo stesso.

A.V.: E' il caos. La paura. Quale fattore dovrebbe interagire per trasformare la paura in un'azione che promuova la rabbia e la speranza come motore dell'agire canalizzato contro le false narrazioni?

M.B.: Oggi le persone sono sole e isolate dentro una frammentazione sociale senza precedenti. Questo le fa scivolare nel panico e le fa sfociare nel rancore. Perché il panico diventi preoccupazione (ovvero la fase che precede l'occuparsi) e perché al rancore subentrino rabbia e speranza, il primo passo è ricostruire i luoghi della socialità, far incontrare le persone, permettere la socializzazione delle esperienze e dei saperi. Solo il sentirsi "parte" permette di iniziare a camminare.

A.V.: Secondo la narrazione dei poteri dominanti il virus che ha scatenato l'ultima, tragica, pandemia è stata scatenata da un 'fastidioso nemico esterno che ha inficiato un modello economico che andava alla grande. Sulla prestigiosa rivista scientifica 'The Lancet' appare per la prima volta il termine sindemia in luogo del termine pandemia.. Cosa si intende per sindemia?

CONTINUA A PAG. 12

La società in movimento

'La rivoluzione della cura'

CONTINUA DA PAG. 11

M.B.: Il concetto di sindemia analizza l'emergere di una criticità (in questo caso il virus) dentro il contesto che l'ha prodotta e alimentata. Non considera il virus come una causa, bensì come un effetto. Di conseguenza, non pensa alla salute in termini riduzionisti, come pura assenza di contagio, ma come un insieme di fattori di salute territoriale, ambientale e sociale che devono essere considerati per intervenire efficacemente ogni volta che emerge una criticità. Assumere il concetto di sindemia significa affermare che la pandemia non ha creato ex novo alcun problema, ha invece funzionato come evidenziatore, amplificatore ed acceleratore di problemi esistenti.

A.V.: "La prima lezione che si può trarre dalla pandemia è la constatazione che una società interamente regolata dal mercato non è in grado di proteggere le persone". Lo scrivi nel primo capitolo del tuo saggio. Quali sono stati a tuo avviso i fatti più critici che dimostrano quanto sostieni e che hanno fatto crollare tutto il sistema economico e sanitario durante la pandemia?

M.B.: Nel mio libro argomento approfonditamente su questo tema. Il punto vero è che la vita delle persone e l'azione del mercato si muovono su dimensioni alternative del tempo e dello spazio. La vita delle persone si svolge dentro uno spazio limitato (la comunità) e dentro un tempo lungo, scandito da diverse fasi progettuali; al contrario, l'azione del



mercato si svolge dentro uno spazio immenso (il pianeta come unico grande mercato), ma il tempo delle scelte è determinato dall'indice di Borsa del giorno successivo. Questo è il motivo sistemico per il quale quasi tutte le scelte fatte secondo la logica del mercato sono in contrasto con i bisogni della vita delle persone.

A.V.: Nel suo 'Spillover' David Quammen adduce le cause alla deforestazione e al conseguente salto di specie fino alle malattie zoonotiche, ai wet market, come quello di Wuhan. Mercato, sfruttamento della natura, capitalismo, altro che teorie del complotto su presunti virus creati in laboratorio. La tua opinione?

M.B.: Non sono un esperto, né uno scienziato, per cui non so con certezza l'origine di questa pandemia, anche se mi sembra abbastanza dimostrato il fatto che sia stata provocata dal salto di specie in natura, piuttosto che essere stata prodotta in laboratorio. Ma, al di là dell'origine specifica di questo virus, che una pandemia fosse in arrivo era dato per certo dal mondo scientifico che da anni studia la relazione fra l'iper-sfruttamento della natura e le zoonosi. Le teorie complottistiche, che vorrebbero dipingersi come anti-sistemiche, sono in realtà funzionali al sistema. Perché se la pandemia fosse stata originata per volontà di un nucleo di persone dal potere occulto, non ci sarebbe nessuna trasformazione sistemica, né nessuna rivoluzione sociale ed ecologica da mettere in campo, bensì un conflitto di poteri che lascerebbe intatto tutto il resto. Purtroppo per i complottisti, il mondo è più complesso di come desidererebbero fosse.

A.V.: L'apartheid vaccinale. Lo scandalo dei vaccini negati ai Paesi del Sud del mondo e lo scandaloso business che ha arricchito a non finire le multinazionali farmaceutiche. I paesi del Sud del mondo trasformati nel vivaio del virus per alimentare la pandemia e vendere vaccini in fase di sperimentazione. Reazioni avverse silenziate. Un processo simil-Norimberga che faccia cadere le teste dei responsabili?

M.B.: Un processo simil-Norimberga sarebbe necessario, ma per costringere chi di dovere ad assumersi le responsabilità delle scelte criminali fatte, occorre prima ribaltare i rapporti di forza dentro la società.

A.V.: Tornando al problema madre, il capitalismo tossico. Puoi descrivere in breve i motivi per i quali il capitalismo riesce ad essere un'onda malefica inarrestabile, pervasiva e inossidabile, tanto da essere stato definito così: 'E' più facile immaginare la fine del mondo che la fine del capitalismo'?

M.B.: Il fatto è che il capitalismo non è solo un sistema economico e questa visione riduzionista è stata a mio avviso uno dei principali motivi del fallimento delle <esperienze del socialismo reale. Non esiste solo la contraddizione capitale-lavoro e occorre pensare a una concezione estesa del capitalismo, che tenga conto dell'appropriazione dei beni naturali (contraddizione capitale-natura) e dell'appropriazione delle attività di riproduzione sociale (contraddizione di genere). Ma il capitalismo è anche un sistema antropologico che ha ridisegnato la soggettività dentro l'idea dell'individuo autonomo, artefice del proprio destino, l'uomo che

CONTINUA A PAG. 13

La società in movimento

'La rivoluzione della cura'

CONTINUA DA PAG. 12

“non deve chiedere mai”. Ha quindi reciso il legame relazionale e sociale che invece contraddistingue l'intera vita delle persone. Di fatto, ha proposto l'orizzonte collettivo dell'“uno su mille ce la fa” e l'orizzonte individuale del “io speriamo che me la cavo”, come se la vita delle persone dovesse scorrere dentro l'orizzonte della solitudine competitiva. ?questa solitudine a far emergere il paradosso per il quale è più facile immaginare la fine del mondo che la fine del capitalismo”.

A.V.: 'Dov'era l'io fare il Noi' (come ripetono i lavoratori della Gkn in lotta). E' la cura che proponi nel tuo saggio e vuole essere il paradigma di una nuova società. Da dove si inizia? E con chi? Le forze di sinistra radicale sono a brandelli. Diventano sempre più imperanti forze politiche di chiara matrice fascista. Le politiche sono sempre più improntate al predatorio neoliberalismo. I partiti comunisti sono frammentati e contano poche unità. Da dove si inizia e con chi?

M.B.: Se vogliamo combattere il capitalismo serve una nuova idea forte che aiuti ad immaginare l'orizzonte di un'alternativa di società. Il paradigma della cura -di sé, dell'altro e dell'altra, del vivente e della natura- è a mio avviso ciò di cui c'è assoluto bisogno in un momento storico in cui è a rischio l'esistenza della vita umana sulla Terra, ed è il paradigma intorno al quale è possibile costruire una diversa società, che sia ecosocialista e femminista invece che capitalista e patriarcale; equa, inclusiva e solidale invece che predatoria, escludente e disuguale. E' un processo che deve scaturire dalla società attraverso la convergenza delle lotte e delle pratiche, prima che nella politica in quanto tale. E il tema di quale organizzazione dare all'insieme di queste lotte e di queste pratiche va affrontato dentro una discussione aperta e senza alcun perimetro.

A.V.: Sul concetto di cura, citi nel tuo saggio la filosofa Sara Ruddick la quale propone di superare i modelli ideologici della cura e una nuova visione della relazione uomo/donna legati all'identità di madre e padre. Pertanto ogni persona che abbia ricevuto o prestato cura ha la capacità di farlo. Ottimistica osservazione, ma come la mettiamo con l'arroccamento dovuto al buen retiro da collettività sempre più scomposte in una società sempre più alienata?

M.B.: Tutte le persone hanno bisogno di cura e tutte le persone accudiscono durante la loro esistenza. Il problema è superare l'idea dominante che propone la competizione invece della cooperazione. Le persone rischiano di cadere nella trappola perché la narrazione dominante propone l'incuria e la noncuranza per le sorti delle altre e degli altri come viatico per l'affermazione individuale. Ma è un tunnel senza uscita che rende le vite ancora più fragili della loro già strutturale vulnerabilità. Occorre rimettere in relazione le persone, perché si riconoscano come comunità di



cura, capaci di lotta e di trasformazione, invece che pensarsi come un insieme anonimo di individui brulicanti e rancorosi.

A.V.: Come ben descrivi nel tuo saggio, siamo sempre lì, al male inarrestabile? il capitalismo che produce noncuranza. E allora come se ne esce?

M.B.: Se ne esce con la consapevolezza dell'assoluta insostenibilità del modello capitalista a risolvere le plurime crisi da esso stesso generate: la crisi ecologica, l'emergenza sociale, la soppressione della democrazia non possono essere affrontate dentro un modello ispirato alla crescita e al profitto, alla divisione delle persone in vite degne e vite da scarto, al dominio dei pochi sui molti.

A.V.: E' in atto, promossa da Attac e da molte altre associazioni, la campagna 'Riprendiamoci il Comune' che ha il fine centrale di contrapporsi allo sfacelo delle politiche neoliberali vigenti. Come sta andando la raccolta firme e a cosa sono finalizzate le due leggi di iniziativa popolare?

M.B.: La campagna Riprendiamoci il Comune, con le sue due leggi d'iniziativa popolare, una per la riforma della finanza locale e l'altra per la socializzazione di Cassa Depositi e Prestiti, rappresenta il tentativo di applicare il paradigma della cura dentro le comunità territoriali, per aprire la strada ad un nuovo modello sociale ecologico e relazionale. Le proposte provano da una parte a ridisegnare il ruolo dei Comuni, oggi devastato da decenni di politiche liberiste, sulle coordinate di una nuova funzione pubblica sociale, ecologica e di genere; dall'altra, rivendicano la messa a disposizione degli stessi delle ingenti risorse -280 miliardi- del risparmio postale, oggi utilizzate da Cassa Depositi e Prestiti dentro logiche di profitto e non di interesse generale. Sono proposte di legge che guardano alla priorità della partecipazione delle comunità territoriali a tutte le scelte fondamentali che le riguardano e alla costruzione di una reale democrazia di prossimità. Per chi ne vuole sapere di più www.riprendiamociilcomune.it

Fonte: La rivoluzione della cura – Autore: Marco Bersani-Ed. Alegre

Alba Vastano

Giornalista
Collaboratrice redazionale
di Lavoro e Salute



Il virus da nord

Autonomia differenziata: il punto della “battaglia delle battaglie”

Lorenzo Varaldo

Esecutivo Nazionale dei Comitati per il ritiro di qualunque Autonomia differenziata

Dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri in febbraio e il successivo avallo del Presidente della Repubblica a inizio marzo, il DDL per l'applicazione dell'Autonomia differenziata (chiamato anche “Calderoli”, dal nome del ministro leghista che l'ha elaborato) è approdato nei giorni scorsi al Senato. Con questo atto si segna dunque un ulteriore salto di qualità nel processo che potrebbe portarci ai disastri dell'Autonomia differenziata. Nello stesso tempo, il Ministro Calderoli ha nominato la commissione incaricata di definire il LEP (CLEP, Commissione Livelli Essenziali delle Prestazioni), prevista dalla Legge di Bilancio, che ha il chiaro intento di aggirare le sterili “critiche” di chi sostiene che l'Autonomia differenziata possa essere sì varata, ma solo dopo la definizione di questi “livelli essenziali”.

I sostenitori “critici” dell'Autonomia differenziata (AD) sono serviti: commissione istituita e ostacolo aggirato, anche perché la Legge di Bilancio prevede che, qualora questa commissione non arrivasse entro 30 giorni a definire i LEP, tutta la materia passerebbe ad un commissario incaricato di perfezionare il lavoro e permettere dunque all'AD di partire (*).

Benché il processo che si annuncia sia ancora di una certa lunghezza, siamo dunque di fronte ad un'accelerazione preoccupante, con la quale tutti coloro che si oppongono all'AD, coscienti della gravità e della pericolosità di essa, sono chiamati a fare i conti per aggiornare la loro azione.

È giusto dunque partire da un bilancio della mobilitazione contro l'AD, base per le azioni che ci attendono.

Un bilancio necessario per rilanciare

Quando nel giugno 2019 un gruppo di docenti di alcune associazioni di difesa della scuola pubblica (***) lanciarono un appello “a tutte le associazioni di difesa dei diritti democratici, della scuola pubblica, della sanità e dei servizi pubblici” per organizzare una grande assemblea nazionale “per il ritiro dell'Autonomia differenziata in ogni settore”, veramente in pochi, nel Paese, sapevano di che cosa si stesse parlando e a quali pericoli si andasse incontro. “Autonomia differenziata” era un'espressione conosciuta da qualche esperto o cittadino particolarmente attento, evocata da Salvini, all'epoca uscito dalle elezioni europee rafforzato nel suo ruolo all'interno del governo Conte I, inserita nel programma di governo, ma percepita come qualcosa di lontano, astratto, sconosciuto dalla stragrande maggioranza della popolazione.

La risposta a quell'appello fu molto grande (più di 130 associazioni, comitati, partiti e sindacati aderirono) e l'assemblea che si tenne poi a Roma il 7 luglio vide



la partecipazione di ben 200 persone, che si costituirono infine in “Comitato Nazionale per il ritiro di qualunque Autonomia differenziata”, rompendo l'isolamento tra i settori e aprendo la porta all'unità di questa mobilitazione.

Per tracciare un primo bilancio di questa lotta a distanza di quattro anni e provare dunque a fare un punto sullo stato e sulle prospettive della mobilitazione è importante ripartire da allora, anche perché, come vedremo, ciò che uscì da quell'assemblea è oggi di un'attualità scottante.

Innanzitutto i fatti: l'AD sembrava allora “cosa fatta”. L'appello per l'assemblea nazionale recitava: “Il 26 maggio, appena conosciuti gli esiti delle elezioni europee, Salvini, senza perdere un solo momento, ha annunciato che il governo procederà ora velocemente con i suoi programmi, a partire dalla realizzazione dell'Autonomia differenziata”.

Forte delle pre-Intese che il governo precedente (Gentiloni) aveva siglato con Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna proprio allo scadere della legislatura, rafforzato dal risultato elettorale, Salvini si sentiva in tasca l'AD. D'altra parte, gli stessi promotori dell'Assemblea dovettero resistere a quanti, tra i contrari all'AD, si smarcavano, dichiarando apertamente: “Non c'è più nulla da fare”.

Un primo fatto si impone: per cause di diverso tipo (contraddizioni interne ai governi, mobilitazione, pandemia), sono passati altri due governi dopo il Conte I, ne è in carica un terzo, tutti questi governi hanno inserito l'AD nel loro programma... ma l'AD non è ancora una realtà.

Non c'è dubbio: nulla può lasciarci tranquilli. Anzi, dobbiamo essere molto allarmati perché questo

Autonomia differenziata: il punto della “battaglia delle battaglie”

CONTINUA DA PAG. 14

governo ha non solo inserito l'AD nel suo programma, non solo ha elaborato un bozza di Disegno di Legge Quadro per realizzarla (cosa già fatta dal governo Conte II con il ministro Boccia e poi da quello di Draghi, con la bozza Gelmini), ma più precisamente è arrivato - diversamente dai precedenti esecutivi - ad approvare un DDL e a depositarlo in Parlamento per la discussione. Inoltre ha istituito la citata commissione (CLEP) di “esperti” incaricata di definire i LEP (***)

Un processo più avanzato rispetto al passato è dunque in corso e tutto sembra orientarsi verso l'approvazione dell'AD.

Ma in una battaglia, si sa, il tempo non è indifferente e il fatto che dopo quattro anni l'AD non sia ancora nelle condizioni di partire non può che essere considerato un fatto positivo, o quantomeno un punto di appoggio, benché in una situazione molto difficile.

Il tempo non è indifferente...

Oltre a ritardare l'AD, che cosa abbiamo dunque ottenuto in questi anni? Su quali elementi possiamo appoggiarci per tentare di sconfiggere questo vero e proprio attentato all'unità della Repubblica, ai diritti sociali, alle conquiste dei lavoratori?

Per quattro anni il lavoro dei Comitati per il ritiro di qualunque AD è stato condotto senza quasi alcuna eco da parte dei media, del mondo della politica, degli editorialisti. Ciò non ha impedito che dal basso, pur con fatica, l'argomento cominciasse a farsi una certa strada, ad essere illustrato tra i militanti più sensibili, ad aggregare. Ma il grande dibattito che altre volte si era aperto nel Paese (per esempio con la devolution al tempo del governo Berlusconi-Fini, oppure con le “riforme” istituzionali di Renzi nel 2016) in questi anni non si è visto.

Si può forse addirittura ipotizzare che il silenzio sia stato voluto e cercato proprio in considerazione delle esperienze precedenti, quando il parlare apertamente delle “riforme” era culminato in un doppio fallimento delle stesse (vittoria del NO sia al referendum del 2006



sulla devolution, sia ai referendum del 2016 sulle “riforme” Renzi).

L'ultimo periodo, che ha portato alla presentazione del DDL Calderoli, ha segnato una prima svolta, seppur ancora parziale e insufficiente: il tema dell'Autonomia differenziata è diventato più pubblico, viene ripreso spesso dai giornali e parzialmente dalla televisione, le prese di posizione autorevoli contrarie si moltiplicano, un movimento di opinione “contro” sembra porre le basi per allargarsi.

L'allargamento dell'azione per l'unità

Un secondo elemento che il tempo ha guadagnato alla lotta è stato l'allargamento dell'azione dei Comitati, sia sul piano politico sia su quello organizzativo.

Sul piano politico, il Comitato si è dovuto confrontare fin dall'inizio con il suo stesso nome: “... per il ritiro di qualunque Autonomia differenziata”. Ribadiamo innanzitutto che questa posizione è assolutamente corretta ed è l'unica che apre una reale prospettiva per eliminare un problema enorme creato (tra gli altri) dalla riforma del Titolo V della Costituzione, nel 2001. Come recitava la Dichiarazione conclusiva della seconda assemblea nazionale (29 settembre 2019), “*che si tratti di definire o meno i LEP, che si tratti di escludere questa o quella materia, che si tratti di “residuo fiscale” o di “spesa storica”, il solo fatto di concedere maggiore autonomia ad una o più Regioni costituirebbe un primo elemento di divisione del Paese (e pertanto di identica accessibilità ai diritti universali per tutte/i) e aprirebbe un varco dagli esiti imprevedibili, potenzialmente irreversibili*”. In altri termini, veniva ripreso e approfondito il concetto espresso nella prima assemblea di luglio 2019: “*L'unità della Repubblica è oggi in pericolo*”.

Detto questo, fin dall'inizio sono apparsi comitati e associazioni, nonché partiti, che hanno espresso posizioni più sfumate. Pur essendo genericamente “contro” l'Autonomia differenziata, affermano che una qualche forma di essa, temperata e ridotta, potrebbe essere ammissibile. Con queste associazioni si è però presentata l'opportunità di fare fronte comune su un punto: il ritiro delle proposte di AD in atto. In altre parole: la realtà concreta ci ha posto e ci pone di fronte a ipotesi precise (Boccia e Gelmini ieri, il DDL Calderoli oggi); queste ipotesi - evidentemente



CONTINUA A PAG. 16

Autonomia differenziata: il punto della “battaglia delle battaglie”

CONTINUA DA PAG. 15

osteggiate da chi come noi è contro qualunque AD - vedono contrari anche quelli che ipotizzano un'AD “ridotta”. Il Comitato nazionale ha dunque saputo cogliere questa occasione per allargare la mobilitazione, istituendo un Tavolo Nazionale NO-AD che ha come punto comune proprio il seguente: il ritiro delle proposte concrete in atto. Una sorta di unità di fronte all'emergenza è stata così proposta, accettata da molti, praticata.

Ciò ha permesso all'organizzazione di allargarsi, di coinvolgere soggetti molto importanti come la FLC-CGIL e la stessa confederazione (presente all'assemblea nazionale di fine gennaio), la UIL-Scuola, l'ANPI nazionale.

Intendiamoci: il Comitato Nazionale per il ritiro di qualunque AD ha mantenuto e mantiene ferma la sua posizione, per esempio non aderendo alla raccolta firme sulla LIP (Legge di Iniziativa Popolare) promossa da un gruppo di costituzionalisti attorno al prof. Villone, se non fosse altro perché questa proposta prevede comunque di applicare il comma 3 dell'art. 116 della Costituzione (come riformato nel 2001) e dunque l'AD, seppur in forma in parte ridotta. Ma il Comitato ha saputo giustamente non isolarsi e cercare in ogni momento l'unità più larga possibile per battersi contro i pericoli immediati.

D'altra parte, sul piano organizzativo il Comitato Nazionale si è via via articolato in un numero sempre maggiore di Comitati locali, raggiungendo ora il significativo numero di 80.

L'Appello dei sindaci, le posizioni sindacali, le manifestazioni

Un terzo elemento positivo della mobilitazione è dato dall'Appello dei sindaci, partito da un gruppo di primi cittadini del sud, ma ora allargatosi, seppur con difficoltà, anche ad altre zone del Paese. Questa posizione - culminata in una Lettera al Presidente della Repubblica e poi in una manifestazione di piazza a



Napoli, il 17 marzo - rappresenta certamente un importante punto di appoggio della lotta e può ricevere nuovi consensi e “pesare” dunque nel dibattito istituzionale. La stessa ANCI, pur non esprimendosi chiaramente contro l'AD, ha manifestato in una sua presa di posizione molte critiche e contrarietà.

E ancora, due importantissime posizioni - entrambe contrarie all'AD - sono arrivate dai Consigli Comunali di Roma e Bologna (con ulteriore contrarietà all'AD dichiarata apertamente dal sindaco di quest'ultima). Ricordiamo poi il moltiplicarsi di iniziative di piazza e non (convegni, conferenze, assemblee) sui territori. Per esempio a Bari si è svolta una manifestazione regionale contro l'AD, così come a Torino se n'è svolta una provinciale, realizzata nell'unità attorno al quadro dato dal Tavolo sopra citato, mentre in Emilia-Romagna sta partendo una raccolta firme per una legge di iniziativa popolare che revochi la pre-Intesa siglata da Bonaccini con Gentiloni per l'attuazione dell'AD. A Potenza si sono tenute diverse iniziative, mentre altre sono in programma o si sono appena realizzare a Taranto, Milano, Varese, Pesaro-Fano, Pozzuoli, Caltanissetta, Padova, Catania...

La prospettiva di una manifestazione nazionale

L'ultimo elemento è dato dalla prospettiva aperta dall'Assemblea Nazionale di Roma, a fine gennaio: un appello per una grande manifestazione nazionale per il NO all'AD, che porti a Roma decine di migliaia di cittadini da tutto il Paese.

Questo elemento condensa prospettive e problemi attuali di tutta la mobilitazione.

È infatti evidente - purtroppo - che la composizione del Parlamento e la sola lotta istituzionale hanno ben poche possibilità di fermare l'AD. Ciò anche perché da un lato la rappresentanza democratica e in particolare dei lavoratori nel Parlamento è praticamente nulla; dall'altro, perché l'unica forza politica presente alla Camera e al Senato che in qualche modo deriva dalla storia del movimento operaio e dei lavoratori - il PD - In effetti, la battaglia si giocherà in fin dei conti proprio su questo aspetto, condensato nel titolo della Lettera Aperta: “L'Autonomia differenziata ci riguarda: uniamoci per il ritiro”.

CONTINUA A PAG. 17

Autonomia differenziata: il punto della “battaglia delle battaglie”

CONTINUA DA PAG. 16

Che cosa resterà dei contratti nazionali e della normativa sul lavoro, della sanità pubblica, della scuola, della politica ambientale, dei servizi pubblici, se dovesse passare l'Autonomia differenziata?

A poco poco, più o meno gradualmente, nulla. Come si legge in questo Appello ai lavoratori, *“Con l'Autonomia differenziata andremmo incontro alla fine dei contratti nazionali, inevitabilmente affiancati, quando non sostituiti, da contratti regionali. Questo, fisiologicamente, ci porterebbe a lotte isolate e deboli, ad una maggiore soggezione alle pressioni per accettare condizioni di lavoro più dure, meno tutelate, ad una legislazione al ribasso, sotto il ricatto di delocalizzazione di industriali e multinazionali, ma non in un altro Paese, bensì in un'altra Regione! La situazione disastrosa della sanità che tutti conosciamo, determinata dalla attuale legislazione concorrente stato-regione, tenderebbe a peggiorare* è in realtà fautrice dell'AD ed è responsabile di tutti i passi avanti fatti fino ad ora su questa strada (dalla “riforma” del Titolo V che la rende possibile, alle pre-Intese di Gentiloni, alla richiesta dell'Emilia-Romagna presentata da Bonaccini senza una vera opposizione della Schlein, passando per le bozze di Legge Quadro di Boccia e poi della Gelmini). Premesso che la mobilitazione di piazza è sempre non solo utile, ma necessaria in ogni lotta, il fatto che oggi essa diventi in qualche modo l'unica carta da giocare rappresenta certamente un limite.

Ma nello stesso tempo, l'appello a questa manifestazione nazionale apre una prospettiva concreta e reale a tutto quel movimento che si è messo in moto dal 2019 e che comprende naturalmente il Comitato Nazionale per il ritiro di qualunque Autonomia differenziata, il Tavolo Nazionale NO-AD di cui sopra, ma anche intellettuali, enti, Comuni, Province e soprattutto l'insieme dei cittadini, a partire dal movimento dei lavoratori.

Solo una mobilitazione di massa, di piazza, che mostri “il re nudo” al Paese, che sappia mettere in difficoltà il



governo, trascinare anche gli incerti, potrà fermare l'Autonomia differenziata. Non siamo certamente ancora al punto di realizzazione di questa mobilitazione, ma un processo è in atto, primi incontri con sindacati e partiti si svolgeranno proprio nel mese di aprile, prime manifestazioni locali si realizzano.

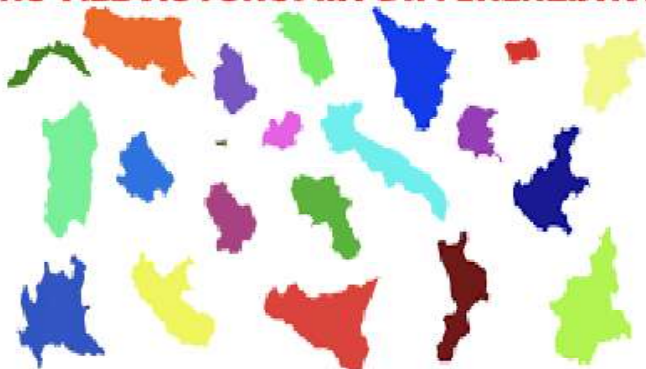
In questo contesto, la presa di posizione contro l'AD da parte di Landini e della CGIL, nonché della UIL, segnano certamente un passaggio fondamentale. Tutti noi vorremmo che l'azione diventasse subito di massa, che l'unità (Cobas, USB e SGB sono da sempre contrarie all'AD) si realizzasse sul terreno della piazza, senza esitazioni. Non si tratta solo di una speranza, ma della coscienza di una necessità. Intanto, le prese di posizione di questi sindacati così grandi e storici aprono una prospettiva nuova.

L'Appello ai lavoratori, per toccare “la pancia” della gente

Nel frattempo, molte altre iniziative sono in atto: campagne sui social, pressioni sui consigli comunali con proposte di mozioni da votare, gruppo di lavoro sui LEP per smascherare l'operazione in corso... Tra queste, un posto certamente molto importante è quello dell'Appello ai lavoratori che il Comitato Nazionale per il ritiro di qualunque Autonomia differenziata ha lanciato.

Questo Appello ha infatti un obiettivo centrale nella lotta: far comprendere ai lavoratori, ai cittadini più “normali”, come l'AD rappresenti un pericolo reale concreto per le loro condizioni di vita, che si trovino al nord come al sud, che lavorino in un settore privato o pubblico, che siano attivi o pensionati o disoccupati. *ulteriormente: i livelli delle prestazioni pubbliche sarebbero ridotti al minimo per lasciare invece spazio aperto alle assicurazioni private e ai fondi sanitari (la previdenza integrativa e complementare, per giunta, è una delle materie disponibili alla potestà legislativa esclusiva delle regioni). In pratica, la sanità diventerebbe un lusso per chi può permettersela. E la scuola? Diplomi, contratti nazionali, orari verrebbero a poco a poco rimessi in causa, come già succede nelle Regioni Autonome, mentre le pressioni sulla libertà d'insegnamento aumenterebbero, così come la penetrazione dei privati”.*

NO ALL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA



CONTINUA A PAG. 18

Autonomia differenziata: il punto della “battaglia delle battaglie”

CONTINUA DA PAG. 17

Divide et impera

Diventa dunque fondamentale spiegare le conseguenze concrete dell'AD, coinvolgere, aggregare e mobilitare affinché questo tema allarmi davvero la gente e porti a poco a poco ad una vera mobilitazione di massa.

È necessario uscire dalla contrapposizione nord-sud (come se il dramma dell'AD riguardasse solo il sud), uscire dall'idea che in qualche parte del Paese “qualcosa” potrebbe migliorare, e chiedersi invece quali sono le motivazioni, le cause profonde dell'Autonomia differenziata.

Esse vanno cercate, per quanto paradossale possa sembrare, proprio nella resistenza che - nonostante problemi e ostacoli enormi - il movimento democratico e dei lavoratori ha saputo mettere in campo negli ultimi trent'anni.

È vero: non c'è dubbio che questi decenni hanno visto sparire conquiste storiche, ridimensionarne altre, attaccare il tenore di vita di milioni e milioni di lavoratori, pensionati, giovani, rimettere in causa diritti democratici, portare un colpo micidiale alla sanità, alla scuola, ai servizi pubblici, ai contratti nazionali.

Ma resta un fatto: le leggi del capitale fondate sul profitto impongono di andare oltre, di molto. Esse chiedono e pretendono che tutta la scuola pubblica venga in qualche modo consegnata al privato, penetrata da esso, liquidata per farne un campo di profitti, di sfruttamento dei giovani, di sub-cultura. Chiedono e vogliono che la sanità - ciò che di essa rimane - venga privatizzata, aperta ai fondi assicurativi, che la gente normale venga espulsa dalle cure gratuite o semi-gratuite di cui ancora gode, che le liste d'attesa vengano eliminate, ma non perché visite, esami ed operazioni si facciano subito, bensì perché nessuno si sogni ancora di rivolgersi al pubblico! Vogliono e pretendono che non esista più un contratto nazionale in nessun settore, in nessuna fabbrica, e non per essere sostituito con contratti regionali, bensì addirittura con contratti di fabbrica e anche individuali, aperti ad ogni sfruttamento.

Per fare questo, per andare fino in fondo nella distruzione di diritti e conquiste, il capitale ha bisogno di dividere la forza che resiste, che cerca di organizzarsi, che spesso sciopera a livello nazionale, che contiene molti attacchi, che strappa rinnovi contrattuali, che si raggruppa attorno ai sindacati nazionali, ultima organizzazione di massa nella quale essere “classe” - e quindi forza - e non individui isolati.

“Divide et impera”, questa è la ragione di fondo dell'Autonomia differenziata, che una parte sempre più consistente del capitalismo italiano porta avanti, incurante degli scenari di esplosione del Paese che ciò apre, a pochi chilometri dall'ex-Jugoslavia, in un'Europa sempre più dilaniata dalle divisioni e dai regionalismi.



La posta in gioco è tutta qui: da una parte la forza unita dei lavoratori e delle loro organizzazioni, dall'altra la tendenza micidiale della legge del profitto a distruggere tutti i quadri nazionali nei quali gli stessi lavoratori si sono costituiti, si battono, si uniscono.

Se i capitalisti possono certamente contare sulle loro organizzazioni e sui loro partiti, tutti noi dobbiamo agire perché le nostre organizzazioni - in primis i dirigenti sindacali - imbraccino in modo deciso, forte, fino in fondo, la battaglia, che poi è anche quella per la loro sopravvivenza: ritiro di qualunque Autonomia differenziata!

NOTE

(*) Il Comitato Nazionale ha avuto modo di affrontare la questione dei LEP, vera e propria trappola per arrivare a definire livelli minimi dei servizi in ogni settore e sclerotizzarli, cioè impedire un loro miglioramento. Peralto, con la “riforma” del Titolo V e la sussidiarietà, questi LEP potrebbero comunque essere forniti dai privati. In ogni caso, se si vuole avere un'idea di che cosa ci attende è sufficiente pensare ai LEA (Livelli Essenziali Assistenza) che sono alla base del disastro della sanità

(**) Appello per la scuola pubblica, Assur, Autoconvocati della scuola, Comitato 22 marzo per la difesa della scuola pubblica, Lip Scuola, Manifesto dei 500, No Invalsi

(***) In questa commissione, “furbescamente”, il ministro Calderoli ha inserito diversi nomi legati al PD (Violante, Bassanini, Amato, Finocchiaro...). Per quale motivo queste persone hanno accettato di implicarsi in un lavoro che ha come obiettivo la realizzazione dell'AD, mentre dichiarano di essere contrari? Non dovrebbero invece denunciare pubblicamente l'operazione, combatterla e mettersi di traverso realmente?

Lorenzo Varaldo
Esecutivo Nazionale
dei Comitati per
il ritiro di qualunque
Autonomia differenziata

Torino 9/4/2023



lavoratrici e lavoratori uniamoci per il ritiro della

AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Siamo lavoratrici e lavoratori di tutta Italia, del nord, del centro, del sud.

L'Autonomia differenziata è stata introdotta dalla modifica della Costituzione approvata nel 2001. Con essa, ben 23 materie, che oggi competono allo Stato, potrebbero passare completamente alle Regioni che ne fanno richiesta.

Si tratta di materie vitali: istruzione, sanità, lavoro, ambiente, trasporti, infrastrutture, commercio, professioni, commercio con l'estero..., e addirittura i rapporti con l'Unione Europea. Nonostante i mezzi di informazione abbiano cominciato a parlarne, pochi spiegano davvero quello che potrebbe succedere ai lavoratori e alle lavoratrici, ai/alle giovani, ai pensionati, alle famiglie.

Con l'Autonomia differenziata andremmo incontro alla fine dei contratti nazionali, inevitabilmente affiancati, quando non sostituiti, da contratti regionali. Questo, fisiologicamente, ci porterebbe a lotte isolate e deboli, ad una maggiore soggezione alle pressioni per accettare condizioni di lavoro più dure, meno tutelate, ad una legislazione al ribasso, sotto il ricatto di delocalizzazione di industriali e multinazionali, ma non in un altro Paese, bensì in un'altra Regione!

La situazione disastrosa della sanità che tutti conosciamo, determinata dalla attuale legislazione concorrente stato-regione, tenderebbe a peggiorare ulteriormente: i livelli delle prestazioni pubbliche sarebbero ridotti al minimo per lasciare invece spazio aperto alle assicurazioni private e ai fondi sanitari (la previdenza integrativa e complementare, per giunta, è una delle materie disponibili alla potestà legislativa esclusiva delle regioni). In pratica, la sanità diventerebbe un lusso per chi può permettersela.

E la scuola? Diplomi, contratti nazionali, orari verrebbero a poco a poco rimessi in causa, come già succede nelle Regioni Autonome, mentre le pressioni sulla libertà d'insegnamento aumenterebbero, così come la penetrazione dei privati.

Negli ultimi trent'anni numerose conquiste sono state attaccate. Ma se questo processo non è arrivato fino

in fondo, se ancora esistono i contratti nazionali, le pensioni, una parte di sanità pubblica, una scuola nazionale, è perché i lavoratori hanno potuto mobilitarsi a livello nazionale, uniti dal nord al sud. Domani tutto questo potrebbe non esserci più, con conseguenze disastrose.

In questo processo, le Regioni del sud sarebbero certamente le prime a pagare un prezzo drammatico. Con l'AD si prevede infatti che le Regioni "differenziate" trattengano le tasse raccolte sul proprio territorio, senza compensazioni tra le zone del Paese dove c'è più lavoro e più reddito e le altre, come invece avviene oggi. Ma un sistema di concorrenza al ribasso, unito alla perdita delle tutele e al proliferare di contratti regionali colpiranno tutte/i, in un processo di cui è impossibile immaginare esiti positivi.

La propaganda cerca in tutti i modi di nascondere tutto ciò e di presentare l'Autonomia differenziata come una riforma di semplificazione amministrativa, di promozione dell'efficienza e di accoglimento delle esigenze dei territori. Non è vero: i centri di potere, i clientelismi, le infiltrazioni della malavita organizzata si moltiplicherebbero e in

cambio ci troveremmo divisi, impotenti, gli uni contro gli altri.

La storia del movimento dei lavoratori è la storia della ricerca dell'unità per ottenere diritti, conquiste, migliorare le condizioni di vita. Questa storia si intreccia con quella dell'unità del Paese, con la Resistenza e la Liberazione, con la stessa creazione della Repubblica, "una e indivisibile" (art. 5 della Costituzione). Come lavoratori e lavoratrici abbiamo tutto da perdere dalla frantumazione di questa unità, dal venir meno definitivo dei presupposti che hanno alimentato una lotta ultrasecolare.

Per questo, lanciamo a tutte e a tutti un appello: l'autonomia differenziata ci riguarda; battiamoci per il suo ritiro. Difendiamo tutto ciò che ci unisce e costituisce la base dei nostri diritti. Solo così potremo pensare di estenderli e di riconquistare ciò che abbiamo perso in questi anni.



FIRMA E FAI FIRMARE

appellolavoratoricontrroad@gmail.com

“La sanità italiana era tra le migliori ma adesso è in crisi per colpa della politica che ha inserito il profitto. Gli ospedali sono diventati delle aziende. Oggi il medico viene rimborsato a prestazione, che è una follia razionale, scientifica ed etica. Si mette il medico in condizioni di dover fare o di ambire a fare più prestazioni perché così si guadagna e quindi si inventano nuove malattie e cure, oppure si fanno interventi chirurgici inutili”. Gino Strada

La mala eccellenza lombarda

La Lombardia è la regione che più di tutte ha privatizzato la sanità

L'indebolimento degli investimenti nel pubblico sta portando a disservizi e a disagi crescenti: mancano medici, in sofferenza i servizi di prevenzione, code e ritardi spaventosi per i malati, persone che rinunciano alle cure perché non ne hanno i mezzi.

I tre principali schieramenti che si sono contesi la guida della Lombardia nelle elezioni regionali non intendono discostarsi da questo quadro particolarmente desolante, che in Lombardia è l'esito di un processo che perdura da decenni e che l'ultima legge regionale (2021) ha perfino peggiorato.

Il **centro-destra** intende gestire la sanità Lombarda secondo i medesimi indirizzi che hanno portato alla tremenda catastrofe del Covid, di cui si è autoassolto

Moratti, con la sua lista sostenuta dal centro confindustriale di Calenda e Renzi, ha inaugurato nuove strutture realizzate con i fondi del Pnrr senza prevedere assunzioni pubbliche di medici e infermieri: privatizzare è la sua mission (Confindustria privatizzerebbe anche l'aria, se fosse possibile)

Il **centrosinistra**, silente nella crisi Covid e impegnato con la destra ad impedire la Commissione Parlamentare d'Inchiesta, ha scelto di garantire gli interessi della sanità privata candidando una figura di primo piano di un grande gruppo della sanità privata milanese.

È questo il quadro desolante che si presenta oggi ai cittadini lombardi. In questo contesto emergono le contraddizioni politiche che hanno portato la bergamasca ad essere il lazzaretto d'Europa con più di 4.000 vittime ufficiali del Covid (ma in realtà molte di più), su 1.100.000 abitanti, nei primi tre mesi della pandemia.



A fronte di questo dramma sociale e personale il quesito che oggi molti si pongono non è se la medicina territoriale bergamasca ha tenuto o meno, ma piuttosto di quali e di quante risorse avrebbe dovuto disporre la medicina territoriale per poter far fronte all'onda sciagurata della pandemia?

Nella narrazione della pandemia da Sars-Cov2, la medicina territoriale è stata definita da molti “l'anello debole” del sistema sanitario, la componente “che non avrebbe tenuto” nella prima ondata pandemica e in particolare in quel terribile marzo 2020. Ma questa spiegazione semplicistica appare però una narrazione di comodo, utile soprattutto a chi, responsabile dell'impoverimento delle Cure Primarie e della Sanità Pubblica, vuol negare il fallimento, forse anche inevitabile di fronte a una catastrofe pandemica, di un sistema che per decenni ha concentrato ogni investimento sanitario quasi esclusivamente sull'assistenza ospedaliera. Una narrazione che forse fa comodo anche a coloro che, se si decretasse il fallimento del sistema della Medicina Generale, sarebbero pronti a prenderne il posto.

Ma analizziamo il contesto reale. Poniamoci la domanda di quanti erano i soldati in forza alla Medicina Generale che – in una visione ancillare delle Cure Primarie – avrebbero dovuto difendere i Pronto Soccorso dall'assalto dei

malati di Covid19? A Bergamo in quel marzo 2020 parliamo di 700 Medici di Medicina Generale, con qualche decina di infermieri di studio part time e 150 pediatri. Aggiungendo i Medici di Continuità Assistenziale e i Medici delle USCA non arriviamo 1000 unità. Circa un decimo dei sanitari presenti negli ospedali. Questi inizialmente erano anche privi di adeguati DPI, inacquistabili perché scomparsi praticamente dal mercato: 150 di loro si sono ammalati subito in quel mese di marzo, in 9 hanno perso la vita.

In pratica questi 700 medici (senza voler dimenticare pediatri e MCA e USCA) hanno gestito la maggior parte dei casi di Covid19 dell'intera pandemia. Cioè circa il 90% dei malati, che sono rimasti al domicilio e non hanno mai visto l'ospedale neanche da lontano.

Ma approfondiamo la situazione reale, e non le sciocchezze ufficiali che parlano ancora oggi di poco più di 4.000 morti nei tre mesi più critici. A marzo 2020 a Bergamo furono accertati un numero di casi dell'ordine di 10.000 tutti presso gli ospedali, dove i tamponi diagnostici erano disponibili, e si è registrato un numero di decessi per Covid19 di circa 3500 (l'eccesso di morti rispetto solo al marzo dell'anno precedente è calcolato statisticamente più vicino a 5000).

Se i casi reali fossero stati solo i 10.000 accertati con tampone, la

La mala eccellenza lombarda

CONTINUA DA PAG. 20

malattia avrebbe dovuto avere una letalità impossibile, superiore al 35%. In realtà si sapeva già allora che la letalità generale della malattia era tra l'1 e il 2%. Questo significa che il numero reale dei casi superava, stando ai discutibili dati ufficiali, di oltre 10 volte quello degli accertati con tampone molecolare (i soli che comparivano nelle statistiche). In pratica nel mese di marzo 2020 nella provincia di Bergamo possiamo stimare un numero ufficiale di casi dell'ordine di 100.000 - 150.000 (in realtà probabilmente molti di più). Tolti i 10.000 assistiti in ospedale, questo significa che a marzo ognuno di quei 700 medici ha avuto più di 200 casi di Covid tra i suoi assistiti.

Considerando una durata media della malattia di 8 giorni, per ogni medico c'erano ogni giorno più di 50 malati di Covid19 da seguire a domicilio. Tra quei pazienti ve n'erano molti che, secondo tutte le linee guida del mondo, avrebbero dovuto essere ricoverati in ospedale, perché già con insufficienza respiratoria grave. Ma il numero 112 dell'emergenza non rispondeva, le ambulanze non arrivavano (soprattutto se il malato era ultrasessantenne), i Pronto Soccorso erano saturi con lunghe code di lettighe all'esterno e i posti

letto dei reparti ospedalieri erano tutti occupati. Perché, bisogna ammetterlo, in quello sciagurato marzo 2020 a Bergamo culla dell'eccellenza lombarda anche gli ospedali non hanno tenuto. Questa è la verità.

Nel marzo 2020 le strutture ospedaliere provinciali nel loro insieme hanno diagnosticato e seguito 10.000 casi di Covid. In media 320 nuovi casi al giorno. Hanno svolto un lavoro titanico, hanno riconvertito in brevissimo tempo interi reparti alla gestione dei pazienti Covid19. Hanno trattato i casi che necessitavano di maggior intensità di cure e, nonostante la disponibilità di risorse umane, hanno subito uno stress che nessun operatore potrà mai dimenticare. Il paragone è scorretto per tanti motivi, ma se, nonostante gli sforzi eroici, queste strutture sanitarie che potevano contare su 10.000 operatori sanitari sono andate in crisi con 320 nuovi pazienti Covid19 al giorno, come si poteva pensare che il sistema delle Cure Primarie, con 1000 operatori, praticamente

senza strumenti né personale di supporto, avrebbe potuto gestire più di 4.000 nuovi casi al giorno (alcuni dei quali con necessità di cure ospedaliere)?

La questione che questa situazione ha evidenziato non è se la medicina territoriale ha tenuto o meno, ma piuttosto di quali e di quante risorse avrebbe dovuto disporre la medicina territoriale per poter far fronte all'onda della pandemia. Bisognerebbe quindi farsi la domanda corretta e rispondere con investimenti conseguenti è questa l'unica possibilità per evitare che la prossima pandemia ci trovi ancora nelle stesse condizioni. Ma la Lombardia, e l'Italia, si appresta a fare esattamente il contrario procedendo a privatizzare in prospettiva anche la medicina territoriale, e non è difficile vedere le nuove sciagure che si accavallano all'orizzonte.

Francesco Macario

Segretario del PRC/SE della federazione di Bergamo

Borgo di Terzo 26 marzo 2023



La prima fase dell'inchiesta sul COVID in Bergamasca

La magistratura ha concluso la sua inchiesta sulla prima fase della pandemia Covid a Bergamo.

I magistrati hanno evidenziato, come noi di Rifondazione e i famigliari delle vittime da tempo denunciavamo, la mancata adozione e il mancato aggiornamento dei protocolli già utilizzati nel 2002 e nel 2012 per contrastare prima la Sars e poi la Mers; la mancata applicazione delle fasi 1-2-3 del piano pandemico del 2006 e la scelta di non applicare, nonostante le raccomandazioni dell'Oms, il piano pandemico nazionale antinfluenzale per farne uno nuovo sulla base delle esigenze emergenziali. Accuse pesanti.

Questi interventi forse non avrebbero arginato del tutto il contagio, ma prevedevano misure di contenimento che avrebbero potuto frenarlo: mascherine, percorsi sicuri, tamponi. Così non è stato. È stata invece

appurata la contraddittorietà e l'inefficacia delle disposizioni amministrative che sono state contraddittorie ed inefficienti, basta pensare a ciò che è avvenuto nell'ospedale di Alzano Lombardo o nella RSA. Decisioni politiche e amministrative che hanno fatto perdere tempo e ridotto l'incisività nel contrasto alla pandemia.

La Pandemia era una novità, ma l'intera classe dirigente del paese si è dimostrata complessivamente inadeguata a gestire la situazione, anche se ora si nasconde dietro all'eccezionalità dell'evento per assolversi.

Tra le disposizioni amministrative citate nell'inchiesta tra le principali criticità riscontrate viene segnalata "l'assenza di un provvedimento volto a vietare i voli indiretti dalla Cina".

CONTINUA A PAG. 22

La prima fase dell'inchiesta sul COVID in Bergamasca

CONTINUA DA PAG. 21

Ora è noto che la Val Seriana è uno dei distretti storici del tessile in Italia con forti rapporti con la Cina. Centinaia di tecnici, ingegneri e manager si muovono continuamente, tra Bergamo e la Cina. Questi viaggiatori hanno avuto, probabilmente, un ruolo fondamentale nel portare in Val Seriana, in Italia e in Europa il contagio.

Da gennaio i viaggi diretti tra la Cina e Bergamo erano vietati, ma come noi di Rifondazione abbiamo da subito denunciato, il divieto è stato superato dalle imprese orobiche con il sotterfugio dello scalo indiretto. L'obiettivo era la prosecuzione delle proprie attività eludendo i divieti sanitari. Quindi il virus è arrivato "improvvisamente" per le scelte di chi temeva un calo dei propri affari.

Ora perché l'inchiesta non individua chi volava tra la Cina e Bergamo? I biglietti saranno stati pagati (e fatturati) da qualcuno e quindi non pare impossibile accertare i responsabili. Non vanno costoro perseguiti per la strage provocata?

Inoltre, come da noi di Rifondazione da subito denunciato, dai documenti dell'inchiesta appare chiaro che si sarebbe potuto attivare misure di contenimento almeno a partire dalla metà del febbraio 2020. Ma invece in quel momento Confindustria dichiarava che a Bergamo non c'era nessun problema e che lì si continuava a correre, produrre e fare ovviamente profitti.

E qui si arriva dritti alle pressioni effettuate da Confindustria sulla classe politica e amministrativa che ha portato all'inizio di marzo 2020 alla mancata istituzione della zona rossa in Val Seriana, per la quale – pare – devono rispondere di epidemia colposa aggravata, Conte, il governatore Fontana e l'assessore Gallera, oltre a diversi membri del C.T.S. Secondo l'ipotesi della magistratura di Bergamo, anche sulla base della consulenza affidata al microbiologo Crisanti, la zona rossa a Nembro e Alzano avrebbe potuto risparmiare migliaia di morti: se fosse stata istituita il 27 febbraio, le vittime in meno sarebbero state 4.148; al 3 marzo 2.659.

Queste sono le cause e i responsabili imprenditoriali e politici di questa tragedia che come Rifondazione Comunista abbiamo denunciato immediatamente. Con i politici (di centro-destra e di centro-sinistra) che hanno fatto a gara, anche a livello locale e amministrativo, per non toccare determinati interessi industriali e produttivi. Tutti sapevano che c'erano pratiche illecite e un rischio molto forte, e che già a fine febbraio la situazione era gravissima, ma Governo (centro-sinistra) e Regione (centro-destra) hanno fatto a gara per non istituire la zona rossa, per non bloccare tutte le attività a partire da quelle produttive.



Rifondazione Comunista ha chiesto invece dalla prima settimana di marzo inascoltata la sua istituzione. È solo in seguito a queste denunce che alla metà di marzo, con la situazione ormai totalmente fuori controllo, che il governo Conte si è inventato la zona arancione che bloccava quasi tutto eccetto, guarda caso, buona parte della produzione industriale.

Per questi fatti la gestione della vicenda Covid ha determinato anche il definitivo crollo della fiducia di gran parte della popolazione, e in particolare dei ceti popolari, verso le classi dirigenti economiche e politiche. Cosa ben evidenziata dal forte astensionismo riscontrato anche alle recenti elezioni regionali, con buona pace di coloro, sia di centro-destra che di centro-sinistra, che pensavano di utilizzare politicamente la tragedia a fini elettorali. Astensionismo che non a caso ha travolto entrambi gli schieramenti politici percepiti dai cittadini entrambi come responsabili.

Oggi dare voce e rappresentare questo malessere deve essere uno degli impegni prioritari per i Comunisti in questo paese.

Il PRC/SE si impegna quindi a

- promuovere ogni azione che renda verità e giustizia alle famiglie coinvolte in questa tragedia,
- ad agire perché i responsabili economici, politici e amministrativi che hanno contribuito all'arrivo e all'espansione del contagio vengano perseguiti.
- a battersi perché venga ripristinato un servizio sanitario nazionale pubblico decente.

Francesco Macario detto Cocò
Segretario PRC-SE della federazione di Bergamo

Fabrizio Baggi
Segretario PRC-SE della Lombardia

Rosa Rinaldi
Direzione Nazionale PRC-SE

Ezio Locatelli
Segreteria Nazionale PRC-SE

Giovanna Capelli
Segretaria PRC-SE della Lombardia

Emilia e Romagna Insanità versione bonacciniana

di Elena Govoni

Il Sistema Sanitario della Regione Emilia Romagna viene tutt'ora citato a modello come sistema che garantisce a tutti le cittadine e a tutti i cittadini l'applicazione del diritto alla salute stabilito dall'art. 32 della Costituzione. Una organizzazione che permette a tutte e a tutti l'accesso a prestazioni sanitarie di qualità in tempi congrui, con una quota di compartecipazione alla spesa proporzionata al reddito familiare (ticket). Un sistema all'avanguardia negli screening finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie oncologiche maggiormente diffuse: mammografia, pap test e ricerca del sangue occulto nelle feci, ad accesso diretto e gratuito, ad esempio.

Al di là delle apparenze e della narrazione che continua a definirlo una eccellenza nel quadro nazionale, si tratta in realtà di un sistema fragile e imperfetto, di un gigante con i piedi di argilla, considerato l'effetto che ha avuto su di esso la pandemia da COVID-19.

L'enorme stress al quale è stata sottoposta tutta l'organizzazione sanitaria emiliano romagnola, la carenza di posti letto, di personale, l'inadeguatezza della medicina del territorio, hanno portato alla luce tutte le criticità conseguenti a venticinque anni di tagli, di chiusure di ospedali periferici, di riduzione del personale per mancata copertura del turn over.

Durante la campagna elettorale del 2020 il Presidente della Regione Emilia Romagna Stefano Bonaccini, candidato al suo secondo mandato, decantava il carattere pubblico, gratuito ed universalistico del sistema sanitario regionale. E nel contempo siglava accordi con i rappresentanti delle strutture sanitarie private, trasferendo ingenti fondi pubblici dal bilancio regionale alle casse delle cliniche, degli ospedali e dei poliambulatori accreditati.

Mentre scrivo questo documento, in Emilia Romagna è in corso una mobilitazione del personale sanitario pubblico a causa degli annunciati tagli al personale e alla spesa corrente in generale: l'Assessorato alla Sanità della Regione ha prospettato un potenziale disavanzo di bilancio per il 2023 pari a quasi 400 milioni di euro, dando indicazioni alle AUSL di contenere la spesa almeno per il primo semestre del 2023. Si profila lo spauracchio del commissariamento con conseguente piano di rientro.

Per comprendere come siamo arrivati a questo punto, dobbiamo fare un passo indietro nel tempo e allargare lo sguardo.

A partire dagli anni '90 inizia l'aziendalizzazione del sistema sanitario nazionale, che deve rispondere alle esigenze di controllo del debito pubblico imposto dai parametri di Maastricht. Il sistema sanitario pubblico, universale e gratuito, costa troppo, e si comincia ad



introdurre il concetto di “sostenibilità del sistema sanitario”: una metamorfosi profonda, anche nell'immaginario collettivo. La Legge 833/78 aveva definitivamente messo in soffitta le casse mutua distinte per categorie economiche, dando piena applicazione all'art. 32 della Costituzione e rendendo la salute un diritto di tutte e di tutti, indipendentemente dalla categoria economica di appartenenza. Dopo poco più di dieci anni dall'entrata in vigore della legge, l'Unità Sanitaria Locale USL, struttura tecnica deputata a garantire il diritto alla salute per tutte e per tutti in un determinato territorio di competenza, soprattutto attraverso l'educazione sanitaria, la divulgazione di corretti stili di vita, la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nei luoghi di lavoro, viene trasformata in Azienda Unità Sanitaria Locale AUSL.

Il processo inizia con il D.Lgs. 502/1992 (primo Governo Amato) e prosegue con la Legge 537/1993, finanziaria 1994 (Governo Ciampi). Nel mirino dei tagli finiscono prima di tutti i posti letto: l'alto tasso di ospedalizzazione, la degenza media ospedaliera troppo lunga, il sempre più frequente ricorso ad indagini analitiche e strumentali, per giungere a diagnosi più accurate possibili, effettuate in regime di ospedalizzazione, assorbivano una fetta troppo consistente della spesa sanitaria, ed andavano drasticamente ridotti. Gli standard quantitativi di previsione dei posti letto ospedalieri passarono da 6,5 ogni mille abitanti a 5,5. Tutto ciò avveniva in un contesto di indebolimento del pensiero politico che aveva portato alla nascita del sistema sanitario nazionale così come concepito dalla Legge 833/78. Lo stesso pensiero politico che aveva fatto nascere la Legge 180/1978 e della Legge 194/1978. Ora invece siamo nell'epoca dell'ascesa imprenditoriale e politica di Silvio Berlusconi.

Con la finanziaria 1994 la funzione della sanità privata viene equiparata a quella della sanità pubblica, e

Insanità versione bonacciniana

CONTINUA DA PAG. 23

vengono gettate le basi per la gestione del sistema sanitario secondo un ambito regionale, nel quale pubblico e privato si sostengono reciprocamente, mediante l'istituto della convenzione: nel caso in cui le strutture pubbliche non fossero in grado di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie, sarebbero entrate in gioco le strutture private convenzionate.

Altro passaggio fondamentale per la trasformazione del sistema sanitario è quello dell'introduzione del finanziamento agli ospedali basato non più sull'indice di occupazione posti letto (e quindi sulla durata media della degenza ospedaliera), bensì sul rimborso delle prestazioni effettivamente erogate. Fu stabilito che ad ogni prestazione venisse assegnata una tariffa calcolata sulla base di criteri legati prevalentemente alle caratteristiche del paziente che, inseriti in un software, determinavano l'ammontare del rimborso che l'ospedale riceveva. In questo meccanismo di pagamento, il privato, vocato al profitto e al quale nulla interessa del diritto alla salute stabilito dalla Costituzione, si specializza su prestazioni programmabili ed ad alta complessità, ovvero quelle che assicurano un rimborso più alto, lasciando al pubblico tutta la gestione della emergenza-urgenza e quella del malato cronico. Vedremo poi che, con il tempo, il privato tenderà ad assicurarsi anche queste fette di mercato, attraverso la gestione dei dipartimenti di emergenza-urgenza affidata a cooperative di medici e la gestione delle residenze sanitarie assistite per anziani non autosufficienti.

Si noti come anche l'uso del linguaggio si sia adeguato alla concezione della salute come merce da contendersi sul mercato, e non più come diritto della persona e servizio alla comunità. Il servizio sanitario diventa sistema sanitario, visite ed esami diventano prestazioni, i cittadini diventano utenti, ecc. ecc.

Nel frattempo la politica si preoccupava di riformare il Titolo V della Costituzione: nel 2001 il Governo Amato sanciva il passaggio delle competenze in materia di salute e sanità alle singole regioni, con il risultato di passare da un servizio sanitario nazionale a venti sistemi sanitari regionali differenziati. Il diritto alla salute non era più uguale per tutti.

La Regione Emilia Romagna ha anticipato di cinque anni questo



passaggio. La Delibera Regionale n. 86 del 1996 è l'atto che sostanzialmente determina l'attuale impianto del sistema sanitario regionale, così articolato:

- dotazione di 5,5 posti letto pubblici per mille abitanti;
- riduzione della durata media della degenza sotto gli undici giorni;
- implementazione di posti letto a pagamento (i cosiddetti solventi) in misura non inferiore al 5% e non superiore al 10% del totale dei posti letto;
- dotazione di posti letto privati tra l'8 e il 10% del totale dei posti letto della rete ospedaliera regionale;
- aumento del ricovero diurno con trasformazione tra il 5% e il 10% di posti letto ordinari in posti di day hospital;
- adozione della forma di finanziamento in base a tariffa per prestazione effettivamente erogata;
- organizzazione degli ospedali basata sulla separazione dei posti letto per acuti da quello dei posti letto per post-acuti, con la creazione dei dipartimenti ospedalieri;
- ricovero dei pazienti cronici in strutture di tipo socio-assistenziale come le RSA.

Gli effetti di questa riorganizzazione sono principalmente la chiusura dei piccoli ospedali periferici, fatta digerire ai numerosi comitati nati a difesa degli ospedali adducendo esigenze di sicurezza dei pazienti e degli operatori, e il sempre maggiore ricorso alle strutture private per far fronte alle richieste dei cittadini. Nel linguaggio comune cominciano a fare capolino i termini razionalizzazione, efficientamento, digitalizzazione.

La crisi finanziaria globale del 2008 determina una ulteriore accelerazione del processo di tagli alla spesa sanitaria, inserita nella generale tendenza alla spending review. La dotazione di posti letto scende a 3,7 ogni mille abitanti e il fondo sanitario nazionale subisce una riduzione di tre miliardi. Viene attuato un taglio del 5% sull'acquisto di beni e servizi.

CONTINUA A PAG. 25

Insanità versione bonacciniana

CONTINUA DA PAG. 24

In Emilia Romagna siamo all'epoca della Presidenza Vasco Errani: dal 2010 al 2013 vengono tagliati ulteriori 1500 posti letto pubblici e 1000 unità di personale dipendente. La manovra viene presentata come necessaria a garantire la qualità delle prestazioni, cosa che può avvenire solo in grandi ospedali modernamente attrezzati. Viene prima reclamizzato e poi realizzato il modello logistico hub and spoke: un sistema applicato dalla rete delle compagnie aeree, costituito da uno scalo dove si concentra la maggior parte dei voli (detto hub) collegato con altri aeroporti a basso flusso di passeggeri (gli spoke). Il risultato di convogliare sull'hub la maggior parte del traffico aereo va a discapito del tempo di viaggio, che risulta maggiore a causa degli spostamenti tra spoke e hub e della necessità di dover fare più scali. Come potete senz'altro comprendere, siamo in piena applicazione delle teorie economiche del neoliberismo alla tutela del diritto alla salute. La salute non è più un diritto inalienabile sancito dalla Costituzione, ma una merce da collocare sul mercato secondo le regole del profitto economico.

Per attenuare l'impatto mediatico e sulla popolazione generato dalla chiusura degli ospedali periferici viene presentato un piano di riorganizzazione territoriale che interessa tutti gli ospedali con meno di 120 posti letto, e che prevede la loro trasformazione in ospedali di comunità OS.CO., strutture sanitarie gestite dai medici di medicina generale con assistenza infermieristica 24 ore su 24, in grado di costituire un cuscinetto tra la gestione della fase acuta (che avviene negli ospedali hub), quella della fase riabilitativa (negli ospedali spoke OS.CO.) e la dimissione con rientro del paziente a domicilio ed eventuale assistenza infermieristica domiciliare, ovvero collocazione in RSA o CRA.

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha incrementato il numero di persone portatrici di più patologie croniche, che necessitano di un'assistenza multidisciplinare adeguata. Per queste persone esistono tre possibilità di risposta data da sistema socio sanitario regionale.

- La RSA (Residenza Sanitaria Assistita), struttura a bassa intensità medico-infermieristica, in grado di seguire pazienti cronici non autosufficienti e non gestibili a domicilio;
- le CRA (Case Residenza Anziani), comunemente dette "case di riposo",



strutture prive di personale infermieristico e solitamente seguite da un medico convenzionato presente alcune ore a settimana. Le CRA, inizialmente gestite in parte dai comuni, in parte dalla AUSL, e in parte dal fondo regionale per la non autosufficienza; - l'assistenza domiciliare socio-sanitaria in carico ai comuni per gli aspetti sociali e alla AUSL per quelli sanitari.

Tornando alla riorganizzazione che ha trasformato i piccoli ospedali in OS.CO., occorre dire che essa ha lasciato sul campo di battaglia circa 2700 posti letto in tutta la regione, e che ha contribuito ulteriormente a parcellizzare il trattamento del paziente in tre fasi distinte e non dialoganti tra loro: la fase acuta, quella riabilitativa, quella cronica.

Ulteriore effetto del modello hub and spoke è stata la centralizzazione in capo agli ospedali hub di numerose attività che prima erano diffuse sul territorio, quali, ad esempio, la diagnostica di laboratorio e la radiologia.

Nei locali lasciati liberi dalla riduzione di posti letto vengono collocate le Case della Salute, che nel furore riformista avrebbero dovuto essere il pilastro portante della medicina del territorio. Al loro interno i medici di medicina generale si organizzano in medicina di gruppo, vengono collocati i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale (guardia medica), specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche, terapisti della riabilitazione, consultori, assistenti sociali, ecc. ecc. Presentate come la "sanità vicina ai cittadini", le Case della Salute sono nei fatti edifici pubblici messi a disposizione a titolo gratuito di professionisti sanitari privati convenzionati: i medici di medicina generale hanno assunto segretari ed infermieri, gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono assistiti da infermieri dipendenti dal servizio sanitario regionale pubblico, terapisti della riabilitazione e logopedisti sono spesso liberi professionisti. Senza che il cittadino/utente sia consapevole della differenza, percependo tutto

CONTINUA A PAG. 26

Insanità versione bonacciniana

CONTINUA DA PAG. 25

l'insieme misto pubblico/privato come un unico soggetto erogatore di prestazioni sanitarie.

Nel quadro della privatizzazione della sanità emiliano romagnola si collocano a pieno titolo anche le farmacie, prima di proprietà dei comuni (soprattutto a Bologna, direttamente dai comuni, ora sono accorpate in Azienda di Servizi alla Persona ASP, con retta a carico degli ospiti, integrata Modena e Parma), ora totalmente svendute alle grandi catene farmaceutiche internazionali. Le farmacie emiliano romagnole sono in grado di erogare numerose prestazioni che prima erano ottenibili esclusivamente nelle strutture pubbliche: prenotazione di visite ed esami, pagamento del ticket, esecuzione di tamponi diagnostici COVID-19, vaccinazioni antinfluenzali e COVID-19, analisi di laboratorio, visite specialistiche, accesso al fascicolo sanitario elettronico, rilascio di SPID. Ovviamente tutta questa serie di prestazioni non avviene a titolo gratuito: le associazioni di categoria hanno stipulato accordi con la Regione nei quali sono definite le tariffe per ogni prestazione.

Parallelamente al taglio dei posti letto e alla trasformazione degli ospedali periferici in OS.CO e in case della salute, abbiamo assistito alla costruzione di nuovi grandi ospedali (gli hub) con ricorso al project financing: soldi pubblici che sono finiti nelle tasche di privati in cambio della gestione per molti anni di servizi ospedalieri esternalizzati: manutenzione, pulizia, trasporti, fornitura pasti, lavanderia ecc. ecc. Con la scusa che è economicamente più vantaggioso costruire nuovi ospedali piuttosto che ristrutturare quelli esistenti, si procede con un elevato consumo di suolo, con la impermeabilizzazione di terreni agricoli per la realizzazione di arterie stradali di collegamento e di parcheggi, ben sapendo quali siano gli effetti di queste opere sul cambiamento climatico e sulla risposta del terreno ai fenomeni atmosferici estremi così frequenti da qualche anno, caratterizzati da periodi di siccità ed ondate di calore, interrotti da violenti nubifragi, trombe d'aria, allagamenti e frane. In una regione il cui territorio è estremamente fragile, con zone montane spopolate e aree pianeggianti ad antropizzazione diffusa e che ha varato una legge urbanistica che prevede zero consumo di suolo.

Il lavoro in ambito sanitario è sempre più faticoso e insoddisfacente. La carenza di personale



ha raggiunto livelli tali da non garantire il diritto al riposo, ai permessi, alle ferie, alla agibilità sindacale. Molti professionisti sono impossibilitati a frequentare i corsi di formazione resi obbligatori dalle norme sulla educazione continua in medicina, e rischiano sanzioni che possono arrivare fino all'allontanamento dal servizio con sospensione dello stipendio. Nello stesso reparto possono trovarsi a coesistere operatori sanitari assunti con contratti di lavoro dipendente, liberi professionisti, medici a gettone, dipendenti di cooperative in appalto, lavoratori interinali. Ciascuno con diverse tipologie di contratto e diversi obblighi nei confronti della AUSL di riferimento. Un caos organizzativo che causa disservizi e insoddisfazione dei pazienti e dei parenti che a volte sfocia in episodi di aggressione verbale e anche fisica. I bandi per la ricerca di personale vanno puntualmente deserti: le professioni sanitarie non sono più appetibili a causa della bassa retribuzione, dell'impegno richiesto, della impossibilità di avanzamenti di carriera. La errata programmazione del fabbisogno di personale sanitario, il numero chiuso alle facoltà di medicina e scienze infermieristiche, la scarsità di borse di studio per specializzandi, hanno determinato un drastico impoverimento della forza lavoro, impossibile da colmare nell'immediato.

Il servizio sanitario della Regione Emilia Romagna si trova oggi ad essere sull'orlo del commissariamento a causa delle politiche di riduzione della spesa sanitaria attuata da tutti i governi che si sono succeduti negli ultimi 20 anni. Stiamo parlando di 37 miliardi di tagli a livello nazionale. Si tratta di un vero e proprio smantellamento del servizio pubblico attuato in nome del contenimento della spesa, supportato dalla normativa nazionale, senza che la Regione Emilia Romagna si sia mai opposta. Al contrario: le delibere regionali, le Conferenze Territoriali Socio Sanitarie, i Piani Attuativi Locali, hanno puntualmente assecondato, a volte addirittura anticipato, i provvedimenti nazionali volti a ridurre la spesa

CONTINUA A PAG. 27

Insanità versione bonacciniana

CONTINUA DA PAG. 26

destinata a garantire il diritto alla salute a tutte e a tutti.

Il processo di riforma, lento ma inesorabile, ha favorito sempre più la sanità privata, che non potrebbe sopravvivere al cospetto di un servizio sanitario pubblico efficiente e adeguatamente finanziato.

Il tema dei tempi di attesa per le visite, gli esami diagnostici e strumentali e gli interventi, l'intasamento del pronto soccorso, la difficoltà a trovare un posto letto che non sia a distanza chilometrica da casa, meritano un approfondimento che non è qui possibile fare.

Ma sono la diretta conseguenza dei tagli effettuati, spacciati per riorganizzazione del servizio sanitario. Sono ciò che le cittadine e i cittadini devono affrontare ogni giorno quando hanno la sventura di dover ricorrere a cure mediche. Chi se lo può permettere paga di tasca propria pur di ottenere prestazioni in tempi congrui rispetto alla gravità e complessità del caso. Gli altri, quelli che per ragioni economiche e sociali non possono ricorrere alla spesa cosiddetta out of pocket non hanno altra alternativa che attendere o rinunciare alle cure, con compromissione del loro stato di salute. Stiamo rappresentando un sistema iniquo, potremmo dire un elemento classista in un sistema che deve invece essere a vocazione universalistica. La tutela della salute delle cittadine e dei cittadini compete sia allo stato che alle regioni. Entrambi sono vincolati ad una politica sempre più spinta di contenimento del tetto di spesa, sulla base di una normativa che considera la salute un costo, e non un investimento in termini di benessere psico fisico della persona e della comunità intera.

Occorre riportare al centro della politica ad ogni livello la salute e il diritto di tutte e di tutti a ricevere cure efficaci, appropriate, sicure e tempestive, senza distinzioni economiche, o sociali, o di luogo di residenza, come prospettato dal DDL sulla autonomia regionale differenziata, che va respinto con decisione. Sono obiettivi che solo un servizio sanitario pubblico dotato delle risorse economiche necessarie può assicurare.

Se non si inverte rapidamente la tendenza al depauperamento delle risorse assegnate, si rischia di assistere alla morte del servizio sanitario nazionale così come delineato dalla Legge 833/78, e alla sua sostituzione con un sistema sanitario di tipo americano, nel quale solo chi dispone di risorse economiche proprie può accedere alle cure sanitarie.

Elena Govoni

Tecnico della Prevenzione
Segretaria PRC Modena
19/3/2023



I DISTRUTTORI DALLA SANITA' INTEGRATIVA ALLA SECESSIONE

Dal 2000 la spesa sanitaria italiana in rapporto con il PIL, è stata ogni anno del 2,8%, rispetto al 5,6% degli altri Paesi UE, (il 50% in meno) e per metterci in linea con gli altri Paesi del l'Europa e garantire livelli di cura accettabili, servirebbero almeno 10 miliardi l'anno per i prossimi 5 anni, mentre il governo della Meloni per il 2023 ha destinato alla sanità pubblica 1,9 miliardi di cui 1,4 verranno utilizzati non per motivi di sanità ma per compensare l'aumento del gas e della luce e solo 500 milioni per la sanità.

- Per riequilibrare le carenze di organici, dovrebbero essere assunti 15.000 medici ogni anno per i prossimi 10 anni e 80.000 infermieri, per rialinearci agli altri Paesi EU, con una spesa ulteriore di 30,5 miliardi.

- Gli stipendi degli infermieri in Italia sono inferiori del 40% rispetto agli altri Paesi Europei e quelli dei medici di circa il 6% in meno... e per colmare questa misura sarebbero necessari ulteriori 86 miliardi di euro.

- La media Europea del finanziamento della sanità pubblica è dell'83% mentre in Italia arriva al 75% e con la conseguenza che nel nostro Paese aumenta la sanità privata con una spesa media di 1.800 euro l'anno per nucleo familiare utilizzati per esami, visite specialistiche, farmaci non mutuabili.

- In Italia oltre un milione di nuclei familiari si impoveriscono a causa delle spese sanitarie e molti di loro finiscono per non curarsi.

- L'Italia spende un settimo di quanto sarebbe necessario. Quello che servirebbe per mantenere un servizio Nazionale pubblico Universalistico, oltre ai 10 miliardi l'anno per 5 anni al fine di recuperare i ritardi dovuti ai tagli degli anni passati (dal 2020 ad oggi) sono necessari ulteriori 5 miliardi l'anno e senza i fondi necessari, non sarà possibile mantenere una sanità pubblica universale, con il risultato di un continuo aggravamento in merito alla carenza di personale medico, infermieristico, specialistico, strutturale, riducendo le prestazioni con una sanità ridimensionata in modo selettivo senza più equità di accesso e qualità.

Il governo ha ridotto la spesa sanitaria a meno del 50% di quanto della già ridotta nella finanziaria l'ultimo governo Draghi. Il governo con il ministro Schillaci, anziché assumere gli organici necessari, sta pensando di fare una legge per fare rimanere in servizio tutti i medici occupati fino a 72 anni su base volontaria.

A causa di ciò spesso gli interessati rinunciano alle cure o, chi può, si rivolge a specialisti o a strutture sanitarie private pagando direttamente le prestazioni o utilizzando eventuali assicurazioni private, o usando quanto previsto nella contrattazione collettiva in diversi contratti di categoria, in merito alla "Sanità Integrativa", che in realtà è sostitutiva.

Le soluzioni privatistiche ed integrative sono quelle desiderate del circuito politico-affaristico padronale che governa il Paese, "nutrito dal grande dimagrimento di risorse, con il taglio di 37,5 miliardi effettuate dai governi negli ultimi 17 anni.

Il Piemonte all'avanguardia dell'edilizia sanitaria speculativa



La pandemia ha erudito milioni di persone sui processi di debilitazione della sanità pubblica già in atto da oltre vent'anni, ma mentre si discuteva per strada, nei bar e sui social, i poteri, che avevano già consapevolmente favorito la diffusione del virus, vedi Lombardia, oltre agli immensi guadagni delle multinazionali del farmaco, ben supportate dai governi, hanno facilmente accelerato i processi di privatizzazione portando le loro strutture private ad un alto livello di concorrenza vincente contro un Servizio pubblico portato allo stremo dalle politiche di tagli d'organico medico e infermieristico e costante definanziamento da parte di tutti i governi bipartisan.

Pensate che siano soddisfatti? Macchè, ingordi come sono e consci di non avere più avversari nelle sedi istituzionali nazionali e regionali, anzi, di avere sinergie affaristiche in quelle sedi, ora puntano sull'edilizia speculativa anche sul terreno sanitario con la progettazione di nuovi ospedali, dopo che gli ospedali pubblici sono stati mal governati dal punto di vista manutentivo e di posti letto. Saranno mega strutture formalmente pubbliche ma pronte ad essere gestite dalle comuni sinergie di fondazioni, banche e strutture private come Humanitas (si parla anche di finanziamenti INAIL) che concorreranno alla costruzione manipolata dai loro obbiettivi di profitto.

Forse è lo stesso destino previsto per le case di comunità, dico forse perchè i territori negli ultimi vent'anni sono stati già invasi da strutture residenziali e poliambulatoriali che hanno sostituito quelle pubbliche abbandonate dalle Giunte regionali, al nord come al centro Italia, Vedi Emilia e Romagna. Al sud è stato molto più facile essendo queste strutture poche è malridotte dall'ignavia delle Giunte.

L'influenza determinante della

finanza speculativa è strettamente connessa alla privatizzazione dell'uso della cosa pubblica e si basa sulla trasformazione in enti privati dei beni comuni, della sanità come dell'acqua pubblica, tanto per fare due esempi vitali per la vita dei cittadini.

La proliferazione del business finanziario nel settore dell'edilizia pubblica e privata è attuata con marchingegni criminogeni atti ad alterare, ora anche per la sanità, la stessa economia di mercato (distorsione di domanda-offerta e della relazione committente-fornitore, assegnazione di una innaturale e preminente funzione al sistema finanziario e all'Agenzia delle Entrate) allo scopo di trasferire surrettiziamente risorse finanziarie pubbliche alle banche (in pratica, si tratta di prodotti finanziari ad elevato rendimento e a basso rischio per l'acquirente del credito, garantiti dallo Stato e spacciati per ciò che non sono: sostegno dell'economia reale).

Il riparto, in sede nazionale, delle risorse riferite all'ex articolo 20 per l'edilizia sanitaria ha visto assegnare al Piemonte la cifra di 120 milioni di euro, utili a chi, degli amministratori pubblici, pensa solo al privato con la finanza di progetto e i fondi INAIL e prepara solo nuovi problemi per per i cittadini e loro loro esigenze di salute, mentre avanzano i disagi:

- *aumentano velocemente le già chilometriche liste d'attesa che si sono aggiunte a quelle storiche pre covid*
- *ambulatori e centri analisi privati diffusi a macchia d'olio*
- *Pronto Soccorso che esplodono*
- *reparti senza medici dipendenti*

- *gettonisti costosissimi per tappare le falle*
- *abbandono dei professionisti pubblici a causa dei ritmi di lavoro e stress*
- *interi reparti ospedalieri messi a gara per il privato*
- *Non Autosufficienti costretti a pagarsi la continuità di cura*
- *cure territoriali senza prospettive.*

Di certo c'è che anche il prestito INAIL non copre neanche il costo delle attrezzature e che è comunque legato ad un affitto da corrispondere all'ente per 20 anni una volta che il nosocomio sarà in piedi. Insomma l'Inail non essendo un ente di beneficenza vorrà rientrare dell'investimento e i bilanci delle ASL si troveranno sempre più in difficoltà a pagare il canone per molti anni.

Nel mentre si spendono milioni di euro in progetti, studi, conferenze.

Per fare un esempio di quale prospettiva viene incontro ai cittadini, nel gennaio 2016 l'allora Assessore alle politiche sanitarie Antonio Saitta e il Presidente della Regione Piemonte Sergio Chiamparino annunciarono la nuova strategia per costruire la nuova cittadella della salute a Torino dichiarando, senza giri di parole, che in ogni caso sarà il privato ad avere un ruolo fondamentale con il project financing per reperire ingenti risorse. A prescindere diciamo noi.

Il 18/1/2023 il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato una delibera che prevede la realizzazione di sei nuovi ospedali: Maria Vittoria di Torino, Ivrea, Vercelli, Savigliano, Ss. Antonio e Biagio di Alessandria, Santa Croce e Carle di Cuneo, e Asl5 di Moncalieri, Chieri e Carmagnola che è strombazzato da anni senza venirne a capo, neanche sull'area.

Per tutti si ipotizza la realizzazione attraverso finanziamenti Inail che ammontano complessivamente a 1,28 miliardi. Resta a carico della Regione il progetto, l'acquisizione delle aree e gli arredi interni. Solo per la progettazione si stimano

Il Piemonte all'avanguardia dell'edilizia sanitaria speculativa

CONTINUA DA PAG. 28

costi del 10% dell'intero piano, però nel capitolo Piemonte del PNRR ci sono solo dieci milioni di euro per ristrutturazione e innovazione tecnologica.

Domanda chi finanzia i nuovi favolosi ospedali? Risposta ovvia! Ora a proposito del nuovo ospedale Maria Vittoria nel parco della Pellerina se ne parla da trent'anni con ingenti risorse spese in progetti, nel mentre l'ospedale è stato soggetto da 20 anni a permanente ristrutturazione di interi reparti e della stesso Pronto Soccorso: tanti milioni spesi inutilmente? Inoltre, a detta dell'Assessore alla salute Icardi, si spenderanno milioni di euro per l'innovazione dell'attuale Maria Vittoria, per poi abatterlo?

L'ospedale Maria Vittoria, e l'ospedale Amedeo di Savoia con il suo parco, (già Centro regionale per le malattie infettive ed eccellenza nazionale, svuotato dalle giunte precedenti) rappresentano il caso più evidente di quale progetto speculativo è in atto - anche con l'occhio interessato delle immobiliari - per abbandonare strutture sempre funzionali e migliorabili con minime spese di ammodernamento e recupero di personale e specialità. Lo stesso percorso stanno seguendo con la Città della Salute che da 10 anni è ancora lettera morta.

Intanto la sanità privata è sempre più invadente nell'occupare gli spazi lasciati dal servizio pubblico, con migliaia di dipendenti ridotti al silenzio della disperazione. In questa situazione lasciata marcire con indifferenza dei centri decisori, abbiamo i centri convenzionati che limitano il ricorso alla convenzione e quindi al pagamento del solo ticket non rispondendo alla chiamata

dell'utente o rispondendo che c'è una lista d'attesa e quindi propongono la visita privata.

In questa situazione lasciata marcire con indifferenza dei centri decisori, abbiamo i centri convenzionati che limitano il ricorso alla convenzione e quindi al pagamento del solo ticket non rispondendo alla chiamata dell'utente o rispondendo che c'è una lista d'attesa e quindi propongono la visita privata.

Questo del Piemonte è un esempio di quanto sta succedendo in altre Regioni, a fronte dello svuotamento di personale (vedi il continuo e programmato deperimento delle strutture pubbliche fuga dei medici e di infermieri verso il privato o scelte cooperative) a sostegno del completamento strutturale, iniziato progressivamente - senza soluzione di continuità - dalla metà degli anni 80, della totale gestione privatistica della salute pubblica. Poco o niente interessa, ovviamente, ai decisori politici che quella privata/convenzionata è una gestione senza politiche di prevenzione in quanto ostacolo dell'inappropriatezza di diagnosi, esami e ricoveri funzionali al continuo e discrezionale aumento dei costi di profitto a carico dei cittadini.

Ora, visto il sacro fuoco edilizio, qualcuno potrebbe chiedere: allora quali sono le condizioni sociali, politiche e di sane scelte per nuovi ospedali? Sono quelle condizioni che oggi non si presentano agli occhi di chi non si lascia indurre a ragionamenti preconfezionati da una narrazione che non contempla la critica ma solo l'emotività del cittadino e il tifo di chi è, in vari ambiti, interessato alle grandi opere a prescindere dal bisogno reale.



Di ospedali interamente pubblici se ne potrebbe parlare con una programmazione solo pubblica con lo Stato che si riprende la titolarità della sanità ripristinando il Titolo V originale; abolisce la convenzionata come concorrente; amplia gli organici almeno sugli standard europei; ripristina la Legge 833 del 1978; Tanto per iniziare!

Invece oggi si è presa un'altra strada con la secessione, eufemisticamente definita "Autonomia Differenziata", è la fine dell'uguaglianza dei diritti dettati dalla Costituzione. Che senso ha oggi parlare di nuovi ospedali quando non hai più personale? Che senso ha se la "clientela", nella logica aberrante dell'aziendalismo, si è drasticamente ridotta ed è stata costretta a rivolgersi alla concorrenza, perlopiù finanziata da fiumi di denaro pubblico da parte del governo e delle Giunte? Che senso ha costruire nuovi ospedali quando chi lavora nel settore pubblico e nel privato ha la scappatoia della "sanità integrativa" e quindi si può rivolgere alla sanità privata?

PS.

C'è un altro aspetto preoccupante. Riguarda la capacità mistificatoria dei Partiti del mattone, ben sostenuta dalla grossa stampa nelle mani della politica dominante, nel nascondere le vere intenzioni affaristiche dando in pasto ai cittadini temi di distrazione sui quali nascono contingenti piccoli movimenti locali di giusta difesa di un bene pubblico, vedi un pezzo di parco pubblico, ma capaci solo di guardare il dito (reso appositamente visibile) ma non la luna, resa sempre più buia dalle scie affaristiche. Oltre al danno della privatizzazione, anche la beffa di pagare nuove costosissime strutture, ovviamente con preventivi che lieviteranno nel tempo, per poi pagare l'affitto o darle direttamente in gestione al privato, che continuerà a fare la bella figura di salvatore della salute pubblica.

Franco Cilenti

Il criterio di correzione per anzianità della popolazione, come emerge dal Referto Epidemiologico Comunale (REC) di Napoli

L'iniquità della ripartizione dei fondi del SSN alle regioni. Vedi Napoli

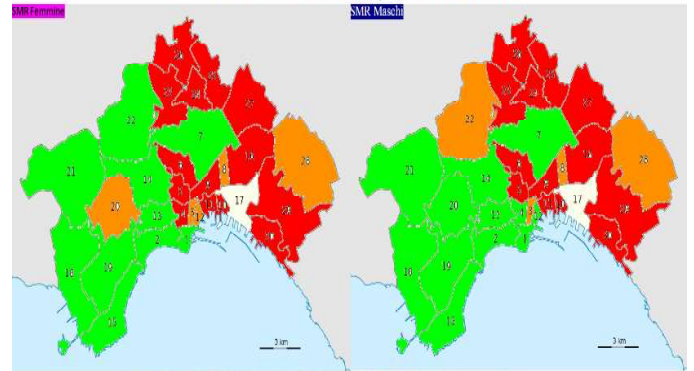
Il REC elaborato dalla Consulta Popolare della salute e della sanità della città di Napoli è ricco di informazioni, per chi volesse leggerlo in maniera riflessiva e critica.

L'indicatore sanitario utilizzato è stato la mortalità della popolazione che, oltre ad essere considerata "il più solido degli indicatori epidemiologici", "si presta bene a confronti geografici e temporali"; al punto che la sua descrizione "rappresenta un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione" - (1).

In particolare è stato utilizzato il Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR - Standardized Mortality Ratio), così esaminando, quartiere per quartiere, il rapporto tra le morti "osservate", cioè quelle realmente avvenute, e quelle "attese", cioè quelle che si sarebbero verificate se la mortalità avesse seguito un andamento costante e uniforme sull'intero territorio cittadino.

Il calcolo è stato effettuato sul numero dei residenti e dei deceduti a Napoli nel periodo 2009-2017, suddivisi per sesso, per fasce quinquennali di età e per quartiere.

Figura 1- mappa cittadina. Aree dei quartieri colorati secondo il SMR calcolato. VERDE (SMR < 100), ROSSO (SMR > 100), ARANCIONE (SMR > 100, con test statistico non significativo) IN BIANCO: zona industriale, senza residenti e deceduti.



- 1) San Ferdinando, 2) Chiaia, 3) San Giuseppe, 4) Montecalvario, 5) Avvocata, 6) Stella, 7) San Carlo all'Arena, 8) Vicaria, 9) San Lorenzo, 10) Mercato, 11) Pendino, 12) Porto, 13) Vomero, 14) Arenella, 15) Posillipo, 16) Poggioreale, 17) Zona Industriale, 18) Bagnoli, 19) Fuorigrotta, 20) Soccavo, 21) Pianura, 22) Chiaiano, 23) Piscinola, 24) Milano, 25) Secondigliano, 26) Scampia, 27) San Pietro a Patierno, 28) Ponticelli, 29) Barra, 30) San Giovanni a Teduccio.

Figura 1 - (3)

Come tutti i documenti che descrivono lo stato di salute di una popolazione, il REC di Napoli contiene indicazioni molto interessanti anche in merito alla programmazione sanitaria, soprattutto in relazione ad alcune discutibili scelte dei decisori politici ..., come quella di ripartire i fondi del SSN in relazione all'età, così assegnando quote maggiori alle regioni con popolazioni più anziane, rivelatasi il primo passo verso l'annunciato disastro dell'Autonomia Differenziale recentemente pianificato con il ddl Calderoli.

Nel REC di Napoli è emerso che il SMR e l'età della popolazione sono in rapporto **INVERSAMENTE PROPORZIONALE**.

Tabella 1. Quartieri in ordine crescente di rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per femmine e maschi.

Quartieri	SMR Maschi	Quartieri	SMR Femmine
Posillipo	80,5	Posillipo	77,1
Chiaia	84,5	Arenella	89,3
Vomero	88,1	Chiaia	91,8
Arenella	88,9	Chiaiano	92,2
Porto	92,0	Vomero	94,2
Pianura	93,3	Bagnoli	94,5
San Carlo	95,1	Pianura	95,1
Fuorigrotta	95,4	Fuorigrotta	95,4
San Ferdinando	95,6	San Carlo	95,2
Bagnoli	96,5	San Ferdinando	99,0
Soccavo	98,7	Soccavo	100,4
*Montecalvario	99,2	*Secondigliano	101,7
San Giuseppe	100,9	Ponticelli	102,5
Vicaria	100,9	San Giuseppe	103,6
Chiaiano	101,8	*Poggioreale	104,8
*Avvocata	102,7	*Avvocata	105,8
Ponticelli	103,9	Vicaria	105,9
*Barra	105,9	*Montecalvario	107,4
*Secondigliano	107,0	Porto	107,9
*Poggioreale	108,1	*Stella	108,6
*Mercato	111,3	*Barra	108,8
*Stella	112,0	*Scampia	109,0
*Scampia	113,0	*Piscinola Marianella	109,4
*Pendino	113,4	*Pendino	110,5
*Piscinola Marianella	114,3	*San Pietro a Patierno	110,9
*San Lorenzo	114,8	*Mercato	111,1
*San Pietro a Patierno	115,9	*San Giovanni a Teduccio	113,1
*San Giovanni a Teduccio	118,5	*San Lorenzo	114,1
*Milano	125,2	*Milano	118,6

*L'asterisco contrassegna i valori di SMR significativamente maggiore di 100 (test a due code al 5% di significatività).

Tabella 1 - (2)

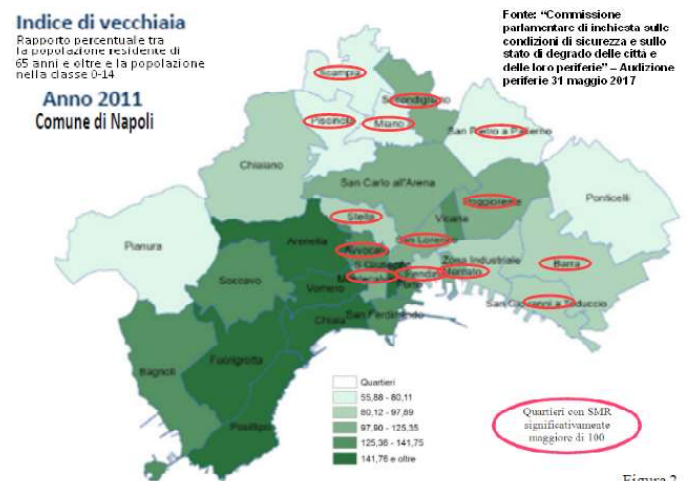


Figura 2

Figura 2 - (3)

L'iniquità della ripartizione dei fondi del SSN alle regioni. Vedi Napoli

CONTINUA DA PAG. 30

In maniera, solo in parte sorprendente e inattesa, è quindi risultato un SMR più alto nei quartieri con popolazione più giovane, quelli situati nella zona Nord Orientale, e un SMR più basso nei quartieri con popolazione più anziana, quelli situati nella zona Sud Occidentale. Detto più semplicemente: la mortalità “osservata” è risultata più alta rispetto a quella “attesa” ... nei quartieri con popolazione più giovane.

Come a dire che ... se a Napoli si fosse applicato il principio di distribuzione di un ipotetico fondo sanitario cittadino secondo la logica sostenuta e applicata a livello nazionale, cioè in rapporto all'età della popolazione, i quartieri della zona Sud Occidentale, quelli dove il SMR è palesemente più basso, e lo stato di salute è migliore, avrebbero ricevuto più risorse rispetto ai quartieri della zona Nord Orientale, quelli dove il SMR è palesemente più alto, e lo stato di salute è peggiore.

Nel REC di Napoli è anche chiaramente indicato come invece si sarebbe dovuto procedere.

A tal proposito si è considerato l'indicatore di vulnerabilità sociale e materiale della popolazione che è derivante dalla combinazione di diversi indicatori socio-economici: il reddito, l'istruzione, la situazione familiare (occupazione del capo-famiglia, numero dei componenti del nucleo e presenza di anziani e giovani esclusi dal lavoro) e la condizione abitativa (indice di affollamento, superficie e servizi disponibili).

Confrontando la mortalità con tale indicatore, la situazione si ribalta: e risulta che il SMR e l'indicatore

di vulnerabilità sociale e materiale sono in rapporto DIRETTAMENTE PROPORZIONALE, e presentano entrambi i valori più alti nei quartieri della zona Nord Orientale e più bassi in quelli della zona Sud Occidentale. Detto più semplicemente: il SMR, e lo stato di salute, sono in linea con le caratteristiche socio economiche della popolazione.

Solo l'applicazione di un principio di distribuzione delle risorse proporzionale alla realtà socio economica avrebbe potuto garantire il principio di equità, così puntando decisamente al miglioramento delle condizioni di salute anche nella zona Nord Orientale.

L'anomalia riscontrata dal REC di Napoli è conseguenza della Legge dell'ASSISTENZA INVERSA: “La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare inversamente con il bisogno di essa nella popolazione servita. La legge dell'assistenza inversa agisce con maggiore intensità dove l'assistenza medica è esposta alle leggi del mercato e meno dove tale esposizione è ridotta” - (4)

Si tratta della strategia che mira a distribuire le risorse pubbliche, e non solo quelle sanitarie, in maniera inversamente proporzionale alle necessità sociali, economiche e assistenziali ..., probabilmente per una maggiore aderenza a fini elettorali, così dando di più, meglio e prima alle classi che, oltre ad avere più strumenti, reddituali, culturali e di status, sono capaci di esercitare più influenza sulle istituzioni.

Laddove “la ragione stessa di esistenza dei servizi sanitari nazionali sta proprio nella loro asserita capacità di ridistribuire, attraverso interventi di diagnosi, cura e riabilitazione, quella salute che è nella popolazione iniquamente distribuita per effetto della diseguale distribuzione dei fattori socio-economici” - (5)

Note:

(1) - <https://www.epicentro.iss.it/mortalita/> - visitato in data 19 marzo 2023;

(2) - P. Fierro, S. Loria, P. Duca, L. Loffredo: Sviluppare conoscenza attraverso la partecipazione: il Referto Epidemiologico Comunale (REC) – Recenti progressi in medicina (vol. 113, n.12, dicembre 2022);

(3) - S. Loria, P. Fierro: L'esperienza della Consulta Popolare per la salute e la sanità della città di Napoli – Workshop SNOP “La prevenzione del futuro tra conoscenza e partecipazione” – Bologna 11-12 aprile 2019;

(4) - J.T. Hart: The inverse care law - Lancet 1971; 1: 405-412;

(5) – C. Perucci: Prefazione a “Disuguaglianze di salute in Italia” – Supplemento di Epidemiologia e Prevenzione, anno 28, (3), 2004.

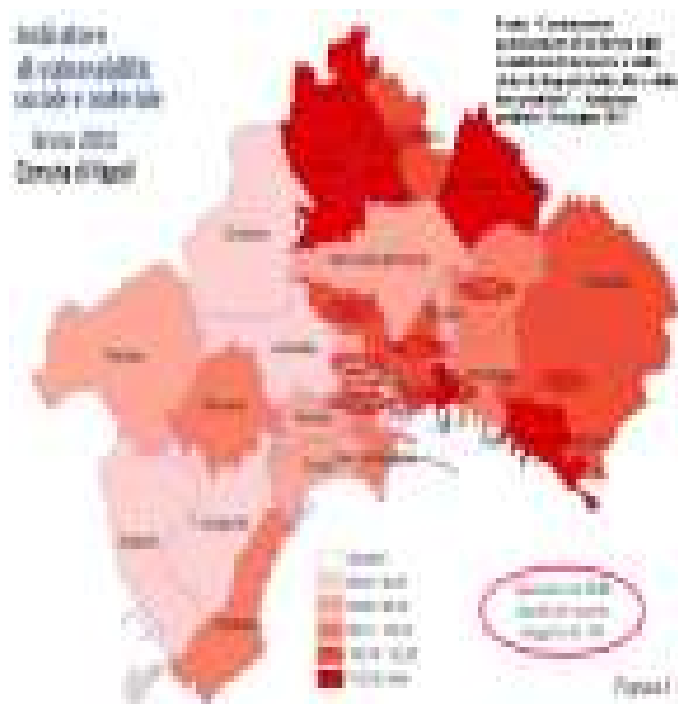


Figura 3 - (3)



Stanislao Loria



Paolo Fierro

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

Il Parlamento ha approvato la legge «in materia di popolazione anziana» che sottrae diritti esigibili sanitari ai malati non autosufficienti. Cosa servirebbe, invece, ma non c'è nella legge? Alcuni mirati interventi sulle norme già in vigore per una presa in carico sanitaria di malati e persone con disabilità non autosufficienti che riconosca anche le prestazioni di assistenza tutelare prestate da familiari o assistenti.

di **Andrea Ciattaglia**

Direttore della rivista "Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali", voce del Csa – Coordinamento sanità e assistenza e della Fondazione promozione sociale, storiche organizzazioni di promozione e tutela dei diritti dei malati non autosufficienti e delle persone con grave disabilità.



Con un'operazione di studiata confusione comunicativa, il Parlamento ha approvato la legge delega «in materia di politiche per le persone anziane», pubblicata in Gazzetta ufficiale il 30 marzo 2023 con il numero 33. Fin dal titolo, è evidente, ma solo riconoscendone la deliberata dissimulazione, che l'operazione di vasta scala che la legge contiene e mette in moto ha come obiettivo i malati non autosufficienti, per ora over65, con estensione scontata agli adulti con disabilità considerati soggetti «assimilabili». Più corretto sarebbe quindi, come faremo in questo contributo, chiamarla legge sulla «non autosufficienza», come in effetti è citata nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), Missione 5, ed esplicitamente riconoscere che la norma riguarda la riforma dei servizi destinati agli over65 malati non autosufficienti, con prevedibile estensione a tutti gli adulti con grave disabilità e patologie tali da aver compromesso definitivamente la loro autonomia.

Fatta questa premessa, in estrema sintesi, la valutazione del testo è inequivocabile: questa «riforma» è una brutale quanto incisiva sottrazione di diritti, in particolare del diritto universalistico alle cure sanitarie, ad una parte rilevante della popolazione. Deliberatamente, il testo omette sempre la causa della condizione di non autosufficienza, cioè la grave carenza di salute determinata da gravi malattie, sottraendo ai destinatari della norma il diritto alla tutela della salute.

Altro che «Patto per la Terza età» che pone le basi della riforma complessiva delle politiche in favore degli anziani e contro la loro marginalizzazione» come l'ha definito la nota della presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, all'indomani dell'approvazione. E nemmeno, come continuava il comunicato di Palazzo Chigi, «il potenziamento dell'assistenza domiciliare con



progetti individualizzati per scongiurare così il 'parcheggio' degli anziani nelle strutture sanitarie» o «più servizi e ausili per le situazioni di maggiore fragilità». Tutti rilievi senza riscontro concreto, peraltro sconfessabili da una lettura ragionata del testo di legge, che questo articolo si propone di guidare.

Provare a proporre alcuni interventi di breve e lungo periodo per ovviare alla negazione di diritti della legge - a partire dai decreti attuativi da approvare entro gennaio 2024, per restare nei tempi del Pnrr a cui la legge è stata agganciata - è l'altro proposito di questo articolo. L'obiettivo è fornire analisi e proposte per azioni di resistenza istituzionale, associazionistica e individuale rispetto ad un modello di negazione delle cure e delle tutele dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti. Un'azione necessaria che per essere efficace - a parere di chi scrive, per la sua quotidiana esperienza «sul campo» - deve essere unita alla concreta difesa organizzata dei singoli, vittime di questa negazione dei diritti.

ANALISI

Gli elementi chiave della legge. Il testo della legge 33, con poche variazioni apportate in sede di discussione parlamentare, è il risultato di due pressoché identici disegni di legge governativi, approvati il 10 ottobre 2022 nell'ultima seduta del Governo Draghi, e con procedura d'urgenza il 19 gennaio 2023 da parte del Governo Meloni. La 33 è, quindi, una legge approvata su scrittura del Governo e che al Governo è immediatamente tornata per l'approvazione dei decreti attuativi, con una discussione parlamentare nelle commissioni Sanità e Affari sociali di Senato e Camera ridotta all'osso. Tappe forzate che più di un osservatore ha definito di dubbia costituzionalità, dato che limitano la sovranità del Parlamento, la cui attività viene compressa in scadenze predeterminate e indiscutibili, legate alle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Nella legge, dopo tre articoli di «nulla legislativo» su invecchiamento attivo, turismo lento e «trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale», il nucleo del provvedimento si trova agli articoli 4 («Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 32

autosufficienti”) e 5 (“Delega al Governo in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti”).

Snaa e Indennità di accompagnamento. Nel primo si delinea il distacco degli anziani malati non autosufficienti dal sistema di tutele vigenti per gli altri concittadini, specialmente in materia sanitaria. La legge prevede l’istituzione di un «Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente» (SNAA, **articolo 4**, lettera b). Si tratta di un Sistema, e non di un Servizio come quello sanitario nazionale, «a parte», a cui destinare tutti i malati non autosufficienti ai quali non viene riconosciuto lo status – e i corrispondenti diritti – di malati. Trattati come «casi sociali» al massimo da «accudire» previa valutazione socio-economica (ma se avranno qualche risorsa, nessun servizio sarà attivato perché il settore di riferimento sarà quello delle politiche sociali e non quello della sanità).

Lo strumento di selezione all’ingresso del nuovo Sistema sarà la valutazione socio-economica (Isee) e sociale più in generale (famigliari, abitazione...): i decreti attuativi e ancor di più le Regioni saranno chiamati a definire le regole di esclusione di questa «fetta» importante di malati dal resto dei cittadini con gli stessi bisogni. Un esempio già accennato nel testo di legge è la prevista integrazione dei servizi di Assistenza domiciliare integrata – Adi (Sanità) e Sad – Servizio di assistenza domiciliare (Assistenza comunale), in modo da negare la prestazione sanitaria a chi non avrà i requisiti per quella comunale/sociale. La valutazione avverrà in fantomatici «punti unici di accesso (Pua), collocati presso le Case di Comunità», che lo stesso ministero della sanità ha messo in dubbio per carenza di professionisti.

All’utente dell’istituendo «Sistema» manca un riferimento unico, che risponda del servizio e sia responsabile – anche di fronte ad un giudice – della sua eventuale mancata erogazione. A questo soggetto – che non c’è, o meglio, che dovrebbe essere il Servizio sanitario nazionale come previsto dalla legge



833 del 1978 – sarebbe opportuno delegare la funzione di centro direttivo, gestionale e di erogazione delle risorse.

La legge prevede, invece, che il nuovo sistema sia governato dal “Coordinamento interministeriale per la popolazione anziana” (tutta, dai vecchi malati senza autonomia a quelli amministratori delegati di aziende multimilionarie!), «presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per la famiglia, la natalità e le pari opportunità, per le disabilità, per gli affari regionali e le autonomie, dell’economia e delle finanze o loro delegati». C’è chi ha osservato che c’è dentro «mezzo governo»; è la garanzia che le decisioni saranno al ribasso per chi ha più bisogno e che non sarà individuabile un soggetto responsabile.

All’**articolo 5** della legge viene delineata la strategia di «aggressione» dell’indennità di accompagnamento, unica riserva consistente di risorse prevista dalla norma, da sottrarre alla disponibilità «cash» e disintermediata degli utenti. La legge indica dove trovare le risorse per gli interventi domiciliari per i malati non autosufficienti. Dove ci sono già: le risorse Inps dell’indennità di accompagnamento sulle quali malati e famiglie oggi hanno pieno controllo di spesa. La legge (articolo 5, comma 2, a) 1)) prefigura una riforma epocale della misura, con l’introduzione per i malati cronici non autosufficienti «di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale», (attenzione, non «clinico»), mentre oggi viene data «al solo titolo della minorazione», in base alla legge 18 del 1980.

La prestazione sarà erogabile «in forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona». È vero che la scelta, anche reversibile, spetterà all’utente, ma è facile immaginare che i progetti di presa in carico saranno costruiti considerando l’indennità come parte del finanziamento dello stesso e non più cifra liberamente spendibile dall’utente, oggi non considerabile come reddito e nemmeno rilevante ai fini dell’Isee.

Le premesse della legge. Per capire la traiettoria di lungo periodo in cui s’inserisce la legge 33 è necessario

CONTINUA A PAG. 34

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 33

allargare lo sguardo. Le premesse formali della legge sono state scritte prima dei disegni di legge del governo. Nel maggio 2020 il Consiglio Superiore di Sanità (Css) scriveva nel documento “Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale”: «Deve nascere un Servizio nazionale per la Ltc (Long term care, le cure di lunga durata che gli esperti del Css intendono esclusivamente in campo assistenziale e non sanitario, ndr) che ha come missione le politiche socio-assistenziali e socio-assistenziali per la Ltc, escludendo le prestazioni sanitarie che rimangono in capo al Servizio sanitario nazionale. Esso potrebbe dedicarsi sia al target anziani, sia al target disabili adulti. Esso può essere finanziato ricomponendo tutte le risorse pubbliche in gioco: fondi Inps per la Ltc (l'appena citata «Indennità di accompagnamento»), spesa socio-sanitaria del Servizio sanitario nazionale per le Long term care (in sostanza, gli interventi per tamponare situazioni di «acuzie», ndr) e spesa degli enti locali, cioè i Comuni sui quali, insieme alle famiglie, si scarica il peso dei diritti negati. La proposta di istituire un Servizio nazionale per la Long term care, istituzionalmente ed organizzativamente autonomo dal Servizio sanitario, rientra nel disegno di procedere alla progressiva espulsione delle persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative e dei disabili gravi dal diritto ad usufruire pienamente delle prestazioni che il Servizio sanitario fornisce alla generalità dei propri assistiti. Disegno lucidamente perseguito sin dal 1983, da tutti i Governi nazionali che si sono succeduti, attraverso la strumentalizzazione del concetto di integrazione tra sanità ed assistenza sociale con l'unico scopo di ridurre la spesa sanitaria.

In coerenza con questa linea, è la «partita» dell'indennità di accompagnamento. Il documento del Consiglio superiore di sanità lanciava l'idea – non proprio originale – di finanziare il nuovo servizio, nel frattempo divenuto il Sistema SNAA, con i soldi che già ci sono, operando una «razionalizzazione» delle modalità di impiego delle risorse disponibili.

Per dirla più chiaramente: si prefigurava di «mettere le mani» sui fondi destinati dall'Inps a finanziare le indennità di accompagnamento e far pagare, agli utenti non autosufficienti e alle loro famiglie, una parte consistente delle prestazioni che verranno fornite dai soggetti privati (profit e non profit) individuati dalle norme istitutive del nuovo servizio. «A titolo di esempio è immaginabile – è scritto nero su bianco nel documento – definire un percorso di co-partecipazione per tutti in funzione del reddito in modo da eliminare le barriere di accesso alle strutture protette per la classe media, così come il valore dei trasferimenti potrebbe esser modulato su reddito e patrimoni dell'anziano, aumentando il valore dei contributi pubblici ai meno capienti e abbassandolo ai più benestanti».



La traduzione dal «burocratese» dovrebbe mettere in allarme la maggior parte della popolazione, considerando il fatto che nei documenti e nelle procedure tecniche relativi alla valutazione sociale, quando si accenna a persone «benestanti» alle quali ridurre le tutele, si considerano anche i proprietari di una prima casa di abitazione con un reddito medio basso.

Futuro antico. Da direttore della storica testata “Prospettive assistenziali” (oggi “Prospettive. I nostri diritti sanitari e sociali”), chi scrive osserva, a conclusione dell'analisi del provvedimento e prima di passare alle proposte, che è impressionante come per individuare i nodi critici della legge 33 e dell'impostazione culturale che la sostiene si possano utilizzare senza variazioni le parole che vennero utilizzate oltre vent'anni fa nel condannare la proposta di legge che poi portò all'approvazione della legge 328/2000. Anche allora, la negazione dei diritti per i malati non autosufficienti era palese. Moltissime associazioni e organizzazioni non vollero vederla e denunciarla, scaricando sui cittadini più deboli le conseguenze drammatiche di «una legge senza diritti» che però – proprio come quella appena approvata – confinava i non autosufficienti in un settore senza tutele.

«Il testo in esame – è scritto su “Prospettive assistenziali” 128, ottobre-dicembre 1999 – prevede il trasferimento della competenza ad intervenire, nei confronti degli anziani colpiti da malattie invalidanti (cancro, demenza, pluripatologie, ecc.) e da non autosufficienza, dalla sanità (che attualmente deve curarli in base a leggi vigenti dal 1955) all'assistenza, con le seguenti conseguenze: 1) passaggio dalla gratuità al pagamento da parte dei degenti di rette ammontanti anche a 100-140 mila lire al giorno; 2) perdita del diritto esigibile alle cure sanitarie, ricoveri compresi, e assegnazione degli interventi alla discrezionalità dell'assistenza e quindi con l'inserimento nelle liste di attesa, anche di 2-3 anni, per il ricovero in case di riposo e altre strutture assistenziali (residenze protette, ecc.)».

CONTINUA A PAG. 35

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 34

E ancora: «Per quanto riguarda i malati di Alzheimer e sindromi correlate e gli anziani sofferenti a causa di altre infermità inguaribili (...) l'articolo 15 del testo in esame prevede che restino ferme 'le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti'. Questa formulazione non conferma, come potrebbe apparire a prima vista, la totale (o almeno la primaria) competenza del Servizio sanitario nazionale, così come avviene per i malati giovani e adulti. Stabilisce, invece, che il Servizio sanitario nazionale deve intervenire esclusivamente per quanto concerne le prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative e non in merito a tutti gli altri aspetti» di tutela della salute, che pure erano e sono tutt'ora di competenza sanitaria in base all'articolo 32 della Costituzione.

Veniva allora evidenziato, fatto di rilevante importanza, che «per le altre competenze riguardanti il soggetto malato (ammissione, scelta del posto letto, dimissione, norme sulla idoneità dei locali, qualificazione e numero degli addetti, oneri economici a carico dell'utente, ecc.) le disposizioni di riferimento non sono più quelle del Servizio sanitario nazionale, ma del settore assistenziale. Di conseguenza, l'utente non ha più il diritto esigibile alle cure del Servizio sanitario nazionale, ma le sue istanze rientrano nel settore dell'assistenza/beneficenza, le cui prestazioni sono – salvo casi del tutto eccezionali – di gran lunga meno valide rispetto a quelle che la legge impone alla sanità».

Le risorse. Detto che il problema fondamentale della legge 33 è l'enorme sottrazione di diritti fondamentali di cura e di tutela della salute, il tema delle risorse economiche è importante. Per qualificare l'impegno dello Stato nell'incremento delle tutele e dei servizi nell'ambito della legge 33, basta riportare per intero l'ultimo comma dell'articolo 8, "Disposizioni finanziarie": «Dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tale fine, agli



adempimenti relativi ai suddetti decreti, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente». A «comandare» l'intervento dei servizi, dunque, non sarà la domanda, ma i fondi stanziati prevalentemente nell'incerto, e non universalistico per dettato costituzionale, ambito sociale.

Sappiamo, invece, che la presa in carico dei malati non autosufficienti ha necessità di più risorse (che ci sono, come dimostrano gli stanziamenti per altri capitoli di spesa – anche improvvisi – mai soggetti a limitazione nel bilancio dello Stato) e di un riconoscimento della tutela della salute a casa attraverso un maggiore impegno della sanità, universalistica, accessibile a tutti senza valutazione socio-economica o limitazione preventiva delle risorse, nelle attività di assistenza tutelare. Quest'ultimo obiettivo è fondamentale per la tutela della salute dei malati non autosufficienti a domicilio e per il rispetto del diritto ad una vita dignitosa dei loro parenti che se ne prendono cura.

La lunga esperienza acquisita nella lotta contro l'emarginazione sociale dei più deboli dalle organizzazioni del volontariato dei diritti (Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base e Fondazione promozione sociale, per citare quelle conosciute dal di dentro da parte di chi scrive) dimostra in modo incontrovertibile che le iniziative che sono state di maggior aiuto per le persone in gravi condizioni personali e sociali non sono state quelle relative all'assistenza o ai servizi sociali, bensì quelle riguardanti la conquista di un diritto per tutti, che tenesse conto delle esigenze dei più deboli fra gli utenti e desse loro adeguata risposta. Ancora più a monte, la vera prevenzione dell'esclusione non si realizza quasi mai con gli interventi dei servizi sociali e dell'assistenza (preposti proprio alla gestione delle persone e dei nuclei familiari posti ai margini della società), ma operando affinché tutti i settori di interesse sociale (sanità, scuola ecc.) siano predisposti in modo da accogliere pienamente e insieme agli altri, anche le persone più deboli.,

CONTINUA A PAG. 36

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 35

PROPOSTE

L'analisi fin qui proposta costringe, in un certo senso, a fornire delle soluzioni di lungo periodo (è il caso del primo dei seguenti punti, sul Servizio sanitario), e delle proposte operative concrete anche in vista dei necessari interventi sui decreti attuativi della legge.

Il SSN, ente unico per i Livelli essenziali. La doverosa assunzione dell'obiettivo di realizzare una efficace integrazione delle prestazioni per i malati non autosufficienti e per le persone con grave disabilità – sia per quanto attiene alle diverse valenze specialistiche sanitarie che per quelle sociali (che, in molti casi, sarebbe molto più opportuno qualificare come “relazionali”) – presuppone che esse siano affidate ad un sistema di servizio unitario che non può che essere individuato nel Servizio sanitario nazionale. Potremmo così riassumere la proposta: la titolarità istituzionale delle valenze sociali dei livelli essenziali deve essere assegnata ad un solo ente, il Servizio sanitario nazionale.

È, ovviamente, un percorso diametralmente opposto a quello del «Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente – SNAA». La collocazione degli interventi afferenti alla cosiddetta area dell'integrazione socio-sanitaria (quella in cui oggi sono confinati i malati non autosufficienti, per capirci) in capo esclusivamente alle Aziende sanitarie consentirebbe, infatti, di creare unità operative polivalenti sia per quanto attiene al sanitario che al sociale. Chi assume la direzione dell'unità operativa avrebbe la piena responsabilità della gestione di tutto il personale assegnato (assunto dall'Azienda sanitaria o pervenuto in mobilità dai Comuni) e ciò consentirebbe di superare ogni motivo di conflitto generato dall'appartenenza ad enti diversi e quindi di orientare ed organizzare gli interventi in modo da garantire la centralità dell'utente malato/con grave disabilità non autosufficiente. Occorrerebbe, in sostanza che siano chiari i diritti delle persone, definiti i soggetti istituzionali deputati a garantirli e certe e adeguate le risorse di cui questi ultimi devono poter disporre.

Per arrivare a ciò è indispensabile indicare un solo soggetto istituzionale ed organizzativo (l'Asl) – e non due (Asl e Comuni o addirittura tre se si mette in campo l'Inps) – che sia tenuto ad assicurare le prestazioni, previste per diritto, dalla fase di valutazione a quella di definizione, attuazione e verifica del progetto di cura. Allo stesso modo occorre che vi sia un unico organismo a governare il sistema onde evitare che si verifichi quello che oggi accade: l'impotenza dei cittadini di fronte al palleggiamento delle responsabilità tra le istituzioni ed i servizi che esse governano.

È fondamentale che questo Servizio unico a garanzia dei Livelli essenziali sia il Servizio sanitario nazionale



e non quello sociale, perché il primo ha ancora oggi, nonostante la legge 33, il dovere costituzionale e legale di prestare tutte le cure necessarie e per tutto il tempo richiesto a tutte le persone alle quali sia stata certificata la condizione di malattia, sia essa fisica e/o psichica: compresi ovviamente i malati cronici non autosufficienti ed i disabili gravi di qualunque età.

Per queste ragioni dovrebbe essere del tutto evidente che l'unica vera ed efficace assicurazione sul benessere e sulla tutela della salute di noi cittadini è il Servizio sanitario nazionale, che già finanziamo con una componente specifica del gettito dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive (Irap) e con l'addizionale regionale dell'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche (Irpef).

Grazie alla legge n.833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, è stata data efficace attuazione al diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Carta costituzionale. E, laddove non è o non è stato così, è possibile, proprio in funzione della legge, rivendicare il diritto negato, fino al ricorso alla magistratura. È proprio tornando a questa legge – letta nella versione originaria e dunque depurata dagli effetti deleteri della aziendalizzazione del sistema sanitario, introdotta dal decreto legislativo n. 502/1992 e sostanzialmente confermata dal successivo decreto legislativo n. 229/1999 – che si può recuperare l'ancor oggi valido «comunitarismo» che la ispirava.

Cure domiciliari. Le grandi assenti della legge 33 sono le cure domiciliari, nella forma di interventi che rispondano davvero, in modo appropriato alle esigenze dei malati e delle persone con disabilità non autosufficienti, che sono in primo luogo (a volte unico) esigenze di tutela della loro residua salute, fin nelle più elementari funzioni della vita quotidiana. Alla luce di questa carenza fondamentale è opportuno riprendere qui le osservazioni puntuali su tema sviluppate da Maurizio Motta, docente all'Università di Torino, ex funzionario dei Servizi sociali del Comune di Torino, esplicitate per la prima volta nell'evento pubblico «Dal ddl non autosufficienza alla vera garanzia delle cure», svoltosi il 26 gennaio 2023 al Centro Servizi per il

CONTINUA A PAG. 37

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 36

Volontariato di Torino, e poi rilanciate su «Welforum – Osservatorio nazionale sulle politiche sociali».

Potenziare l'assistenza domiciliare richiede, ha osservato Motta, «di aumentare le capacità degli interventi sanitari a domicilio: infermieristici, diagnostici (come la radiologia domiciliare e i prelievi per esami), riabilitativi, e il superamento dell'intervento del medico di medicina generale come operatore che lavora da solo, ma soprattutto richiede di fornire molti più sostegni per la tutela negli atti della vita quotidiana (andare a letto ed alzarsi, usare i servizi igienici, essere lavati, alimentarsi, vestirsi). È proprio la mancanza di questi sostegni che oggi costringe a ricoveri indesiderati in Rsa, o ad opporsi alle dimissioni dall'ospedale, o a portare per disperazione i non autosufficienti al Pronto Soccorso, o al crollo od impoverimento delle famiglie».

La direzione presa dal Piano di ripresa e resilienza non dà garanzie in questo senso. Il Pnrr (purtroppo) finanzia soprattutto il potenziamento dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) come è ora (infermieri a domicilio, in alcune Regioni a volte con poche ore di Operatore socio sanitario - Oss), con un budget stimato fino al 2025 di circa 3 miliardi di euro. Quindi, nella legge 33 non c'è un adeguato impegno strategico per potenziare l'offerta di supporti domiciliari tutelari negli atti della vita quotidiana. L'articolo 4, al punto 3, lettera n) si limita a prevedere l'integrazione tra Adi e Sad (il Servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni), formulazione troppo generica, che non fa comprendere cosa deve accadere, e che non implica alcun aumento degli interventi di tutela a domicilio.

Assistenza domiciliare tutelare. Per potenziare la presa in carico domiciliare tutelare non bastano poche ore di operatore sociosanitario (Oss) oppure con denaro alle famiglie, perché ci sono molti non autosufficienti che vivono con persone che da sole non riescono ad usarlo.



Occorre invece un'assistenza domiciliare che si articoli in più modalità possibili, da concordare con la famiglia per adattare alla specifica situazione: assegni di cura per assumere lavoratori di fiducia da parte della famiglia (ma anche con forti supporti per reperirli e per amministrare il rapporto di lavoro, ove la famiglia non sia in grado di farlo), contributi alla famiglia che assiste da sé, affidamento a volontari, buoni servizio per ricevere da fornitori accreditati assistenti familiari e pacchetti di altre prestazioni (pasti a domicilio, telesoccorso, ricoveri di sollievo, piccole manutenzioni, trasporti ed accompagnamenti), operatori pubblici (o di imprese affidatarie) al domicilio.

Il meccanismo migliore, indicato da Maurizio Motta, che qui si ripropone, è fatto di tre passaggi: «1) la valutazione multidimensionale individua un grado di non autosufficienza abbinato a un budget di cura da usare, crescente al crescere della non autosufficienza, 2) si compone il budget di cura con 50% di risorse del Servizio sanitario nazionale, e 50% dell'utente e/o dei servizi sociali dei Comuni (se l'utente non è in grado di pagare la sua quota), 3) si trasforma il budget nell'intervento che è più utile in quel momento, potendo modificarlo nel tempo. E questo peraltro è proprio il percorso che già opera per l'inserimento in Rsa, dove il 'budget di cura' è la retta che viene pagata».

Il ruolo del Servizio sanitario nazionale. «Qualunque famiglia (o operatore sanitario che interviene a casa) sa molto bene che è inutile una buona assistenza sanitaria al domicilio senza sostegni del non autosufficiente nelle funzioni della vita quotidiana», ha osservato ancora Motta. «Ma questi sostegni non possono essere a carico solo delle famiglie o dei servizi sociali dei Comuni; devono invece essere sotto la titolarità primaria del Servizio sanitario nazionale e con una sua compartecipazione finanziaria».

Ecco le ragioni di tale posizione, per punti:

a) Perché già succede: i Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (Lea) vigenti già prevedono che il costo in Rsa sia metà a carico del Servizio sanitario nazionale; costo che copre non solo le spese

CONTINUA A PAG. 38

Tutti i diritti negati dalla legge sulla non autosufficienza

CONTINUA DA PAG. 37

sanitarie o di professioni sanitarie, ma tutte le prestazioni di tutela della vita in Rsa (costo di tutti i dipendenti, dei pasti, delle pulizie, etc). Dunque, perché non deve accadere lo stesso nell'assistenza domiciliare prevedendo che se la stessa persona è assistita a casa la tutela sia in parte a carico del Servizio sanitario nazionale? Non prevederlo implica che per le stesse tipologie di malati non autosufficienti il Servizio sanitario di fatto incentiva solo il ricovero, come accade oggi. Superare questa assurda contraddizione, per far sì che il malato cronico non autosufficiente riceva analoghe risorse del Servizio sanitario per la sua tutela quando è in Rsa o quando è a casa, deve avvenire prevedendolo entro i Lea sociosanitari.

È possibile farlo? Sì, la via tecnica è la modifica puntuale, quasi chirurgica dell'attuale Dpcm n. 15 del 12 gennaio 2017 sui Lea, con l'inserimento (articolo 22 delle prestazioni sanitarie che lo Stato è obbligato a fornire) del riconoscimento delle prestazioni informali di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona», con corrispondente assegno di cura sanitario destinato a riconoscere l'attività dei famigliari o di assistenti famigliari regolarmente assunti.

b) Perché il Servizio sanitario nazionale oggi spende circa 150 euro al giorno per un posto in case di cura post ospedaliere, e per degenze spesso inappropriate perché molte volte sono «posteggi» in attesa che diventi disponibile un posto in Rsa o in assistenza domiciliare. E il Servizio sanitario nazionale spende intorno ai 40 euro al giorno per la parte sanitaria della retta in Rsa (il 50% del costo totale). Con spesa minore potrebbe coprire il 50% del costo di una robusta assistenza domiciliare tutelare. Non sarebbe un significativo risparmio interno allo stesso Servizio sanitario?

c) Perché dove questo è accaduto (ad esempio in Torino e in un'altra Asl piemontese, col concorso finanziario Asl negli interventi domiciliari) l'offerta ai non autosufficienti diventa più consistente. Garantire a un malato non autosufficiente poche ore settimanali di Oss al domicilio serve ad evitare il ricovero in Rsa solo per le famiglie che possono aumentare queste ore con proprie risorse, ed è inutile per le famiglie che hanno meno risorse proprie.

d) Perché i non autosufficienti sono tali in quanto malati o con esiti di patologie. Dunque, è un'area di problemi sulla quale dovrebbe essere chiara la titolarità primaria del Servizio sanitario nazionale, anche nella spesa e nel governare il sistema delle offerte. E non basta invocare una generica «integrazione sociosanitaria» (come purtroppo fanno anche i vigenti Lea).

Diritti esigibili. Molte Regioni e Asl utilizzano (specialmente per gli interventi per i non



autosufficienti) il criterio di intervenire «solo se e quando ci sono risorse finanziarie», il che trasforma quelli che dovrebbero essere diritti esigibili (pure previsti nei livelli essenziali delle prestazioni) in precari diritti «finanziariamente condizionati». Purtroppo, è lo stesso spirito che anima la legge 33. E che non garantisce diritti certi nemmeno a quei non autosufficienti non solo – come tutti – malati, ma anche in situazione di indigenza economica.

È necessario, al contrario, che si arricchiscano i contenuti dei Lea sociosanitari. E occorre farlo per dare agli interventi natura di diritti davvero esigibili dai cittadini, ossia per far ricevere gli interventi essenziali e non solo «un posto in lista d'attesa». Ed è bene che ciò avvenga entro i Lea sociosanitari perché sono la normativa più consistente prevista a questo scopo, per il profilo giuridico che hanno i diritti entro i Lea. Inoltre, è bene che i Lea restino il principale contenitore che regola il Servizio sanitario nazionale, senza frantumare la normativa e per non depotenziare il loro ruolo.

Compartecipare come in Rsa. Il tema della contribuzione dell'utente con sue risorse è determinante. Ancora Motta: «Il budget di cura utilizzabile per l'assistenza domiciliare (ossia la spesa dalla quale ricavare il piano di assistenza) deve essere costruito con lo stesso meccanismo di quello per l'assistenza residenziale perché non deve esistere alcuna forma di 'convenienza economica', né per le famiglie né le amministrazioni, che influenzi la scelta tra le due forme/setting di cura, scelta che deve invece derivare soltanto dall'appropriatezza clinica e dalla preferenza dei cittadini». Inoltre, al contrario di cosa accade ora in norme nazionali e regionali, la valutazione della condizione economica non deve essere usata per determinare l'accesso alle prestazioni (che va invece previsto soltanto in base alle condizioni di non autosufficienza) ma unicamente per identificare la successiva contribuzione al costo degli interventi che è a carico del cittadino. Altrimenti, come oggi, accade che con l'Issee vengano esclusi dagli interventi migliaia di malati non autosufficienti.

Andrea Ciattaglia

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.

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.



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

www.lila.it



MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE - ONLUS

Medicina Democratica

È 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. È SUFFICIENTE FIRMARE NEL RIQUADRO "SOSTEGNO DEL VOLONTARIATO E DELLE ALTRE ORGANIZZAZIONI NON LUCRATIVE DI UTILITÀ 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.



*Tessera con abbonamento
alla rivista nazionale*

Quale futuro per i congressi per la salute?

di Luca Negro

Il 6 e 7 novembre 2021 si è tenuto a Bologna il congresso “Come si esce dalla sindemia”, a cui hanno aderito più di 100 realtà tra singoli, gruppi e associazioni. Il Congresso è stato costruito attraverso una modalità partecipativa, con due assemblee plenarie e più tavoli di lavoro; la partecipazione stessa al congresso è avvenuta attraverso un lavoro capillare di interlocuzione con le varie realtà; nella fase di costruzione si è fatto di tutto per evitare che venisse imposta una qualsiasi “egemonia” politica sulla costruzione dell’evento. Gli assi tematici attorno ai quali ci si è confrontati sono stati: Il sistema sanitario; Che cos’è la salute; Covid-19: a che punto è la notte?; Mobilitazione: che fare?. Sulla base di un’aggregazione nata a Bologna nel periodo del I lockdown, abbiamo invitato a un confronto tutte le organizzazioni che negli ultimi mesi hanno incontrato il tema della salute nelle pratiche mutualistiche, nelle vertenze sindacali, nelle battaglie legate alle questioni abitative e ambientali, cercando di intercettare gruppi di operatori e operatrici, ricercatrici, attiviste e movimenti legati alle lotte per la salute di genere. Era stato evidente, lungo il corso del 2021, che si andavano moltiplicando gli interventi da parte di società scientifiche, ordini professionali, gruppi organizzati di pressione nazionali e internazionali impegnati nell’ambito delle discipline professionali e più in generale del mercato sanitario, che, con intenzioni soprattutto corporative, di posizionamento nel campo aperto della ricostruzione postpandemica e della competizione per accaparrarsi le sue risorse, corredevano le loro dichiarazioni con ampie affermazioni di principio sull’importanza della salute territoriale, della prossimità, della domiciliarità. Il Pnrr, che fa largamente uso di questi concetti, ha risentito della pervasività di queste parole d’ordine mantenendosi nel campo delle “mobilitazioni dall’alto”, cioè che non incidono davvero sulla possibilità di creare reali forme di lettura partecipata dei bisogni. Durante il Convegno di Bologna abbiamo iniziato a produrre un’analisi critica di queste dinamiche, con l’obiettivo di tornare a far sentire una voce orientata ai valori della sanità pubblica, gratuita, universale e accessibile, per polarizzare il dibattito e dare il segno della presenza, nella società, di una forte aggregazione culturale che esprimesse questi principi di riferimento.

Le esperienze di mobilitazione sviluppatasi durante la sindemia (ad esempio, quella del comitato Riapriamo Villa Tiburtina a Roma) hanno riportato al centro la questione della partecipazione e del controllo popolare sui temi della sanità: la mobilitazione di quartiere ha messo in luce la necessità di forme popolari e socialmente diffuse di coinvolgimento, che fossero non meramente partecipate da operatori e che svolgessero anche il compito di fornire orientamento



e supporto alla cittadinanza per stare nella rete dei servizi, in un momento difficile di chiusure e limitazioni. Un’altra importante presenza era costituita dalle esperienze di mutualismo costruite dal basso a partire dal primo lockdown, che hanno permesso di sostenere popolazioni fragili irraggiungibili per i servizi pubblici, soprattutto laddove l’integrazione sociosanitaria è rimasta una vuota dichiarazione di principio. In questo ambito si sono riconosciute le esperienze dei Laboratori di Salute Popolari, delle Brigate solidali, di gruppi informali che operano in particolare in alcuni contesti geografici particolarmente impoveriti o rispetto ad alcune aree di grave marginalità ed esclusione sociale. Molto importanti alcune esperienze transfemministe come la campagna Obiezione Respinta, che realizza una mappatura dal basso dei presidi rivolti alla salute di genere e riproduttiva e delle loro pratiche, spesso escludenti e stigmatizzanti. La dialettica ha fatto emergere questa necessità di non “coprire le falle del sistema” e di non sostituirsi al servizio pubblico, ma piuttosto portare in luce i bisogni di salute che solitamente rimangono sommersi, anticipare una nuova epistemologia della cura, innescare pratiche reali di partecipazione popolare e un diverso concetto di salute. L’altra componente fondamentale è stata quella delle lavoratrici e dei lavoratori che, in vari contesti e a vari livelli, operano dentro i servizi o negli spazi di creatività ancora aperti nel terzo settore. In alcuni territori sono state forzate le rigidità esistenti dentro le istituzioni per costruire reali processi di integrazione basati sulla multidisciplinarietà, sulla collaborazione tra operatori sociali e sanitari.

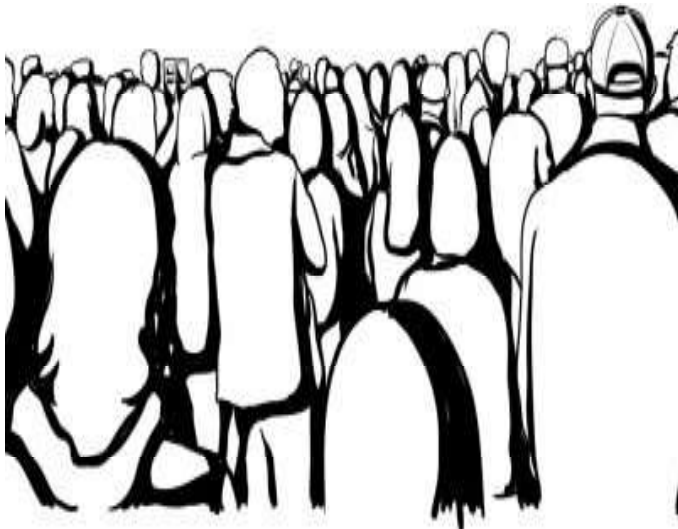
Per esempio si sono costruite reti inedite tra servizi e comunità, con una importante innovazione di pratiche e di epistemologie all’interno di alcune Case della Salute, laddove esse non si sono realizzate come mera aggregazione di prestazioni ma come dispositivi di ricerca-azione sulle componenti sociali dei bisogni sanitari (è il caso della casa della salute Le Piagge di Firenze).

Quale futuro per i congressi per la salute?

CONTINUA DA PAG. 40

Queste esperienze e altre simili, che si rivolgono alla salute delle persone migranti o alla salute di genere, nel vasto campo delle Cure Primarie (spesso negletto dalla governance ufficiale), sono apparse alla ricerca di spazi di riflessione e generalizzazione; importante il fatto che in queste esperienze si producano forme inedite di auto-aiuto tra professionisti, si creano nuovi spazi di cooperazione sociale che hanno un significato immediatamente politico nella misura in cui modificano i volti dei territori, si rimettono in discussione la lettura di contesti e popolazioni-target, uscendo dalla retorica della mera deprivazione e instaurando forme nuove di attivazione sociale.

Il confronto tra diversi punti di vista e posizioni ha fatto intravedere la possibilità di superare gli steccati tra vecchie e nuove forme di mobilitazione, accettare la mutazione strutturale della distinzione pubblico/privato per vedere meglio un nuovo campo di azione, in cui prima di tutto si possa agire contro la depoliticizzazione di chi lavora come tecnico? dentro le strutture statali o parastatali. È emersa la necessità di rinnovare le pratiche di lotta e di mobilitazione, laddove ad esempio le vertenze di categoria non sono riuscite ad andare oltre una dimensione solo settoriale e corporativa, proprio a partire dagli operatori? sanitari. Per questo era emersa la necessità di costruire nuovi spazi di dibattito con i gruppi di utenti dei servizi, con le persone disabili, con gruppi locali di popolazione, anche per sostenerli nel superare quelle forme edulcorate e spuntate di “partecipazione” che proliferano nel nostro sistema sussidiaristico senza mai tematizzare i veri squilibri di potere. L'altro obiettivo con cui ci era lasciati nel novembre 2021 era quello di costruire un nuovo immaginario, capace anche di valorizzare gli esiti progressivi del mutualismo e delle culture sussidiaristiche, ma in una rinnovata ottica di universalità, intersezionalità, giustizia sociale come fulcro della logica di servizio pubblico.



L'indicazione conclusiva fu quella di promuovere in ogni territorio dei contro-think tank orientati a proporre rivendicazioni comuni e soprattutto a creare un nuovo immaginario sulla salute pubblica anche a partire dalla condivisione di narrazioni, forme di comunicazione, anche con percorsi artistici ed esperienziali, aperti e non identitari. Come si vede, un lavoro con tempi lunghi, senza immediati ritorni in termini di visibilità per le singole strutture di movimento forse, sicuramente sfasato rispetto al fatto che di lì a pochi mesi in molti territori iniziavano le campagne elettorali amministrative e su molti temi i fattori di incomunicabilità si moltiplicavano a scapito di quelli di possibile interazione. Quello che la situazione pandemica sembrava favorire, e che pensavamo fosse la posta in gioco di quel ciclo di incontri, era la possibilità di rinnovare congiuntamente le forme di partecipazione e di militanza, entrambe segnate da innumerevoli limiti, per giungere ad una nuova possibilità di “azione pubblica” che mirasse a rimettere insieme l'alto e il basso, le lotte sul terreno della riproduzione sociale tutta e le pratiche innovative svolte dentro i servizi, con l'obiettivo di una ripoliticizzazione di tutti i saperi e un superamento della separazione tra società e politica: si trattava cioè di recuperare quella capacità di inventare istituzioni che aveva caratterizzato le lotte volte a costruire il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Si era previsto di interloquire anche con le esperienze internazionali attive sul campo, come il movimento la Cabecera, SWAN, la rete di International Radical Social Workers, Entrar Afuera, Pirate Care, il movimento legato ai Caps Brasiliani, le Cliniche solidali greche. Alcuni di questi soggetti hanno interagito nei mesi successivi con altre realtà italiane, ma mai con la rete complessiva dei Congressi per la salute, che di lì a poco si sarebbe formalizzata.

I mesi successivi hanno visto richiudersi questo processo sulle strutture di movimento e sindacali che già avevano sviluppato percorsi comuni: da una parte quelle impegnate nelle rivendicazioni relative a casa e

CONTINUA A PAG. 42

Quale futuro per i congressi per la salute?

CONTINUA DA PAG. 41

reddito, dall'altra parte i sindacati di base impegnati in sanità; a fare da orientamento sulle questioni del servizio sanitario principalmente si è candidato il gruppo del Forum Diritto alla Salute, caratterizzato da posizioni fortemente polarizzate e semplificatorie rispetto agli aspetti più controversi della recente storia sanitaria italiana. Le rivendicazioni che hanno maggiormente inciso sulle successive piattaforme elaborate sono state quindi trainate dagli operatori sanitari sindacalizzati e, invece del dialogo con i gruppi professionali e tecnici maggiormente impegnati nell'innovazione territoriale e partecipativa, ha prevalso nella rete la tendenza a far dipendere la propria identità dall'adozione della prospettiva ideologicamente più "pura" possibile. Di conseguenza è emersa una grossolana forzatura nel definire quali fossero i "movimenti per la salute" accettati come interlocutori: le assemblee si sono a più riprese arenate su una serie di distinguo finalizzati a tenere fuori alcuni soggetti ritenuti a vario titolo "compromessi" con la governance neoliberale o espressione della sua egemonia.

Nelle assemblee nazionali ci si è infatti spesso incagliati? sulle critiche alla CGIL (nonostante in quei contesti qualche sindacalista abbia fatto autocritica sulle assicurazioni sanitarie integrative sottoscritte nel CCNL), alle esperienze di mutualismo, alle realtà associative o di ricerca impegnate in prassi migliorative nella territorializzazione e nella salute comunitaria (soprattutto quando capitavano a tiro associazioni di ricercatori?, terzo settore, campagne viste come troppo "moderate" come quella per la riforma delle Cure Primarie o quella per le Case di Comunità). Ritenendo queste soggettività "compromesse con l'esistente" nelle ultime assemblee è sempre risultata difficile l'interlocuzione con loro e si è preferito non cercarli attivamente per la costruzione dei dibattiti; molte di esse si sono progressivamente allontanate impoverendo il dibattito stesso. Nonostante alcune presenze e adesioni dei suoi rappresentanti, in questa rete poco o nulla si è fatto per stimolare le interlocuzioni con le realtà delle persone disabilite e neurodivergenti, che pongono sfide emancipatorie alle epistemologie mediche e assistenziali e ricollocano su un piano fortemente politico e sociale i temi della salute mentale e della disabilità imponendo anche l'urgenza di nuove forme di presa in carico qui e ora, e non solo dopo che il neoliberismo sarà abbattuto (si veda la rete dei Disability Pride o di Neuropeculiar; si può dire che questa indicazione sia oggi stata positivamente accolta dal Tavolo Neurodivergenze e Disabilità degli Stati Generali, che ha elaborato una piattaforma vertenziale molto legata all'attualità incarnata di questi problemi). Si è dunque affermata la tendenza a



tralasciare le spinte all'autorappresentanza che, pur con livelli variabili di ambivalenza, attraversano la società e pongono sfide pratiche e teoriche ai servizi sociosanitari nel loro complesso. Non si è colta la necessità di collocarsi con forza nel campo ampio e ambiguo dell'attuale "partecipazione" per dirimere praticamente la distinzione tra "vera e falsa partecipazione" articolando la nostra posizione in modo da dare forza a chi in questi contesti prova senza forza a portare posizioni critiche incarnate.

Sul piano del metodo questa rete si è autodichiarata alla ricerca di "convergenze", seguendo l'indicazione del Collettivo di Fabbrica GKN, tuttavia tale indicazione è stata risolta nella sua forma più meccanicistica.

Dalla manifestazione di Bologna del 22 ottobre 2022 abbiamo visto che esiste una grande disponibilità a mobilitarsi, anche con pratiche decise, quando si avverte che la partecipazione non si limita a sostenere uno o l'altro ceto politico; la pratica della convergenza potrebbe a questo proposito essere considerata come il superamento dell'ipotesi nefasta che un movimento su questi temi possa immediatamente diventare di massa grazie a soluzioni di verticalizzazione organizzativa o di irrigidimento tattico-identitario. Siamo piuttosto in una fase in cui è necessario aprire interlocuzioni e collocarsi in - o crearli ex novo - orizzonti di confronto ampi che ci permettano di tenere insieme una serie di esperienze e afflitti progressisti ed emancipatori che negli ultimi 20 anni sono rimasti irrelati non trovando ambiti di confronto e rafforzamento reciproco. La "convergenza" avrebbe dovuto realizzarsi organizzando, almeno sui temi della salute e della sanità (ma forse sarebbe stato utile farlo anche sul tema No Passante e lotte ambientali in generale) assemblee di approfondimento con le realtà locali - evitando che i dispositivi assembleari fossero usati solo quando è chiaro ai soggetti egemonici in carica che possono indirizzarne la composizione e i contenuti. Si tratterebbe di assemblee in cui si possano chiarire differenze e reciproci limiti tra diverse tattiche

CONTINUA A PAG. 43

Quale futuro per i congressi per la salute?

CONTINUA DA PAG. 42

e strategie, senza che questa discussione venga annullata dal colpo di spugna dell'irrigidimento tattico-identitario. Si perviene altrimenti solo a una forma meccanica di convergenza, per cui essa non si basa mai su un dialogo, anche tra posizioni lontane nella constatazione reciproca delle differenze, ma richiede la precedente accettazione del particolare irrigidimento tattico-identitario del soggetto che ti propone di convergere. Nell'ambito salute e sanità, l'esito che ne deriva sono mobilitazioni frustranti, scarsa partecipazione, incontri in cui tendenzialmente ci si parla addosso per sottolineare la correttezza ideologica delle proprie posizioni.

Mentre dovremmo tematizzare che oggi - rifuggendo da ogni identitarismo tattico - c'è bisogno di confrontarci con le tematiche nuove poste dalle reti di mutualismo sociale, dalle esperienze emancipatorie e partecipative del terzo settore (sia laico che cattolico), dalle sperimentazioni organizzative più avanzate nate tra reti di professionisti le cui elaborazioni confluiscono molto più facilmente dentro le campagne per lo sviluppo delle cure primarie e delle case di comunità - anche in ottica compatibile e con obiettivi migliorativi dell'attuale Pnrr - che in ambiti immediatamente politici. Rientra qui la già citata Cooperazione di Comunità, quel terzo settore innovativo e interessato a produrre benessere sui territori - pure se in una forma che attualmente è compatibile con i processi di destrutturazione della centralità statale.

Chiaramente le tattiche di questi soggetti sono maturate in un alveo complessivo di compatibilità politica, ma esse generano sperimentazioni e prassi che spesso hanno impatti e significati pratici più progressisti di quanto avviene nel solo servizio pubblico difeso dai ceti professionali in resistenza e sindacalmente mobilitati. Non possiamo non tematizzare la questione per riflettere anche su come riportare fuori dalla compatibilità sistemica queste esperienze di innovazione. Impossibile sviluppare questa ultima ipotesi senza costruire orizzonti di azione pubblica che siano strutturalmente intrecciati in modo intersezionale, e non semplicemente giustapposti: si tratta della necessità di cogliere il legame tra salute e sanità all'interno di un orizzonte più ampio che metta in primo piano la riproduzione sociale e che può essere definito solo dall'incontro con movimenti ecologisti e transfemministi in modo veramente politico e non identitario, senza pretese di egemonia.

Guardando all'esperienza della Rete promotrice dei Congressi per la Salute emergono i limiti più generali di una visione meccanicistica di cosa voglia dire fare movimento: i comitati a difesa di ospedali e servizi sanitari pubblici che vi partecipano hanno sempre difficoltà a coinvolgere professionisti; d'altra parte le



poche esperienze di operatori sanitari sindacalizzati che vi partecipano hanno sempre molta difficoltà a coinvolgere le comunità in senso più ampio nelle loro mobilitazioni. Quello che in ogni caso ne viene fuori fortemente sottovalutato è l'attenzione alle prassi. Il ricorso al termine quanto mai generico di "umanizzazione" che vediamo nella bozza di documento con cui si promuove la mobilitazione del 17 dicembre tradisce l'inadeguatezza del dibattito su questo punto. Non si coglie che bisogna ricostruire il legame tra le resistenze dal basso e le visioni scientifiche del personale tecnico e professionale, non si coglie cioè che la portata del movimento su questi temi sta nella "politicizzazione della medicina", nella produzione di saperi e di una nuova scienza, per costruire la quale è oggi necessario ripartire dalle riflessioni esistenti che già vanno in direzione di una maggiore autogestione della salute, in campo transfemminista come nelle reti di automutuoaiuto parzialmente sussunte dalla governance, nei consultori e nei centri antiviolenza come nelle sempre crescenti associazioni di advocacy che stanno ambiguamente tra voce e partecipazione istituzionalizzata; allo stesso modo è necessario ricostruire il dialogo tra le forme di mobilitazione per la difesa dei presidi sanitari esistenti con le sperimentazioni che vanno in direzione di una maggiore territorializzazione dei servizi e dei contesti cooperativi più attenti - che rischiano sempre di essere messi in una fuorviante contrapposizione dai centri di governo. Per non annaspire in queste contraddizioni è necessario ricostruire un confronto e un accordo con le mobilitazioni dell'operator? sociali e dell'operator? di tutto il terzo settore, che in questi mesi hanno ricominciato a mobilitarsi, ma con un approccio che riesca a tenere aperto il dialogo anche con la parte più avanzata della cooperazione, per andare a stanare le contraddizioni dei modelli di privatizzazione su cui hanno prosperato le dirigenze aziendalistiche anche di regioni storicamente progressiste come Emilia Romagna e Toscana.

Contributo di **Luca Negro**
Sociologo

I media italiani dedicano poca attenzione al clima, ma offrono sempre più spazio alle pubblicità delle aziende inquinanti

Gli ultimi dati del nostro monitoraggio periodico con l'Osservatorio di Pavia sulla copertura mediatica dei cambiamenti climatici nel 2022

Mentre sulla stampa e in televisione la crisi climatica continua ad avere scarsa visibilità, sui principali quotidiani italiani aumentano le pubblicità delle aziende maggiormente responsabili del riscaldamento globale, a conferma della pericolosa influenza dell'industria dei combustibili fossili sul mondo dell'informazione. È quanto emerge dallo studio realizzato per noi dall'Osservatorio di Pavia, istituto di ricerca specializzato nell'analisi della comunicazione.

Lo studio ha esaminato, nel periodo fra settembre e dicembre 2022, come la crisi climatica è stata raccontata dai cinque quotidiani nazionali più diffusi (Corriere della Sera, la Repubblica, Il Sole 24 Ore, Avvenire, La Stampa), dai telegiornali serali delle reti Rai, Mediaset e La7 e da un campione di programmi televisivi di approfondimento. Questa ricerca completa il nostro monitoraggio periodico sulla copertura mediatica dei cambiamenti climatici realizzata nel corso del 2022.

Meno di 3 articoli al giorno sulla crisi climatica

I risultati mostrano che nell'ultima parte dell'anno il numero di articoli pubblicati dai principali quotidiani italiani in cui si parla esplicitamente di crisi climatica è diminuito rispetto al quadrimestre precedente, attestandosi a una media di appena 2,5 articoli al giorno. Il picco si è registrato nel mese di novembre, in occasione del summit sul clima di Sharm el Sheik (COP27) e della tragica alluvione che si è abbattuta sull'isola di Ischia.



In contrasto, aumenta invece lo spazio offerto dai giornali alle pubblicità dell'industria dei combustibili fossili e delle aziende dell'automotive, aeree e crocieristiche, tra i maggiori responsabili del riscaldamento del pianeta: la media è di oltre 6 pubblicità a settimana, cioè quasi una al giorno e circa il doppio rispetto al quadrimestre precedente. L'influenza del mondo economico sulla stampa emerge anche dall'analisi dei soggetti che hanno più voce nel racconto della crisi climatica: al secondo posto si trovano infatti le aziende (15%), che superano associazioni ambientaliste (14%), esperti (10%) e politici e istituzioni nazionali (10%), precedute solo dai politici e dalle istituzioni internazionali (21%) in virtù della COP27.

In base ai risultati dello studio, abbiamo aggiornato la classifica dei principali quotidiani italiani. Considerando la media dei cinque parametri valutati per ciascun giornale, solo Avvenire supera la sufficienza (3,4 punti su 5), scarsi invece i punteggi de Il Sole 24 Ore (2,6) e La Stampa (2,4), bocciati invece il Corriere (2,2) e la Repubblica (2,0).

Il clima nei TG e nelle trasmissioni di approfondimento

Per quanto riguarda invece la televisione, si osserva un lieve incremento della copertura da parte dei telegiornali di prima serata, che tuttavia hanno parlato di crisi climatica in meno del 3% delle notizie trasmesse. Il TG1 e il TG3 sono i telegiornali che hanno dedicato più spazio al problema, mentre fanalino di coda si conferma il TG La7 di Enrico Mentana, con appena l'1,4% dei servizi trasmessi.

Nei programmi televisivi di approfondimento si è infine dato spazio alla crisi climatica in 116 delle 450 puntate monitorate, pari al 26% del totale, in leggero calo rispetto al quadrimestre precedente. La trasmissione più virtuosa è Unomattina di Rai1, mentre in fondo alla classifica si trovano le due trasmissioni di La7: L'Aria che tira e Otto e mezzo. La scarsa attenzione al problema mostrata dai programmi di La7 rispecchia una linea editoriale che privilegia il racconto della politica, in cui la crisi climatica, come documentato anche durante l'ultima campagna

CONTINUA A PAG. 45

LA CLASSIFICA DEGLI INTRAPPOLATI

Liberiamo i media dai ricatti del greenwashing

	VOTO da 1 a 5	Quanto si parla di crisi climatica	I combustibili fossili sono riconosciuti come causa	Evitano di dare troppa voce alle aziende inquinanti	Evitano di dare troppo spazio alle pubblicità di aziende inquinanti	C'è trasparenza sui finanziamenti delle aziende inquinanti
Avvenire	3,4	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○
IL SOLE 24 ORE	2,6	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○
LA STAMPA	2,4	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○
CORRIERE DELLA SERA	2,2	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○
la Repubblica	2,0	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○	●●●●○

1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5

STRANGER GREEN GREENPEACE

Media italiani: poca attenzione al clima, più spazio alle pubblicità di chi inquinanti

CONTINUA DA PAG. 44

elettorale, è un argomento assai trascurato.

Liberiamo i media dai ricatti dell'industria fossile!

Gli ultimi mesi del 2022 confermano la sconcertante indifferenza dei media e dei politici italiani nei confronti della più grave emergenza ambientale della nostra epoca.

Tutto questo non cambierà finché i principali organi di informazione



continueranno a dipendere dalle pubblicità delle aziende inquinanti, e finché la classe politica preferirà assecondare gli interessi dell'industria dei combustibili fossili anziché quelli di cittadine e cittadini. Viviamo in un Paese dove

le aziende hanno un'enorme influenza sul racconto mediatico della crisi climatica e dove un colosso come ENI può dettare le politiche energetiche al governo.

Il nostro monitoraggio dei media italiani proseguirà anche nel 2023 nell'ambito della campagna "Stranger Green" contro il greenwashing e la disinformazione sulla crisi climatica.

L'obiettivo è contrastare l'influenza dell'industria del gas e del petrolio sul sistema dell'informazione, che minaccia la libertà di stampa, impedisce di conoscere la verità sulla crisi climatica e ritarda gli interventi di cui abbiamo urgente bisogno per accelerare la transizione energetica verso le fonti rinnovabili.

Greenpeace Italy

Siti inquinati, così in Italia si muore di bonifiche mancate

*Approfondimento rispetto alla specifica situazione in Campania. Considerata la rilevanza della tematica riproponiamo qui un intervento di **Fabrizio Bianchi** (Comitato Scientifico ISDE), pubblicato su "Il Domani".*

- Il 23 febbraio scorso è stato presentato il VI rapporto dello studio Sentieri sulla salute nelle aree di interesse nazionale per le bonifiche (Sin), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

- Nel rapporto si legge: «le stime globali danno un quadro d'insieme che evidenzia in queste popolazioni un eccesso di mortalità e di ospedalizzazione rispetto al resto della popolazione, e mostrano come nei siti con caratteristiche di contaminazione simili si producano effetti comparabili».

- Le bonifiche sono in grave ritardo, ne consegue che in molte aree restano attive le pressioni ambientali in grado di produrre danni sanitari.

Il 23 febbraio da poco trascorso è stato presentato il VI rapporto dello studio Sentieri sulla salute nelle aree di interesse nazionale per le bonifiche (Sin), progetto finanziato dal ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Dopo i risultati dei precedenti Rapporti, iniziati nel 2010, anche il sesto conferma uno stato di salute alterato per oltre 6,2 milioni di residenti nei 46 siti studiati.

I 46 Sin (39 di interesse nazionale e 7 regionale) includono 316 comuni con una distribuzione della popolazione residente in prevalenza nel sud-isole (55,5



per cento), nel Nord-Est (20,3 per cento), nel Centro (12,6 per cento) e nel Nord-Ovest (12 per cento).

Nel sesto rapporto si legge: «Le stime globali danno un quadro d'insieme che evidenzia in queste popolazioni un eccesso di mortalità e di ospedalizzazione rispetto al resto della popolazione, e mostrano come nei siti con caratteristiche di contaminazione simili si producano effetti comparabili».

La corsa dei dati anomali

I dati, contenuti nel numero speciale della rivista *Epidemiologia e Prevenzione*, indicano la permanenza di un cospicuo differenziale di salute tra chi vive nei Sin rispetto a chi vive nelle rispettive regioni di appartenenza.

In estrema sintesi, lo studio ha stimato che ogni anno tra il 2013 e il 2017 ci sono stati 1.668 decessi in eccesso rispetto a quanto atteso (2,6 per cento dei decessi totali, erano 2,5 per cento nel periodo 1996-2002).

Nel complesso dei Sin la mortalità per tumori è risultata in eccesso del 4 per cento tra i maschi e 3 per cento tra le femmine e la componente dovuta a tumori è responsabile del 56 per cento di tutti gli eccessi di rischio

CONTINUA A PAG. 46

Siti inquinati, così in Italia si muore di bonifiche mancate

CONTINUA DA PAG. 45

osservati. Al secondo posto del carico di malattia seguono le malattie del sistema circolatorio.

L'ospedalizzazione nel periodo 2014-2018, nell'insieme dei 46 siti, è risultata in eccesso del 3 per cento per tutte le cause e entrambi i generi, che significa oltre 11.000 ricoveri l'anno in più. Anche i ricoveri in ospedale in età pediatrica e giovanile sono preoccupanti, con un eccesso di rischio dell'8 per cento per tutte le cause nel primo anno di vita, e di circa il 4 per cento in età pediatrico-adolescenziale-giovanile.

Molti i Sin con peggiore carico di mortalità per tutte le cause in uomini e donne: Crotone, Serravalle Scrivia, Venezia-Porto Marghera, Massa-Carrara, Gela, Taranto, i due SIN della terra dei fuochi, Livorno, Piombino, Val Basento, Trieste, Fiume Sacco, Terni, Porto Torres e altri ancora con severità decrescente.

In numerose altre aree si registrano "solo" eccessi di rischio su cause specifiche.

Sul peggiore profilo di mortalità e morbosità influiscono molti fattori, ambientali, socio-economici, comportamentali, ma è incontrovertibile la reiterazione nel tempo di criticità in aree con inquinamento da impianti ancora attivi o da contaminazioni ereditate dal passato e mai bonificate.

Risultati preoccupanti

Un'interessante analisi dedicata alle malattie correlate agli inquinanti ambientali documentati nei Sin, basata su una estesa revisione della letteratura scientifica, permette di apprezzare legami stretti e molto informativi.

Ad esempio la mortalità per mesotelioma della pleura è risultata in forte eccesso (2-3 volte in media ma con punte fino a 15 volte) nelle aree con presenza di amianto (Emares, Balangero, Casale Monferrato, Broni, Bari-Fibronit, Biancavilla) e nei Sin con aree portuali e discariche, la mortalità per tumore del colon retto è in eccesso nei Sin con impianti chimici (4 per cento tra i maschi e 3 per cento tra le femmine), per tumore della vescica è stato registrato un eccesso del 6 per cento tra la popolazione maschile dei siti con discariche.

Importanti informazioni si ottengono considerando l'esposizione a inquinamento dell'aria in 16

Sin con impianti industriali (dati 2015) nei quali sono stati stimati 1.215 e 1.383 decessi attribuibili rispettivamente a esposizione a PM2,5 e PM10; inoltre, se ci si concentra sui residenti entro 1 chilometro dagli impianti sono attribuibili a inquinanti atmosferici circa il 6 per cento di tutti i decessi.

Gli eccessi di mortalità e malattie osservati sono tanto più preoccupanti se si pensa che molti potrebbero essere evitati.



Bonifiche in grave ritardo

Il peggiore stato di salute che emerge suona come una indicazione forte a intervenire per ridurre le esposizioni che si sa essere dannose, a iniziare dalle bonifiche che per legge dovrebbero essere effettuate.

Lo stato dell'iter di bonifica nei Sin non offre uno scenario confortante. A fronte dei lunghi tempi e delle cospicue risorse impiegate per le caratterizzazioni ambientali di terreni e acque superficiali e di falda, peraltro ancora da completare in molte aree, si registra un grave ritardo delle bonifiche delle stesse matrici ambientali analizzate e tipizzate.

Dai dati del Ministero dell'ambiente (Mase) sull'iter di bonifica dei terreni e delle acque di falda (aggiornamento giugno 2022) si può constatare quale sia lo stato di arretratezza delle realizzazioni: per 24 SIN su 39 i dati sono indisponibili o sono meno del 10 per cento i procedimenti conclusi e solo per 3 Sin sono superiori al 50 per cento.

Ne consegue che in molte aree restano attive le pressioni ambientali in grado di produrre danni sanitari. Sebbene Sentieri sia uno studio non basato su dati individuali ma su dati aggregati a livello del comune di residenza, cioè non sufficiente a dimostrare il nesso tra causa singola di malattia e malattia stessa, tuttavia, la gravità e la permanenza dei rischi osservati per malattie correlate all'ambiente, non dovrebbero essere trascurati, oltre al fatto che la gran parte degli eccessi emersi non è spiegabile ragionevolmente sulla base di ipotesi che escludono le pressioni ambientali. Inoltre, non si può dimenticare che in molte aree Sin negli ultimi anni sono stati effettuati studi di diverso tipo, anche basati su dati individuali dei residenti da lungo termine, con risultati anche meno rassicuranti.

Come comunicare

Sentieri richiama l'importanza di comunicare e permettere la partecipazione dei portatori di interesse e fornisce strumenti maturati dall'esperienza.

Un punto degno di ulteriore approfondimento è quello del coinvolgimento degli amministratori ai diversi livelli territoriali di competenza.

CONTINUA A PAG. 47

Siti inquinati, così in Italia si muore di bonifiche mancate

CONTINUA DA PAG. 46

Troppo spesso si assiste a interpretazioni negazioniste o minimaliste dei risultati, si va da «sono solo descrittivi e non utili» a «sono importanti ma da approfondire».

Al contrario, i risultati ad oggi disponibili non sono soggetti a “letture personalizzate” e sono sufficienti a prendere da subito decisioni, innanzitutto per direzionare e accelerare azioni di prevenzione.

Il VI rapporto dedica un interessante capitolo all'inquadramento delle condizioni di (in)giustizia ambientale e delle strategie per la promozione di giustizia per le comunità residenti nei siti studiati. Gli eccessi di mortalità risultano più pronunciati nei comuni dei Sin con più alta deprivazione socio-economica, un indicatore dell'effetto combinato delle diverse vulnerabilità e che produce un sovrappiù di ingiustizia.

Non a caso il rapporto conclude «in considerazione dell'insieme dei fattori di rischio che incidono sulla salute, per motivi di equità rispetto a come sono distribuiti i fattori di rischio ambientale, le comunità con condizioni socio-economiche più fragili dovrebbero ricevere maggiore attenzione».

I Sin sono stati istituiti per legge, ma se le leggi non sono sufficienti a garantire la piena giustizia, la



mancata o ritardata adesione, come nel caso delle mancate bonifiche, accentua le ingiustizie esistenti.

Agire e non agire

La triste vicenda dei siti di bonifica, soprattutto per il 10 per cento della popolazione italiana che ci vive, richiama a responsabilità di governo, proporzionali alle capacità di incidere efficacemente sulle cause della lunga catena di malattie e di decessi prematuri evitabili ma non evitati.

Occorre essere consapevoli che quando si potrebbe e dovrebbe agire per il bene comune e non lo si fa si toccano valori fondamentali, come sintetizzato in modo insuperabile da Max Weber: «Ogni agire, e naturalmente anche, secondo le circostanze, il non-agire, significa nelle sue conseguenze una presa di posizione in favore di determinati valori, e perciò – il che è oggi così volentieri dimenticato – di regola contro altri».

9/3/2023 www.isdenews.it



Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento



Publicato il Sesto Rapporto SENTIERI.

Ecco i principali risultati: tra il 2013 e il 2017, nel totale dei 46 siti di interesse nazionale per le bonifiche monitorati si è stimato un rischio di mortalità maggiore del 2%, pari a circa 1.668 decessi l'anno. La percentuale dei decessi in eccesso rispetto al totale è pressoché costante nel tempo, passando dal 2,7% nel 2006-2013 (Quinto Rapporto SENTIERI) al 2,6% nel periodo più recente (2013-2017). I tumori maligni contribuiscono per oltre la metà (56%) degli eccessi osservati. Il rapporto ha messo in luce anche un eccesso del rischio di ospedalizzazione che, nel periodo 2014-2018, per tutte le cause naturali nell'insieme dei 46 siti, è risultato del 3% in entrambi i generi. Un eccesso di rischio di ospedalizzazione viene osservato anche nella classe di età pediatrico-adolescenziale (0-19 anni) nel 43% delle aree studiate e in età giovanile (20-29 anni) nel 15% delle aree contaminate. In 21 siti coperti da Registri delle malformazioni congenite sono state analizzate le anomalie congenite diagnosticate nel primo anno di vita; il maggior numero di casi riguarda le anomalie dei genitali.

L'intero Rapporto e tutti i Rapporti (I-VI) sono scaricabili su epiprev.it



In 100 giorni oltre 324 crimini sul lavoro

Dal 1 gennaio al 10 aprile 2023 ci sono stati 324 lavoratori morti sul lavoro: di questi 185 hanno perso la vita sui luoghi di lavoro i 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 tra parentesi nelle regioni ci sono anche i lavoratori morti sul lavoro sulle strade in itinere e in altri ambiti lavorativi.

VENETO 20 (35) Venezia (3), Belluno (1), Padova (3), Rovigo (2), Treviso (3), Verona (6), Vicenza (2)
LOMBARDIA 22 (34) Milano (1), Bergamo (4), Brescia (6), Como (4), Lecco (2), Mantova (1), Monza
 Brianza (2), Pavia (1) Sondrio (1) **PIEMONTE 15 (23)** Torino (3), Alessandria (2), Asti (3), Cuneo (1),
 Novara (1),Verbano-Cusio-Ossola (4) Vercelli (2) **CAMPANIA 16 (25)** Napoli (5), Avellino (2), Benevento
 (1), Caserta (5), Salerno (4) **TOSCANA 9 (17)** Firenze (3), Arezzo (2), Lucca (2), Siena (1) Prato (1)
LAZIO 11 (19) Roma (5), Viterbo (1) Latina (3) Rieti (1) **SICILIA 12 (19)** Palermo (3), Catania (1),
 Messina 3 (5), Ragusa (1), Siracusa (2), Trapani (2) **EMILIA ROMAGNA 12 (13)** Bologna (1), Forlì
 Cesena (1) Modena (6) Parma (1) Ravenna (2) Piacenza (1) **CALABRIA 2 (4)** Catanzaro (2) **MARCHE**
4 (6) Ancona (1), Pesaro-Urbino (2), Ascoli Piceno (1) **UMBRIA 5 (8)** Perugia (4) Terni (1) **TRENTINO**
ALTO ADIGE 6 (9) Trento (4) Bolzano (2) **PUGLIA 6 (9)** Bari (1), BAT (1), Brindisi (1), Foggia (1),
 Lecce (2) Taranto (1) **SARDEGNA 5 (8)** Medio Campidano (1), Oristano (1), Sassari (2) **ABRUZZO 2**
(4) L'Aquila (1), Teramo (1) **LIGURIA 2 (4)** Genova (1), La Spezia (1) **FRIULI VENEZIA GIULIA 4**
(6) Pordenone (3) Trieste (1) **BASILICATA 2 (4)** Potenza (2) **VALLE D'AOSTA 2 (3)** Molise 1 (2)
 Isernia (1)

A cura di **Carlo Soricelli**

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

Per contatti carlo.soricelli@gmail.com

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

**Per non dimenticare
i propri diritti e doveri!**

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

IPROTOCOLLI DELLA VERGOGNA SULLA SICUREZZA SUL LAVORO

Morte continua

Si abbassano i controlli e si liberalizza ulteriormente il sistema degli appalti, favorendo il subappalto ed eliminando la gara dalla quasi totalità dei lavori pubblici. È quanto prevede il Codice Salvini assunto dal Governo Meloni. Per lavori fino a 150mila euro è previsto l'affidamento diretto e poi si utilizzerà la procedura negoziata senza bando per tutti gli altri che resteranno sotto la soglia, ovvero: l'amministrazione pubblica verrà estromessa di fatto dalla fase progettuale, perdendo ulteriore capacità di controllo e di direzione. Così si fa largo non solo alla corruzione e alle infiltrazioni mafiose, ma si rinuncia all'idea che la pubblica amministrazione possa svolgere una funzione di governo, mettendo lo Stato nelle mani delle imprese private.

Gli effetti di questa "semplificazione" non potranno che essere quelli di una maggiore pressione sui lavoratori, con tagli sui salari e sulle condizioni di sicurezza, abbassamento della qualità dei materiali utilizzati e ricadute a cascata sulla sicurezza, sulla qualità dei lavori e finanche sui costi per la P.A. che inevitabilmente cresceranno, insieme alla corruzione. E ad aumentare saranno anche infortuni e omicidi sui posti di lavoro.

Qualche settimana fa, il vertice dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro e il presidente dell'ordine dei consulenti del lavoro hanno sottoscritto due

protocolli che ripropongono logiche vecchie e pericolose: si rispolvera l'asseverazione di conformità - già proposta nel passato, quando INL non ancora esisteva, ma gli attori in campo erano quelli di oggi - con cui il datore di lavoro si fa certificare, a pagamento, dal consulente del lavoro di essere in regola col pagamento di contributi, di rispettare le norme contrattuali e di legge in materia di rapporti di lavoro. In cambio, sarà inserito in una lista di "aziende buone", (chi lo decide è un mistero) che saranno esonerate dalle ispezioni sul lavoro per un anno, a meno che non siano presentate denunce, inchieste giudiziarie o indagini a campione sulla veridicità delle autocertificazioni.

Praticamente si consegna le chiavi dell'attività dell'INL a un soggetto privato quale è l'Ordine dei Consulenti del Lavoro. In poche parole significa che soggetti privati avranno la titolarità discrezionale di intervenire nella definizione delle circolari e sull'operatività della vigilanza.

Come velenosa ciliegina su questa già mortale torta si aggiunge -per non disturbare le imprese come affermato dalla Meloni nel suo discorso d'investitura- che le ispezioni debbano avvenire con la minor turbativa possibile all'attività produttiva. Ci sarebbe da ridere se non fosse tragico lo stato di privazione dei diritti sul lavoro che porta alla violenza produttiva in questo mal Paese.

Chi conosce l'attività ispettiva sa benissimo che avvisare l'azienda prima di procedere all'ispezione vuol dire inficiare preventivamente il compito degli ispettori atto a prevenire gli infortuni.

f.c.



Miscellanea delle piaghe *Schizzi di mal lavoro nel mal Paese*

Lavoro: la martellante disinformazione mainstream

Il 20 marzo un articolo sul sito “dataroom@corriere.it” Milena Gabanelli e Francesco Tortora hanno denunciato la “trappola” dell’iper flessibilità nel mercato del lavoro italiano realizzatesi, in Italia, negli ultimi venticinque anni, a partire dal “Pacchetto Treu” del governo Prodi e fino al Jobs-act di Renzi, passando attraverso l’ormai famigerata “legge Biagi” che a suo tempo tutti, dalla politica governativa ai sindacati confederali, elogiavano come modernizzazione salvifica dei settori produttivi.

In particolare, i due autori si sono soffermati sui timori relativi al preannunciato ritorno dei voucher, e della notevole crescita dei contratti a termine, l’aumento della precarietà del lavoro – considerata una vera e propria “trappola” per milioni di lavoratori – e, non ultimo, del dramma dell’ormai istituzionalmente accettato principio di “lavoro povero”.

L’articolo ci dava il quadro inconfutabile del percorso schiavistico imposto a milioni di giovani in particolare, ma in questo nostro strano Paese c’è sempre qualcuno - nella cerchia dorata del circuito mainstream - che – contando sull’assordante (e dispersivo) flusso di notizie cui siamo costantemente soggetti, sulla superficialità del “lettore medio” e, soprattutto, sulla diffusa non conoscenza dei fatti – ritiene di poter smentire anche ciò che è inconfutabilmente vero e supportato da dati oggettivi.

La stessa discussione in atto sul salario minimo garantito la dice lunga sul concetto di lavoro che si è affermato in Italia a prescindere dalla Costituzione, e dal principio di “lavoro universalistico” sul quale è nata nel 1906, dall’unificazione delle Leghe e le Federazioni di categoria, la Confederazione Generale Italiana del Lavoro.

Oggi l’ambito di discussione è accerchiato dal moderatismo politico e sindacale del neo liberismo soft dentro il quale avanza indisturbato il sistema delle disuguaglianze ultimamente consacrato prima dallo stretto rapporto del sindacato confederale con il governo Draghi e ora dall’intervento al congresso della Cgil di Giorgia Meloni che non ha perso l’occasione di sproloquiare di salario minimo e contrattazione con le classiste categorie padronali che hanno supportato il ventennio fascista.

Ricordiamo (quello che non fanno giornali e TV) che in 21 dei 27 Stati Europei è attuato il salario minimo; Ma in Italia non c’è e addirittura lo rinnega: il 15 Marzo in Parlamento la Meloni ha chiuso ogni possibilità d’approvazione del salario minimo, contrabbandandolo con l’allargamento della contrattualità; mentre di fatto nel contempo allarga il



principio della precarietà. Nel nostro paese su 23 milioni di occupati ben 3.200.000 sono a partite IVA (22%; 14% la media europea e l’8,8% in Germania); senza parlare del precariato in nero, il tutto perchè il precariato è una speculativa organizzazione del lavoro voluta dal padronato.

Niente salario minimo ma cottimo legale anche in Sanità a scapito del personale e dei malati

L’abolizione del vincolo di esclusività per infermieri e ostetriche si costringe, in assenza di politiche occupazionali, il personale, dopo turni massacranti nei reparti, a svolgere ulteriori attività per portare a casa uno stipendio più o meno adeguato al costo della vita.

Viene inoltre eliminato il vincolo delle 8 ore per l’attività intramoenia e si alzano le tariffe incentivando così il personale a sottoporsi a un vero e proprio tour de force, alla faccia del concetto di benessere psico-fisico, con rischi concreti per la sicurezza propria e dei pazienti, in nome di un distorto concetto di crescita e sviluppo professionale, e della negazione di aumenti retributivi adeguati alla media Ocse.

In questo Decreto c’è anche il via libera all’affidamento a terzi dei servizi medici ed infermieristici in ambito ospedaliero, per ora, come apripista, limitatamente ai servizi di emergenza-urgenza. Una trappola, per il coinvolgimento del personale sanitario nella ulteriore privatizzazione, in cui è subito caduta “Confcooperative Sanità” che si è subito attivata, anche, per la gestione di attività territoriali e assistenza domiciliare con operatori in cooperativa, quindi il governo si appresta a nuove massicce esternalizzazioni.

Di negativo e pericoloso, a nostro parere, nel decreto c’è anche la possibilità di procedere d’ufficio contro chi aggredisce il personale sanitario non tenendo conto, anzi nascondendolo, con una misura populista, che il disagio, e quindi anche la rabbia, dei cittadini -

Schizzi di mal lavoro nel mal Paese

CONTINUA DA PAG. 50

prodotto dalle lunghissime liste d'attesa per visite, ricoveri ed esami a causa della scomparsa del filtro della medicina territoriale - induce a vedere il medico e l'infermiere come terminale fisico. Reprimere il disagio con atti giudiziari allontana sempre di più il cittadino dalla sanità pubblica. La rabbia dei cittadini dovrebbe essere assunta dagli operatori sanitari come fonte di ribellione a questo stato di cose. Solo così si fermeranno i litigi e le aggressioni.

Italia ultima per la parità di genere sul lavoro

Il rapporto "Gender equality index" dell'Istituto europeo per la gender equality (Eige) sintetizza la parità di genere dei 27 stati membri dell'Unione europea su 31 indicatori: lavoro, denaro, conoscenza, tempo, potere e salute. Nell'ultima edizione del 2022, sono attestate anche la violenza contro le donne e le disuguaglianze intersezionali ma che non rientrano ancora nel calcolo dell'indice finale.

Secondo il rapporto, l'Italia si colloca al quattordicesimo posto della classifica sotto la media europea. Un dato che ci parla di un'Europa con forti disuguaglianze sotto il profilo delle pari opportunità.

Gli ambiti in cui il nostro paese se la cava peggio sono lavoro e tempo. L'Italia è infatti ultima in Europa per quanto riguarda la parità di genere nel mondo del lavoro, con un punteggio di 63,2 (la media europea è di 71,76) e un livello di partecipazione femminile al lavoro tra i più bassi (68,1 contro 81,3). Un risultato davvero preoccupante, anche per il tempo dedicato alle attività di cura (di figli, persone anziane e lavoro domestico) che pesa ancora soprattutto sulle donne, tanto da collocare il paese tra gli ultimi sei europei.

La piaga del lavoro minorile in questo mal Paese

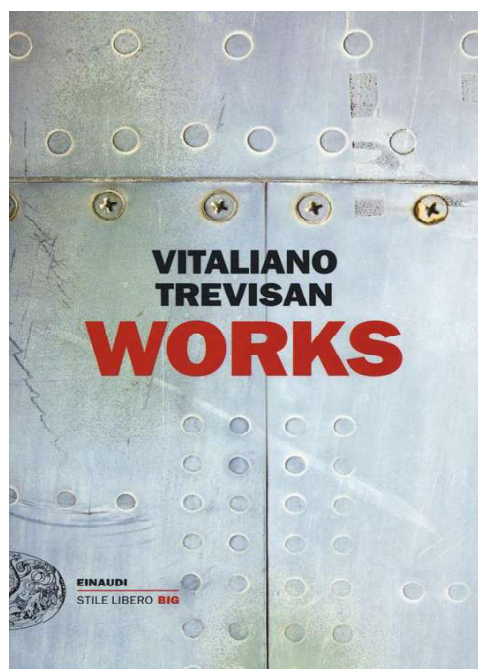
Un fenomeno diffuso ma ancora in larga parte sommerso e invisibile. Il Rapporto di "Save The Children" stima che in Italia 336mila minorenni tra i 7 e i 15 anni abbiano avuto esperienze di lavoro, quasi 1 minore su 15, il 27,8% ha svolto lavori particolarmente dannosi per i percorsi educativi e per il benessere psicofisico perché svolti in orari notturni o perché svolti in maniera continuativa durante il periodo scolastico, vedi alternanza Scuola/Lavoro. I dati sono stati raccolti da "Non è un gioco", la nuova indagine sul lavoro minorile in Italia che, dalle stime, riguarderebbe circa 58mila adolescenti. La ricerca parla anche di una relazione tra lavoro minorile e dispersione scolastica come d un circolo vizioso di povertà ed esclusione.

In Italia per legge è possibile per gli adolescenti iniziare a lavorare a 16 anni, avendo assolto l'obbligo scolastico, ma dall'indagine emerge che quasi un 14-15enne su cinque svolge o ha svolto un'attività lavorativa prima dei 16 anni, rischiando così di compromettere i percorsi educativi e di crescita.

I settori prevalentemente interessati dal fenomeno del lavoro minorile sono: la ristorazione (25,9%); la vendita al dettaglio nei negozi e attività commerciali (16,2%); le attività in campagna (9,1%) e in cantiere (7,8%); le attività di cura con continuità di fratelli, sorelle o parenti (7,3%). Non mancano neppure nuove forme di lavoro online (5,7%), come la realizzazione di contenuti per social o videogiochi, il reselling di sneakers, smartphone e pods per sigarette elettroniche. Nel periodo in cui lavora, più della metà degli intervistati lo fa tutti i giorni o qualche volta a settimana e circa 1 su 2 lavora più di 4 ore al giorno.

Di questi la scoperta di braccianti bambini trattati come schiavi nelle campagne di Latina, sfruttati da clan mafiosi e padroncini fascisti.

Redazione



Works: quando il lavoro non è un mondo meraviglioso

“Come possiamo scrivere ancora? E come scrivere ancora di lavoro? Negli ultimi decenni il “novecentesco flusso di coscienza è stato sostituito da quell’insopportabile, insostenibile, illeggibile flusso di comunicazione, oltretutto interiore. Comunicare se stessi a se stessi, cioè vendersi e comprarsi da sé”.

Tutto diventa strategia di comunicazione, marketing, marchio di fabbrica, merce ibrida, all’interno di un insieme sociale e culturale infernale dove fake news, giornali da strapazzo, editoria a pezzi, scuola flagellata e università aziendalista, prive di tutto quello che può far crescere, maturare, essere insieme, senza contare le sale da concerti, i teatri e l’associazionismo di base in chiara difficoltà. In questo contesto è radicalmente cambiato il rapporto con il territorio. Tutto risulta vuoto, di giorno e di notte. Tutto il tempo che prima si passava in strada o in cortile “è controllato e organizzato in modo tale per cui il territorio è solo uno spazio vuoto da attraversare, che non ha perciò necessità di essere interpretato. I luoghi di ritrovo sono ormai spazi vuoti, non vissuti e quindi anonimi.” Trevisan scrive di aver l’impressione di vivere in un immenso canile lasciato a sé stesso, dove le fabbriche dismesse e tutto quello che si sono trascinate dietro hanno lasciato un vuoto non solo economico ma anche sociale, politico e culturale. Così anche il suo stesso paese si svuota progressivamente di senso.” codice-rosso.net

Il messaggio mauriziano

“Per essere ascoltati, bisogna ascoltare”

Ma allora è tempo che le lavoratrici, i lavoratori, i precari, i disoccupati, gli studenti, i pensionati possono riprendere a sperare di essere ascoltati?

Maurizio Landini

Noi, docenti fuori ruolo, da vent'anni tra precariato e discriminazioni

Siamo docenti collocati fuori ruolo a tempo indeterminato (da qui in avanti CFR), idonei al proficuo lavoro anche in presenza di condizioni cliniche quali malattie croniche o subacute, invalidità e/o disabilità acquisite, aggravate o più recentemente legate agli eventi pandemici.

Avevamo già presentato la nostra situazione su queste stesse pagine, nell'estate e nell'autunno dello scorso anno [a questo-1 e a questo-2 link, N.d.R.].

Su richiesta del Dirigente Scolastico o su istanza personale, siamo sottoposti a visita presso una Commissione Medica di Verifica, per valutare la **compatibilità tra le nostre condizioni cliniche e gli incarichi che possiamo assumere**, tenendo conto dell'evoluzione degli strumenti di compensazione delle singole patologie.

Spesso, però, le indicazioni e controindicazioni di queste Commissioni sono condizionate dall'impossibilità di conoscere la vastissima rosa di opportunità ed eterogeneità delle mansioni della Funzione Docente nei vari ordini di scuola (Infanzia-Primaria-Medie-Superiori-Università). E anche quando le indicazioni e controindicazioni delle Commissioni stesse sono congrue, abbiamo in ogni caso bisogno di **disposizioni legislative e contrattuali efficaci** che permettano, all'Istituzione Scolastica, di attivare e finanziare gli **adattamenti ambientali**, la **flessibilità** e l'**appropriatezza organizzativa**, oltre al **buon senso**, alla **responsabilità civica** e al **rispetto** per le condizioni individuali di ciascuno.

Da vent'anni viviamo in una **situazione di precarietà e discriminazioni** che non fanno onore ad un Paese all'avanguardia in materia di inclusione con stanziamento di risorse, normative e progetti. Situazione che ci impedisce di adempiere al «dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società» (articolo 4 della Costituzione).

Il 20 febbraio scorso abbiamo inviato a Istituzioni, Sindacati, Associazioni e Organi di Stampa un nuovo appello-3, **per fermare le discriminazioni e migliorare le nostre condizioni**. Tali discriminazioni sono dovute a concause economiche, culturali e legislative che si sono intrecciate nel tempo e che vengono elencate in una ricostruzione integrale da noi elaborata e disponibile a questo link-4. Ne vediamo comunque alcune anche in questa sede.

La disposizione di maggiore criticità la troviamo nella promulgazione dell'articolo 35 della Legge 289/02-5 e successive modifiche (Misure di razionalizzazione in materia di organizzazione scolastica), ove al comma 5 si prescriveva: «Transito nei ruoli dell'amministrazione scolastica o di altra amministrazione statale o ente



pubblico oppure risoluzione del rapporto di lavoro dopo 5 anni».

I Legislatori hanno emanato questo provvedimento per recuperare, anche nel comparto scuola, le risorse atte a fronteggiare gli esiti della grande crisi di borsa 2000 e le emergenze internazionali come la guerra al terrorismo dopo l'attacco a New York del 2001.

Successivamente sono state adottate misure volte ad evitare la nefasta possibilità di licenziamento e, nel 2008 è stato stipulato un contratto di lavoro-6 che, comunque, solo in minima parte rispondeva alle necessità/opportunità del nostro status di docenti CFR. Nel 2009, poi, il nostro Paese ha **ratificato**, con la Legge 18/09, la Convenzione ONU-7 sui Diritti delle Persone con Disabilità nella quale si dava «disposizione sulle misure che obbligano il datore di lavoro a rimuovere barriere di diversa natura che ostacolano la piena ed effettiva partecipazione delle persone disabili alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori».

Insieme ad altre conquiste socio-culturali inclusive, si erano quindi alimentate le speranze di ottenere **incarichi che garantissero massima efficacia e produttività** che limitassero i costi anche sociali dello stress da lavoro correlato e che tenessero in debita considerazione gli enunciati del Decreto Legislativo 81/08 (*Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*)-8. Speranze, queste, che rispondono ad esigenze fondamentali di **tutti i lavoratori con disabilità o problemi di salute** del pubblico impiego e del settore privato.

Per noi docenti CFR, però, i Legislatori che si sono avvicendati dal 2009 ad oggi, **non hanno provveduto a fare realmente applicare la normativa inclusiva**, perché condizionati dalla grande recessione del 2008 e dalle crisi istituzionali italiane che si sono susseguite dopo il 2011 (governi "tecnici"). Da allora, pertanto: ° L'avvicinarsi di Ministri e Sottosegretari e le indifferibili emergenze, non hanno aiutato il MIUR (Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, attuale

CONTINUA APAG

Noi, docenti fuori ruolo, da vent'anni tra precariato e discriminazioni

CONTINUA DA PAG. 53

MIM, Ministero dell'Istruzione e del Merito) ad emanare circolari e disposizioni idonee per sanare le discriminazioni.

● **I Sindacati** non hanno avuto modo di interagire con efficacia, nelle trattative per il rinnovo dei contratti.-9

● **I Dirigenti**, già gravati da responsabilità organizzative, amministrative e contabili, sono indotti ad assegnare ad altri docenti incarichi che, nella maggioranza dei casi, possono essere assolti da chi viene riconosciuto Relativamente Inidoneo (ad esempio le funzioni strumentali). L'attuale normativa, infatti, non permette loro di ottimizzare le imprescindibili attività operative, progettuali, formative ed educative in tutte le discipline del proprio ordine di scuola.

● **Gli accomodamenti ragionevoli** sono stati considerati sempre più come "esosì privilegi" anziché un'esigenza fondamentale quanto l'acqua o il cibo per ogni essere umano.

In un'ottica di **lungimiranza economica** (prevenire cioè peggioramenti che ricadranno poi sulla spesa pubblica), chiediamo di attivare – rivedere – estendere

- implementare i seguenti strumenti contrattuali:
- lavoro agile;
- flessibilità organizzativa;
- monte ore settimanale che tenga conto dei bisogni e delle condizioni cliniche di ciascuno attraverso ad esempio: part-time senza penalizzazioni economiche e contributive; maggior numero dei giorni di comporta per malattia triennale; congedi per cure senza discriminazioni tra patologie; congedo straordinario (per un massimo di due anni ai caregiver, come da Decreto Legislativo 105/22)-10, da estendere ai lavoratori e alle lavoratrici che si avvalgono dell'articolo 3, comma 3 della Legge 104/92-11 e che si prendono cura di se stessi.



Tramite il Decreto Legislativo 151/01-12 sono state avviate importanti tutele a sostegno della maternità e della paternità e tante altre conquiste sono state promosse a garanzia di una qualità di vita che incide significativamente sul rendimento lavorativo di chiunque. Con il contributo di tutti, dunque, speriamo di veder concretizzare presto queste nostre proposte. Lo auspichiamo per noi e per qualunque lavoratore che deve fronteggiare **condizioni cliniche avverse o disabilità assolutamente non desiderate**.

coord. Docenti collocati fuori ruolo a tempo indeterminato

coord.docenticfr@gmail.com
(a questo link la pagina Facebook).

Publicato a che su www.superando.it con questa nota: Raccogliamo anche il messaggio conclusivo del Coordinamento Docenti Collocati Fuori Ruolo, che invita a consultare i documenti disponibili nella pagina Facebook dello stesso, come i sei punti chiave delle vane richieste che avanziamo; ad approfondire, anche in termini legislativi/contrattuali, le proprie istanze nelle Argomentazioni articolate (a questo link); a scrivere a coord.docenticfr@gmail.com per approfondimenti e contatti; a dare ascolto ai sottoscrittori e sostenitori del Comitato.

----- LINK RIFERIMENTO -----

- 1- www.superando.it/2022/07/21/docenti-fuori-ruolo-per-motivi-di-salute-ma-con-pari-dignita-professionale/
- 2- www.superando.it/2022/11/21/noi-docenti-fuori-ruolo-per-motivi-di-salute-discriminati-e-umiliati/
- 3- <https://drive.google.com/file/d/1IdXu7obRGtA7G1U7jfR2k4mXKJcZ2s8c/view>
- 4- https://drive.google.com/file/d/1PTN1rLRRk1HUKJfFjgYE5dzD0WNU5YC_/view
- 5- www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale
- 6- www.edscuola.it/archivio/norme/varie/ccni_util_pi_08.pdf
- 7- <https://www.superando.it/files/2015/11/convenzione-onu-diritti-persone-con-disabilita.pdf>
- 8- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/sg>
- 9- www.aranagenzia.it/attachments/article/13360/CCNL%20Istruzione%20e%20ricerca%206.12.2022.pdf
- 10- www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/07/29/22G00114/sg
- 11- www.handylex.org/legge-5-febbraio-1992-n-104/
- 12- www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2001/04/26/001G0200/sg

E la discriminazione verso il lavoro autonomo? Non se ne parla proprio!

C'è una sottile discriminazione, ma nient'affatto sottile, che da anni mi lambicca la mente. Ma procediamo per ordine.

Il lavoro per le persone con disabilità in Italia è garantito da un accurato apparato legislativo. Per altro le prime leggi per l'assunzione di persone con disabilità risalgono quanto meno alla metà degli Anni Ottanta, con gli obblighi di assunzione di centralinisti ciechi. Nel 1999 la Legge 68 e via via a seguire.

Fondamentale, come sempre, la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, Legge 18/09, che più volte invita gli Stati aderenti ad attuare politiche di facilitazione di accesso al lavoro. Imprescindibile l'articolo 27 di essa, denominato Lavoro e occupazione.

Tanto dispiego di disposizioni non ha certamente sortito l'effetto di garantire il pieno impiego dei lavoratori con disabilità, ma sicuramente ha avuto un impatto accrescitivo nell'ambito dell'impiego delle persone con disabilità. La questione è per altro di carattere culturale, perché l'imposizione di legge fornisce una spinta, produce un dovere, ma non imputa una conversione dall'oggi al domani. Vale a dire che se le leggi hanno aiutato ad assumere, e spesso sono state eluse, esse non hanno portato una vera e propria riconsiderazione delle potenzialità delle persone con disabilità in chiave lavorativa. Questo sino a qualche anno fa, perché recentemente, felice complice la tendenza all'inclusione come fattore promozionale di voga, sempre più imprese si portano favorevolmente all'assunzione di lavoratori con disabilità.

Possiamo dire che a piccoli passi l'impresa del nostro Paese sta iniziando a riconoscere le potenzialità delle persone con disabilità.

Stiamo tuttavia parlando dei lavoratori dipendenti. Per il lavoro autonomo, ovvero per l'imprenditoria generata da persone con disabilità, le cose stanno diversamente. Ed è questo che riconduce alla sottile, dolorosa, discriminazione di cui parlavo in apertura. Il summenzionato articolo 27 della Convenzione ONU, recita al comma f: «Promuovere opportunità di lavoro autonomo, l'imprenditorialità, l'organizzazione di cooperative e l'avvio di attività economiche in proprio». La stessa nostra Costituzione fin dal suo primo articolo evidenzia l'importanza dell'espressione professionale di ognuno. Tuttavia nel nostro apparato giuridico sul lavoro non c'è traccia di sostegno al lavoro autonomo o imprenditoriale delle persone con disabilità, fatta eccezione per le cooperative, che però obbligano il potenziale imprenditore con disabilità ad

andare verso quella direzione.

Per essere certo di questo vuoto normativo mi sono rivolto ad HandyLex, che sappiamo poggiare sul Centro studi giuridici della FISH, la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap.

Dopo una prima indagine condotta qualche anno fa senza trovare dispositivi di legge a favore del lavoro autonomo e imprenditoriale per le persone con disabilità, ho pertanto chiesto recentemente una nuova verifica e l'esito è stato lo stesso: non risultano norme per favorire il lavoro autonomo e imprenditoriale delle persone con disabilità. Grave. Molto grave. Terribile, perché da una parte non si adempie a quanto prescritto dalla Legge 18/09 sulla «promozione del lavoro autonomo e imprenditoriale», dall'altra perché si realizza una discriminazione di fatto fra lavoro autonomo, non supportato, e lavoro dipendente, supportato.

Ma ancora più grave è l'aspetto concettuale: non agevolare, infatti, opportunità di lavoro autonomo e imprenditoriale alle persone con disabilità significa non considerarle atte a, e direi degne di, attuare una attività lavorativa propria. Non solo si tratta della negazione di una sollecitazione legislativa, ancor più grave, si tratta di una sottovalutazione, e direi di una negazione, dell'abilità di una persona con disabilità di ambire a lavoro autonomo o imprenditoriale. Non vale neppure la pena chiedersi perché dovrebbero esistere

agevolazioni per un imprenditore con disabilità, che deliberatamente decide di sottoporsi al rischio di impresa. Il rischio d'impresa riguarda ogni imprenditore, o lavoratore autonomo, ma se i diritti sono uguali per tutti, alle persone con disabilità dovrebbero essere concesse agevolazioni per metterle nelle stesse condizioni dei colleghi senza disabilità.

Questo è il principio che vale per tutti i diritti delle persone con disabilità, che non sono diversi da quelli degli altri. Le persone con disabilità non hanno maggiori diritti, ma hanno diritto ad accedere agli stessi esercizi del diritto degli altri. Se il diritto al trasporto è tutelato dalle leggi per l'abbattimento delle barriere architettoniche, il diritto al lavoro autonomo dev'essere tutelato da opportune norme. Creare un'impresa vuol dire adempiere ad una serie di atti che impattano con le barriere ancora presenti nell'odierna società, quindi concepire dei facilitatori per l'accesso al lavoro autonomo e imprenditoriale è un dovere legale. Nondimeno morale e culturale.

Mi domando perché esista questo vuoto, parecchio discriminatorio. E mi domando quando cominceremo a batterci per l'esercizio del diritto al lavoro autonomo e imprenditoriale.

Antonio Giuseppe Malafarina

Direttore responsabile di «Superando.it»



Tutti contro la società performativa ma la verità è che tutti noi l'alimentiamo



Pronti ad indignarci davanti alla notizia di una ragazza di 19 anni che si è tolta la vita alla IULM di Milano probabilmente perché non riusciva a star dietro ai tempi frenetici delle nostre università o forse non era la decisione giusta – se non si sbaglia a 19 anni, quando farlo? –, decidendo di andarsene lasciando un biglietto con scritto “scusate i miei fallimenti”.

Un po' di tempo fa ho letto un articolo su un sito locale della mia città che elogiava un ragazzo laureato in medicina, era tra i più giovani medici in Italia, ma non solo, coltivava la passione per vari sport, ma non solo vinceva pure gare nazionali, ma non solo, studiava inglese e aveva fatto pure un sacco di viaggi in giro per il mondo; la cosa che mi ha lasciato perplesso, è che quell'articolo è stato condiviso o comunque apprezzato con like e reazioni varie da persone che criticano articoli scritti, praticamente col medesimo modus operandi, da quotidiani nazionali come il Corriere della Sera o da La Repubblica.

A questo ho cercato di darmi delle spiegazioni e sono arrivato alla conclusione che potrebbero essercene due valide: la prima, è che non si comprende quello che si legge, l'altra, che è quella che voglio percorrere in questo articolo, è che si utilizzino, consapevolmente o meno, due pesi e due misure.

Se ad essere elogiato è un nostro amico o conoscente, la società performativa ce la facciamo andar bene, se ad alimentarla è un nostro successo, non c'è nulla di sbagliato, se invece riguarda un articolo su uno sconosciuto diventiamo i paladini e attivisti contro la società performativa, contro le ingiustizie e le disuguaglianze.

Di quest'ultime parlano davvero tutti, praticamente ogni giorno, mi capita di leggere articoli ma soprattutto post contro politici che fanno poco per colmarle, contro gli imprenditori o in generale i ricchi che non vogliono una maggiore tassazione, come potrebbe essere la patrimoniale; è tutto giusto e condivisibile, però prima di evidenziare i privilegi altrui non sarebbe meglio iniziare a riconoscere i nostri?

A quanti l'argomento sta davvero a cuore? Non ho mai letto un post, di quelli egoriferiti e tronfi, in cui si informa i propri followers di un successo raggiunto, magari con un PS finale nel quale è scritto “si mi sono impegnato, come è normale che sia, però avevo le spalle coperte da questo privilegio”.

Inoltre, quando parliamo di disuguaglianze, si pensa sempre al mero aspetto economico, ovviamente fondamentale ma ad esempio, nascere in una famiglia con una libreria piena di libri in casa, rispetto al nascere da due genitori che non ne hanno mai letto uno, è un privilegio? Credo di sì. E siamo pronti a riconoscerlo?

La percentuale di figli laureati con genitori, secondo uno studio INAPP (Istituto Nazionale per le Analisi delle Politiche Pubbliche) del 2021, è del 75% se si ha un genitore laureato, del 48% per chi ha in famiglia dei diplomati e scende sino al 12% se in famiglia il livello d'istruzione più elevato è la licenza media.

La società performativa la creiamo noi ogniqualvolta decidiamo di pubblicare determinate cose, non la crea l'algoritmo o qualcuno dall'alto, ed è troppo facile scaricare tutte le colpe alle categorie sopra citate o peggio, quando parliamo di suicidi di studenti universitari, addossare interamente le responsabilità al sistema universitario, che per carità, andrebbe del tutto riformato.

Iniziamo ad assumerci le nostre responsabilità, a renderci conto del nostro contributo ad alimentare una società che ci vuole sempre più competitivi. Pensiamo a come possa sentirsi una persona in un momento di difficoltà, come la studentessa della IULM, una persona in un momento in cui non è soddisfatta di sé, cosa può passarle per la testa quando vede il nostro post in cui sbandieriamo un traguardo raggiunto, sembrando più soddisfatti nel mostrarlo agli altri che per l'obiettivo personale centrato.

E' importante parlarne, scriverne, indignarsi ma dobbiamo decidere da che parte stare, oltre che con le belle parole, con determinati comportamenti da adottare, sia nella realtà che nel virtuale, decidendo in che modo vogliamo apparire agli occhi degli altri, altrimenti rimangono solo parole. Francamente inutili.

Giuseppe Lacavalla

4/4/2023 intersezionale.com

I luoghi della comunicazione, dell'incontro, della discussione, oggi sono in larga misura virtuali. I social hanno sostituito piazze, bar, circoli nella loro funzione di scambio di opinioni e di diffusione di notizie. Come ognuno può facilmente desumere dall'esperienza personale, le piattaforme social catalizzano l'odio e l'aggressività per svariati motivi, intuibili, ma anche scientificamente analizzati.

La comunicazione mediata esclude il linguaggio non verbale, offre una protezione che libera energie e impulsi violenti, spesso supportati da sostenitori che istigano allo scontro. Una rissa virtuale, dove anche e soprattutto i più timidi e deboli, si lanciano in invettive, insulti, minacce, senza freni, se non il labile deterrente del "ban"; ed è statisticamente accertato che polemiche, violenza verbale, provocazioni producono un maggior numero di interazioni e questo, dal punto di vista di chi è sensibile al numero di interazioni e visualizzazioni, per esempio gli inserzionisti pubblicitari, non è di poca rilevanza. Basti pensare alle strategie "acchiappalike" che utilizzano accenni di notizie, spesso assolutamente infondate, per costringere gli utenti a visionare annunci pubblicitari.

Un interessante studio condotto da Vox, Osservatorio italiano sui diritti, in collaborazione con alcune Università, giunto alla settima edizione, ha prodotto la stesura di una Mappa dell'intolleranza. I dati raccolti da gennaio ottobre 2022, hanno rilevato, utilizzando parole "sensibili", i tweet negativi, in numero di 583.067 su un totale di 629.151 analizzati. Il 93%, una percentuale spaventosamente elevata, sono state individuate alcune categorie maggiormente destinatarie di messaggi d'odio. Le donne sono al primo posto, con un notevole 43, 21%. Seguono disabili, omosessuali, migranti, ebrei ed islamici.

Una ricerca della Luiss (Come individuare e contrastare operazioni di disinformazione in Italia) si è occupata di analizzare, insieme all'associazione, "She persisted", la relazione tra attacchi d'odio on line contro le donne ed indebolimento delle istituzioni democratiche.

Le strategie di disinformazione finalizzate a indebolire ed attaccare le donne in politica comprendono produzione di contenuti con falsa connessione e contenuti fuorvianti, distorsione di notizie per attaccare, denigrare, contrastare le posizioni politiche espresse dalle donne. Si utilizzano fotomontaggi, immagini estrapolate da altri contesti, contenuti grafici accostati intenzionalmente per ridicolizzare le idee. Il sessismo che offende, il body shaming viene aggravato dall'estensione di una già deplorabile pratica, a pensieri ed affermazioni contella abitudine. Le strategie di odio comprendono diffusione di immagini, fotomontaggi, falsi contesti; sul piano prettamente linguistico insulti, utilizzo di stereotipi di genere, doppi sensi, allusioni a sfondo sessuale, soprannomi, offese relative all'aspetto fisico, alla vita privata.

Tra le più squallide, la campagna d'odio contro Laura Boldrini, ad opera, tra gli altri, di Salvini, il dileggio



verso Monica Cirinnà e Teresa Bellanova, ma sono solo alcuni esempi. Giornaliste e donne che occupano posizioni di potere o che si espongono nei dibattiti politici vengono così ridicolizzate come persone allo scopo di depotenziare le idee e le proposte che esprimono.

Non è un caso che gli argomenti sui quali la ricerca ha registrato il maggior

numero e intensità di attacchi alle donne sono l'accoglienza dei migranti, il riconoscimento dei diritti civili per delle coppie omosessuali, l'educazione gender, i diritti delle donne (aborto, pari opportunità, discriminazioni).

Le promotrici o sostenitrici di leggi o campagne di sensibilizzazione su questi temi si sono ritrovate al centro di violente aggressioni mediatiche nelle forme sopra riportate. La ministra Fedeli, promotrice di un disegno di legge sull'educazione di genere nelle scuole è stata accusata di voler introdurre nelle scuole l'ideologia gender, insieme alla Boldrini rea di richiedere espressioni linguistiche rispettose delle differenze di genere; tutte le donne che hanno difeso il diritto all'aborto sono state presentate come criminali. La richiesta di diritti per coppie omosessuali diventa una minaccia per la famiglia tradizionale, la rivendicazione delle pari opportunità per le donne un attacco alle prerogative maschili. L'impegno sul tema dell'accoglienza dei profughi viene "contestato" con insulti a sfondo sessuale in relazione agli immigrati (è il caso di Teresa Bellanova). Vale sempre, come si è visto, il richiamo a imperfezioni fisiche o scarsa o notevole avvenenza, con insulti e doppi sensi che tendono a spostare l'attenzione dal pensiero alla oggettivazione sessuale delle donne.

Se questo è il trattamento riservato alle donne che in qualche modo hanno un ruolo pubblico legato alla loro professione, le donne "comuni" non sono esenti. Anche la casalinga di Voghera, nel caso volesse commentare o esprimere pensieri troppo avanzati su questi temi, potrà contare, su una abbondante quota aggressioni. Non potrà certo ambire ad un editoriale di Feltri o agli sproloqui di ministri e politici vari, ma anche i piccoli mediocri commentatori di Facebook e simili, senza averle studiate, sapranno applicare le tecniche offensive che abbiamo visto. Tecniche in linea con l'abituale sessismo di certa parte dell'umanità maschile, ma non solo, che non riesce ad abbandonare l'idea della donna come essere inferiore, come materia da modellare e utilizzare a piacimento, da relegare in ambiti ristretti. E questa forma di violenza, che si somma alle altre che ben si conoscono, viene esercitata con un doppio obiettivo: distruggere la partecipazione delle donne alla vita politica e ostacolare il progresso sociale, attaccando i diritti umani delle minoranze.

Loretta Deluca
Insegnante
Collaboratrice redazionale
di Lavoro e Salute



Donne e scienza

La matematica nelle fibre delle donne

di Dianella Pez

Ringrazio le organizzatrici per l'opportunità di esprimere il mio pensiero su Donne e matematica in questa comunicazione. Ho fatto una scelta: non parlerò di dati e numeri né di progetti specifici atti a rompere il soffitto di cristallo, né di quelle splendide donne che tra mille ostacoli nutriti di **pregiudizi** (chiamiamoli così per ora) hanno scelto una vita matematica spinte dalla propria passione capace. Convocando donne che sono state e sono maestre, cercherò di dire quattro o cinque cose incentrate su altrettante parole con l'obiettivo di **esplorare in breve come la matematica possa essere compagna di viaggio nel nostro essere, nel nostro diritto ad essere, nel nostro percorso attraverso il mondo.**



1. Partirò da due affermazioni ben note. Disse il matematico Hermann Weyl (1885-1955): "Vi sono state solo due donne matematiche nella storia Sof'ja Kovalevskaja ed Emmy Noether: la prima non era una matematica, la seconda non era una donna". Viene stroncata così, attraverso il modo in cui l'universo e l'universale maschile hanno costruito la definizione di donna, la possibilità di esistenza stessa della donna matematica. Gino Loria (1862-1954), matematico, scrisse: "Si direbbe che la donna, negli studi più ardui, non cessi mai di essere una scolara, che la larva possa bensì raggiungere lo stadio di crisalide, ma le siano vietati i liberi voli della farfalla". Quindi un'esecutrice, una ripetitrice, mai una compositrice, mai capace di libero pensiero, quindi nemmeno di filosofia, da cui le donne sono state parimenti escluse.

Cose vecchie? Di acqua ne è passata ma un elenco nutrito di affermazioni del genere, che coinvolgono ora il nostro pensiero ora il nostro corpo, continua ad attraversare la cultura, la politica, il mondo delle istituzioni, che dovrebbe invece tutelare, promuovere: irripetibile ciò che disse un già presidente del consiglio su Angela Merkel o su Rosi Bindi, irripetibile ciò che pochi giorni fa ha detto un sottosegretario alla cultura. Esempi. Immaginiamoli per un attimo al maschile. Cominciamo a dare nomi alle cose. Tutto questo un nome ce l'ha, **un nome esatto, matematicamente esatto, privo di ambiguità**, riconoscibile, che non è semplice maschilismo ma stile, odore che sempre prova a qualificarci, dandoci un posto deciso da altri nel mondo. Si chiama **patriarcato**, una struttura, uno scheletro, una crosta, una incrostazione quasi inscalfibile, un ordine gerarchico che ha al centro un'altra parola, e la dirò qui ancora, **dominio**. Obbliga i nostri corpi, i nostri pensieri, le nostre scelte e, sempre, dobbiamo riprenderceli. C'è una bella immagine, copertina del libro *Femminismo fuori sesto*: **una donna cammina ma non su un cammino tracciato da un destino che la cultura le ha dato giocando sulla sua natura**; ha in mano un nastro ed è lei a srotolarlo e a camminare sulla curva che lei stessa costruisce. Il suo cammino.

Quest'ordine può e deve essere cambiato, con **una lunga trasfusione, una lunga gestazione**: le donne sono abituate ai tempi lunghi, sono i tempi dell'attenzione, della cura. Simone Weil (la citerò altre volte, filosofa, mistica, operaia, che ha fatto dello sperimentare col corpo la sorgente del proprio pensiero e che, in questo, ha fatto della matematica la sua compagna di cammino) in *La scienza e noi*, dice un

paio di numeri, non grandi ma immensi rispetto all'azzeramento: "E' necessario un anno di fatica e di cure per far spuntare un'altra messe nel campo [...], per far sorgere un uomo nuovo ci vogliono venti anni. Questa necessità, che ci incatena strettamente, si riflette nella costrizione sociale mediante il potere che essa procura a coloro che sanno bruciare i campi e uccidere gli uomini, cose rapide, nei confronti di coloro che sanno far maturare il grano ed allevare i bambini, cose lente." Si fa largo la riflessione su uno stridore, uno scarto, sulla **sproporzione** tra chi domina e chi viene dominato, tra chi uccide e chi dà la vita, sulla **asimmetria** tra due modi, due stili, due fini. Sono **parole matematiche**. La matematica ci **interroga sui limiti e sull'illimitatezza**, sul delirio di onnipotenza, lo squilibrio, la disarmonia, in questo periodo in cui i limiti, da qualche voce, sono invocati: "Il limite ignoto", intitolava l'articolo di un quotidiano pochi giorni fa. Il dominio è iperbolico, parla di quell'eccesso che accompagna ogni privilegio, parla di **eclisse o ellisse della consapevolezza dei limiti** e dell'**attenzione**, quell'attenzione che ci fa ben capire che un meno non è un più e che questo errore stravolge tutto ciò che ne segue. E che al segno meno di alcuni, alcune, corrisponde il segno più di altri. **Non è semplice metafora, lo è anche, ma è soprattutto contenuto** da far agire, atmosfera da sostituire attraverso l'esercizio di queste parole, il fermarsi sopra: sono immagini che vanno nutrite.

2. Ho detto **trasfusione, gestazione, e assieme ad esse vivono rivoluzione, ribellione**. Sono, queste, parole della matematica, che è in grado di rompere tradizioni, di **inventare** sistemi, di **immaginare** liberamente mondi. **Con autorevolezza la matematica rompe ogni principio di autorità**, nella sua capacità di utilizzare i propri paradossi come trampolini di lancio per nuove visioni. Le geometrie non euclidee sono geometrie ribelli, le metamorfosi del numero attraverso il passaggio al non razionale e poi al non reale indicano la ribellione del numero, così la storia della quadratura del cerchio con l'insistenza del volerlo quadrare, irregimentare in un mondo prestabilito. Sono i luoghi delle vie senza uscita che, se assunte, aprono a nuovi spazi, nuove parole. La matematica è quel libero pensiero capace in questa



ribellione di **pensare l'impossibile, di concepirlo, di negarlo come di dimostrarlo**. Dice ad Alice la Regina Rossa, in uno di quei libri del reverendo Dodgson (L. Carroll) che, nel dire la necessità delle regole, dicono anche l'uguale necessità e la possibilità del loro ribaltamento (Il mondo delle meraviglie, del sottosuolo, il mondo oltre lo specchio sono mondi altri): "Mi sembra che tu non abbia molta pratica. Alla tua età io mi esercitavo mezz'ora

al giorno. Certe volte arrivavo a credere sei cose impossibili prima di colazione". La matematica che questi "non" fanno emergere rivela un proprio attributo fondamentale, la **capacità di negazione**. Imre Toth, matematico morto nel 2010, che ha sfiorato da ebreo i campi di sterminio, ha fatto della negazione il centro della sua ricerca filosofico/matematica. Molto ha scritto sul NO, collegando questo carattere della matematica ai Giusti che hanno saputo opporsi, a volte in estrema solitudine, dicendo di no all'orrore. E poi c'è l'**esercizio al pensiero pulito, al pensiero che non è servo**. È l'esercizio che si oppone alla manipolazione, all'imbroglione, che spinge sia al loro smascheramento sia al non esserne complici. Chiariamolo, la matematica serve, ma non è serva.

Donne e scienza

CONTINUA DA PAG. 58

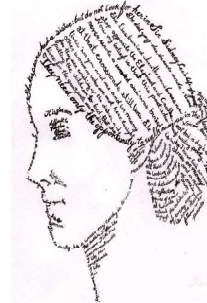
La matematica è capace d'essere astratta come estremamente concreta, di spaziare dalla filosofia alla mistica, di darci parole e immagini per la nostra esistenza. Anche se ne trova applicazioni, non vive nel piano utilitaristico come nel mondo mercantile in cui persino la scuola vorrebbe portarci. Non è merce, come noi non siamo merce.

3. Abbiamo parlato di simmetria e asimmetria, limiti, attenzione. A queste parole è legata quella che forse è la parola più importante della matematica: **relazione**. La ratio nasce come rapporto, così come il pensiero pitagorico fonda sui numeri e sui loro rapporti la costituzione e la conoscibilità del mondo. La matematica appare come un arazzo, una rete di relazioni, fili, intrecci dinamici. E tra le antiche ma vive relazioni c'è la **proporzionalità**: proporzione è essere "secondo porzione", parla di giustizia, di equità, assomiglia a simmetria (ne ha condiviso il significato), che traduce "con misura", trattarsi allo stesso modo, potersi guardare specularmente senza temersi. Ecco quindi proporzione e sproporzione, simmetria e asimmetria, ed ecco il limite e l'illimitatezza e, di nuovo, attenzione e dominio. Dobbiamo avere parole per dirli, riconoscerli, e capacità di guardarli, questi doppi. Potere e dominio, qui S. Weil è nettissima: "E' possibile amare ed essere giusti solo se si conosce l'imperio della forza e si è capaci di non rispettarlo". Riconoscere la sproporzione ed allontanarsene, conoscere e disubbidire, avere la facoltà di dominare e sapersi tirare indietro. Della proporzionalità, Weil ama la media proporzionale (soprattutto in senso mistico), simbolo del tramite, del ponte, della negoziazione. Avessimo più ponti non avremmo confini, sapremmo risolvere le guerre (che nemmeno avremmo dichiarato) con la media cioè la mediazione, o con tutte le vie d'uscita che la matematica stessa ci offre attraverso i suoi attuali modelli di pace, attraverso le logiche binarie capaci di superare i manicheismi che ci avvolgono. Relazione è una parola che ci appartiene, e noi che siamo impasto di corpo e pensiero la conosciamo bene, è quella che si esplica nella cura, nell'attenzione, nel primo abbraccio che, per tutte e tutti, e senza nulla concedere alla mistica o alla retorica della maternità, è quello che sa di materno. Abbiamo un gran bisogno di altre atmosfere, altri paesaggi.

4. Di queste atmosfere parla Virginia Woolf, un'altra delle nostre madri, ne *Le tre ghinee*, scritto in un tempo vicino a quello in cui scrive Simone Weil, un tempo drammatico, in cui stava per scoppiare la seconda guerra mondiale ed il fascismo e il nazismo avanzavano potenti per dominare il mondo, schiacciando ogni libertà e diffondendo orrori. Le viene chiesto cosa sia possibile fare per prevenire la guerra, scongiurarla, le si chiede un'adesione a un manifesto, un'offerta. Darà diversamente i suoi soldi, le tre ghinee del titolo: per potenziare un'università femminile, perché le donne possano esercitare una professione, per un'associazione chiamata La società delle estranee.

La ragione? **Il meccanismo alla base della guerra, della violenza, è lo stesso che opprime la donna, ed è quello con cui abbiamo iniziato, l'ordine patriarcale, allora come ora**: un pensiero rivoluzionario. "Cosa si dovrà insegnare nel college [...] povero? Certo non l'arte di dominare sugli altri, non l'arte di governare, di uccidere, di accumulare terra

e capitale. Queste arti richiedono spese generali troppo elevate: stipendi, uniformi, cerimonie [...] Invece si dovranno insegnare solo le arti che si possono insegnare con poca spesa [...] la medicina, la matematica, la musica, la pittura, la letteratura. E l'arte dei rapporti umani [...] E gli insegnanti saranno scelti tra coloro che sono bravi a vivere oltre che a pensare." E più avanti, dove parla del potere dell'odore, "o lo vogliamo chiamare atmosfera", mette in guardia sull'odore che si respira quando le donne sono



chiamate signorine (e non dottoresse per esempio o professoresse, usanza che vige tuttora) ed hanno gli stipendi più bassi, lì troviamo qualcosa che "potrebbe infettare entrambi i sessi [...], troviamo in embrione l'insetto che riconosciamo sotto altri nomi in altri paesi. Là sta racchiuso allo stato embrionale l'essere che, quando è italiano o tedesco, chiamiamo Dittatore".

La matematica ci offre su un piatto d'argento parole, modi, concetti che, vissuti, sono pratiche capaci di costruire altri odori, altre atmosfere appunto, diverse da quella che, da sempre, ci ha condannate all'esilio (è Nadia Fusini, studiosa italiana di Virginia Woolf, a ripeterci che questa è stata senza possibilità di negazione la nostra condizione per secoli). Ecco quindi una matematica scuola di disubbidienza e, assieme, scuola di legami.

5. Si potrebbe proseguire parlando del capovolgimento degli sguardi, che corrisponde all'esercizio matematico all'**inversione**, di cui sempre Carroll è maestro (il Cavaliere Bianco a testa in giù che Alice incontra dice chiaramente quanto meglio si vedano le cose in quella posizione). E poi quella parola chiave della nostra comune umanità, che vive centralmente nella matematica come nella Costituzione italiana del 1948 nata dalla Resistenza: **uguaglianza**. Uguali sono le cose che hanno le stesse proprietà, ma quali? Posso dire che l'ellisse citata all'inizio sia uguale ad una pur così diversa circonferenza? Ma certo, perché una proiezione le collega e in quell'ambito hanno **le stesse** proprietà. "Le stesse": è questa la nuova parola. Avere la stessa forma o la stessa area, e non solo essere sovrapponibili, questo rende uguali. Come avere gli stessi diritti, la stessa comune umanità. L'art. 3 della Costituzione enuncia con forza l'uguaglianza dando un compito alla Repubblica (e quindi alla Scuola), quello della "rimozione delle disuguaglianze". E, come ama dire Alessandra Algostino, Costituzionalista impegnata a farci conoscere i compiti costituzionali, fra questi vi è, immenso, il compito di far vivere le nostre "libere uguali diversità".

Siamo state a lungo escluse dal pensiero e dalla possibilità di esprimerci ma la matematica è una delle compagne di viaggio (ho cominciato e concludo con questa parola) con le quali ce ne appropriamo. Altre compagne, e non per parafrasare Isaac Newton o prima ancora Bernardo, ma per individuare un gesto capace di accomunarci, **sono le madri e le sorelle sulle cui spalle gigantesche** ci siamo accolate per vedere più lontano e con le quali scendiamo nelle profondità e negli abissi dell'esistenza: sono donne di scienza, filosofe, poete, sono le donne che lottano per cercare vita.

Dianella Pez, già docente di Matematica e Fisica Liceo Einstein" di Cervignano del Friuli

Comunicazione presentata il 29 marzo 2023 a Marinelli 100 – Incontro con riflessioni sul tema "Donne e scienza", Aula Magna Liceo Scientifico "Marinelli", UDINE.

Guerra al latte materno: tra esterofilia, industria alimentare e **medicalizzazione**

L'importanza del latte materno: come ribadire l'ovvio. Ritornare a parlare di latte materno sembra quasi dover difendere l'ovvio, ma ciò che era ovvio ieri non è purtroppo ovvio oggi. Allattare al seno ha comprovati benefici per la salute sia per le madri che per i bambini, nei Paesi ad alto e basso reddito: riduce le malattie infettive, la mortalità e la malnutrizione infantile e il rischio di obesità successiva. Per il bambino, il latte materno riduce l'incidenza e la durata delle gastroenteriti, migliora la crescita neurologica, protegge dalle infezioni respiratorie, riduce il rischio di sviluppare allergie, migliora la vista e lo sviluppo psicomotorio, migliora lo sviluppo intestinale e riduce il rischio di occlusioni, contribuisce a una migliore conformazione della bocca, protegge contro le otiti, riduce il rischio di tumori del sistema linfatico e può prevenire il diabete giovanile nei bambini geneticamente predisposti.

L'allattamento al seno è, inoltre, associato a una riduzione del rischio di sovrappeso e obesità in età adulta. Questa simbiosi tra madre e figlio attraverso l'allattamento porta un beneficio olistico anche alla donna in quanto stimola la naturale contrazione dell'utero riducendo il naturale sanguinamento post-partum e consentendo all'utero di tornare alle dimensioni normali più velocemente; aiuta a perdere il peso accumulato durante la gravidanza; riduce il rischio di sviluppare osteoporosi; e previene alcune forme di tumore al seno e all'ovaio. Le madri che allattano al seno hanno un rischio ridotto di cancro al seno e alle ovaie, di diabete di tipo 2 e di malattie cardiovascolari. Nonostante sia ormai noto da tempo, oggi meno del 50% dei bambini in tutto il mondo viene allattato al seno secondo le raccomandazioni dell'OMS. Solo la metà dei neonati viene attaccata al seno materno entro la prima ora di vita e circa un terzo dei bambini nei Paesi a basso e medio reddito riceve pre-lacteal feed (cibo pre-latte, principalmente acqua e latte animale) prima di essere attaccato al seno materno. Questa pratica è fortemente associata al ritardo dell'inizio dell'allattamento al seno. Si tratta di cattive notizie per quanto riguarda la salute delle donne madri e dei bambini. Ma dove hanno origine soprattutto nel Primo Mondo?

L'esterofilia dei "corpi perfetti" impatta su allattamento e cultura della cura

Anni di femminismo avevano tolto la donna dall'immagine sociale fatta di vergogna e riservatezza riguardante l'allattamento sdoganando, più o meno completamente, anche l'allattamento in pubblico, essendo una questione che riguardava il proprio corpo. L'allattamento in pubblico era quasi visto come un "atto osceno" in cui si esibiva una parte del corpo femminile potenzialmente erotizzabile e quindi "scandaloso". Solo una mentalità perversa e retrograda



poteva permettere una situazione del genere, ma oggi non siamo lontani da quel livello di regresso, sebbene si sostenga altro. Purtroppo oggi l'esterofilia di stampo americano ha fatto dell'allattamento non più una conquista in nome del diritto delle donne, dei bambini e della salute, ma bensì un qualcosa di "obsoleto", sostituibile con le nuove tecnologie e con i latti artificiali. Negli USA il seno è oggetto primariamente sessuale, a causa dell'uso distorto e sessualizzato che ne fanno l'industria cinematografica, l'industria pornografica e la pubblicità televisiva, intrise di eterosessismo. Spesso ciò che porta le donne a non ricorrere all'allattamento naturale sta proprio nei canoni di bellezza introiettati dalla società patriarcale secondo cui i loro corpi devono essere belli, perfetti, proporzionati ma soprattutto sessualizzati come nelle sfilate di moda e nella pubblicità.

L'arrivo di un bambino e delle sue necessità vengono visti come un fenomeno in grado di sformare il seno e quindi il canone di bellezza in cui il corpo è relegato. Anche l'atteggiamento del partner influenza la decisione della donna di allattare e purtroppo questa mentalità esterofila spesso è promossa anche dagli uomini che disincentivano le donne all'allattamento per motivi puramente estetici. La donna che allatta deve negoziare continuamente fra un ruolo sessuale e uno materno nutritivo e di cura e questa tensione è fortemente presente nelle narrazioni delle donne diventando elemento di stress, difficoltà e ostacolo all'allattamento. Questo, a lungo andare porta culturalmente all'abbandono dell'allattamento, alla perdita della cultura della cura e a trovare la soluzione più semplice: il ricorso ai latti artificiali.

Guerra al latte materno: tra esterofilia, industria alimentare e medicalizzazione

CONTINUA DA PAG. 60

Abbandonare l'allattamento è un'occasione per il marketing industriale

Ovviamente non c'è solo questo fenomeno che impatta sull'allattamento, ma anche la percezione delle donne di non essere adatte all'allattamento.

Quasi la metà delle madri a livello globale dichiara di avere latte insufficiente (SRIM) come motivo principale per introdurre prodotti commerciali a base di latte artificiale (CMF) nei primi mesi di vita e per interrompere prematuramente l'allattamento al seno. Lo SRIM può essere prevenuto o affrontato con successo con un supporto appropriato e non per forza deve essere visto come un impedimento all'allattamento.

Eppure cavalcando l'onda dell'esterofilia e della percezione di inadeguatezza che impediscono l'allattamento, l'industria commerciale del latte artificiale utilizza subdole strategie di marketing, ideate per sfruttare le paure e le preoccupazioni dei genitori e trasformare l'alimentazione di neonati e bambini in un business multimiliardario, generando entrate per circa 55 miliardi di dollari all'anno, con circa 3 miliardi di dollari spesi ogni anno in attività di marketing.

A confermare queste cifre ci sono tre documenti pubblicati da The Lancet il 7 febbraio 2023 che delineano le strategie utilizzate dai produttori di lattici artificiali per incrementarne i consumi, rivolgendosi a genitori, operatori sanitari e responsabili politici, con il fine di fare pressioni sui governi, tramite associazioni di categoria e gruppi di facciata, per ostacolare il rafforzamento delle leggi sulla protezione dell'allattamento al seno e le normative sugli standard alimentari. Tutto ciò in palese violazione del Codice sull'allattamento al seno. Nel 1981, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha adottato il Codice Internazionale di Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, un insieme di norme per prevenire la commercializzazione inappropriata del latte artificiale, prevedendo il divieto di pubblicizzare il latte artificiale presso il pubblico o la promozione all'interno delle strutture dei sistemi sanitari; il divieto di fornire

campioni gratuiti alle madri, agli operatori sanitari e alle strutture sanitarie; il divieto di sponsorizzare i professionisti della salute o di promuovere riunioni scientifiche da parte dell'industria del latte artificiale. Tuttavia, nonostante i ripetuti inviti ai governi a incorporare le raccomandazioni del Codice nella legislazione nazionale, solo 32 Paesi hanno adottato provvedimenti legislativi in linea con il Codice. Altri 41 Paesi hanno una legislazione che si allinea moderatamente al Codice e 50 non hanno adottato alcuna misura, e di conseguenza, il Codice viene continuamente violato senza alcuna sanzione.

I documenti di The Lancet dimostrano come i comportamenti tipici dei neonati - il pianto, l'agitazione e lo scarso sonno notturno - vengano rappresentati dall'industria del latte artificiale come "sintomi" patologici e utilizzati come motivi per introdurre il latte artificiale, quando in realtà questi comportamenti sono comuni, naturali ed appropriati nei neonati e nei lattanti. I comuni comportamenti del neonato che si presentano nel post-parto e si manifestano con pianti, comportamenti instabili e brevi intervalli del sonno notturno con frequenti risvegli, sono spesso erroneamente interpretati anche da genitori e pediatri

come segni di problemi di alimentazione. Il marketing dei prodotti commerciali a base di latte artificiale (CMF) rafforza ed esaspera queste idee sbagliate e fa affermazioni infondate sul fatto che i CMF possono migliorare questi comportamenti.

L'industria afferma che i loro prodotti possono alleviare il disagio o migliorare il sonno notturno, e addirittura che il latte formulato può potenziare lo sviluppo cerebrale e migliorare l'intelligenza: si tratta di affermazioni assurde, anti-scientifiche, non

comprovate e frutto di quella "scienza" sfornata dai laboratori industriali volta all'accumulo capitalistico piuttosto che al diritto alla salute. Si tratta della volontà di medicalizzare il latte materno, far passare il messaggio che sia obsoleto e superato, proponendo così il latte artificiale come valore aggiunto non solo per le sue presunte qualità nutritive, ma bensì terapeutiche.

L'ecologia dell'allattamento non può essere soppiantata dal latte coltivato in laboratorio, come quello di BioMilq, in quanto non può cambiare in risposta al bisogno del bambino, come invece può fare il latte materno; non contiene ormoni o batteri del bioma della



CONTINUA A PAG. 62

Guerra al latte materno: tra esterofilia, industria alimentare e medicalizzazione

CONTINUA DA PAG. 61

madre e non ha anticorpi vitali per la formazione del sistema immunitario dei bambini. I CMF e l'alimentazione artificiale non sono minimamente paragonabili alle proprietà vive e dinamiche del latte materno e all'interazione che si crea tra madre e bambino durante l'allattamento. Le qualità uniche e

ineguagliabili dell'allattamento al seno conferiscono benefici per la salute e lo sviluppo a breve e lungo termine.

Come ha dichiarato il Presidente di ASSIS, il Dottor Eugenio Serravalle, pediatra da sempre attivo sul tema della salutogenesi e della prevenzione primaria: "L'alimentazione infantile è continuamente mercificata dalla promozione incrociata di lattati artificiali formulati per lattanti, di proseguimento, e persino per bambini (latte di crescita), utilizzando lo stesso marchio e una progressione numerica, con l'obiettivo di fidelizzare il consumatore nel paese tentativo di aggirare la legislazione che vieta la pubblicità del latte artificiale".

Già nel 2018 era chiara la priorità degli interessi commerciali rispetto al diritto alla salute, quando alcuni funzionari statunitensi minacciarono di applicare sanzioni commerciali e di ritirare gli aiuti militari all'Ecuador se questo Paese non avesse rinunciato ad approvare una legge volta a proteggere e promuovere l'allattamento al seno, secondo le direttive OMS. Alcuni gruppi di pressione, a servizio dell'industria, si attivarono contro il prolungamento del congedo parentale retribuito, la cui durata è correlata alla prevalenza e alla durata dell'allattamento al seno: l'assenza o l'inadeguatezza del congedo retribuito costringe molte madri a tornare al lavoro subito dopo il parto.

Come ha scritto Serravalle: "La mancanza di spazi sicuri per l'allattamento sul posto di lavoro, o di strutture per la conservazione del latte materno, fanno sì che l'allattamento al seno non sia praticabile per molte donne. Alcune donne scelgono di non allattare o non

sono in grado di farlo. La pressione percepita, o l'impossibilità di allattare al seno, soprattutto se in contrasto con i desideri della madre, possono avere effetti negativi sulla loro salute mentale: i sistemi sanitari dovrebbero essere in grado di sostenere pienamente tutte le madri nelle loro scelte. Le donne e le famiglie decidono in merito all'alimentazione dei figli in base alle informazioni che ricevono, e la critica alle pratiche di marketing predatorio dell'industria dell'alimentazione artificiale non deve essere interpretata come una critica alle donne.

Tutte le informazioni che le famiglie ricevono sull'alimentazione infantile devono essere accurate e

indipendenti dall'influenza dell'industria per garantire un processo decisionale informato. Il marketing dell'industria dei prodotti per l'infanzia è un sistema interconnesso, sfaccettato e potente che sfrutta consapevolmente le aspirazioni dei genitori. In base alla Convenzione sui Diritti dell'Infanzia, i governi hanno il dovere di affrontare la disinformazione e di adottare il Codice sull'allattamento al seno senza ulteriori indugi per garantire che i produttori che fanno affermazioni fuorvianti sui loro prodotti siano chiamati a risponderne".

Sono necessari ulteriori sforzi

educativi rivolti a operatori sanitari, famiglie e popolazione generale per fornire informazioni corrette sul normale sviluppo del bambino, compreso il pianto, e i frequenti risvegli notturni per ridurre l'introduzione non necessaria di CMF e prevenire la cessazione precoce dell'allattamento al seno. L'allattamento al seno non è di esclusiva responsabilità della madre in quanto le migliori pratiche di allattamento al seno a livello di popolazione sono ottenute attraverso un approccio sociale collettivo che include interventi multilivelli e multicomponenti attraverso il modello socio-ecologico in diversi contesti.



Lorenzo Poli

Collaboratore redazione
di Lavoro e Salute



Laetrile, il segreto dei semi di albicocca nella cura del cancro

I semi amari di albicocca, ricchi di vitamina B17 o amigdalina sono un rimedio anti-tumorale noto fin dall'antichità. Aprire i noccioli di albicocca o pesca e mangiare i semi inclusi era un rimedio per tumori noto all'imperatore cinese Shen Nung (I-II secolo a.C.), che ha lasciato documenti con ricette derivanti dall'estratto di semi contro i tumori. La Bibbia parla dei semi di frutti come alimento ideale per l'uomo (Genesi 1,29). Gli antichi medici egizi, greci, romani ed arabi erano tutti a conoscenza delle proprietà biologiche dell'acqua di mandorla amara. Anche Paracelso, Scribonius Largus, Galeno, Plinio il Vecchio, Marcellus Empiricus ed Avicenna, usarono preparazioni contenenti amigdalina (vitamina B17) per trattare i tumori. Lo stesso è vero per la farmacopea medievale. In realtà la Vitamina B 17 era già in uso nella Russia zarista per curare il cancro mentre si era notato che le popolazioni con alimentazione ricca di questa vitamina non erano soggette allo stesso. Il Laetrile, o vitamina B 17 purificata, ha una storia di un paio di secoli ed, in estrema sintesi, è il principio attivo amarognolo che si trova nei semi della frutta: la mandorla amara che, tra i molti frutti, si trova nei semi di pesche, ciliegie e soprattutto di albicocche.

La scienza moderna ha confermato questa antica conoscenza. Di vitale importanza furono però le ricerche del Dottor Ernst T. Krebs Junior che riprese e riformulò la *teoria trofoblastica del cancro* teorizzata dall'embrilogico scozzese John Beard (1858-1924) e sostenuto nel 1950 da suo padre il Dr. Ernst Krebs. Beard con il solo ausilio del microscopio descrisse le "somialtanzie" biologiche tra tumori ed embrioni e il fatto che cancro e sviluppo embrionale siano legati tra loro: invasività, diffusione, capacità di formare vasi e, noi oggi aggiungeremmo, capacità di sopprimere le difese immunitarie. Beard giunse così a formulare la teoria trofoblastica del cancro ed a proporre una terapia enzimatica del cancro ("enzimi proteolitici del pancreas", Beard, 1902, 19011), con documentate remissioni di malattia, basandosi sulla coincidenza temporale dell'apparizione dei granuli di zimogeno nel pancreas fetale con la trasformazione delle cellule del trofoblasto da "maligne" a cellule ben differenziate. La sua teoria venne dimenticata attorno agli anni trenta del secolo scorso. Secondo Krebs Junior la vitamina B17, contenuta nelle arminelle dei semi di albicocca era in grado di combattere molto efficacemente molti tipi di cancro tra cui il tumore al seno, al polmone, al colon e alla prostata. La vitamina B17, conosciuta anche come Laetrile, è uno dei rimedi naturali contro il cancro più diffusi e nel tempo ha avuto l'avallo di moltissimi medici ed oncologi nel mondo come il Dr. Ernesto Contreras, il Dr. Bouziane, il Dr. Hans Nieper, il Dr



Manuel Navarro. In Italia fu il Dottor Ettore Guidetti dell'Università di Torino ad esplorare le proprietà anticancro del Laetrile dopo aver condotto una sperimentazione clinica che aveva dato risultati molto promettenti. (1)

Il Dr. Dean Burk, ex capo del Cytochemistry Department del National Cancer Institute, famoso ente statunitense di cui egli stesso è stato uno dei cofondatori, si è occupato personalmente della vitamina B17 ed ha dichiarato: *"In una serie di esperimenti su tessuto animale, la B-17 non ha mostrato alcun effetto sulle cellule normali, ma rilasciava tali quantità di cianuro e benzaldeide quando veniva in contatto con le cellule cancerose che non ne restava viva nemmeno una"* – aggiungendo - *"Quando aggiungiamo Laetrile (vitamina B17) ad una coltura di cancro al microscopio, premesso che sia presente anche l'enzima glucosidase, possiamo osservare le cellule cancerose che muoiono come mosche."* (Dott. Dean Burk, cofondatore del Cytochemistry Department del National Cancer Institute - cit. da Nexus n° 45 - 2003).

Ralph W. Moss, il protagonista del documentario di Eric Merola *"Second Opinion: Laetrile at Sloan-Kettering"*, lavorava al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center nel dipartimento delle relazioni pubbliche negli anni '70. Amava il lavoro finché gli uomini al vertice non fecero qualcosa di strano: andarono a Washington per cercare finanziamenti per la ricerca per un nuovo trattamento promettente, poi hanno cambiato idea - collettivamente, inequivocabilmente e dall'oggi al domani.

Il farmaco era il Laetrile (una forma di amigdalina) e l'illustre scienziato senior del centro, Kanematsu Sugiura, stava studiando dopo lo studio che ha mostrato la sua disponibilità.

Nel 1972 il Dr. Kanematsu Sugiura, del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di Manhattan, riportò i risultati dei suoi studi relativi ad un nuovo antitumorale: *"L'amigdalina (vitamina B17) inibisce significativamente la comparsa di metastasi ai polmoni e inibisce la crescita di tumori primari (...)."*

Laetrile, il segreto dei semi di albicocca nella cura del cancro

CONTINUA DA PAG. 63

Il Dr Sugiura, uno dei più rinomati oncologi mondiali di quei tempi, in un'intervista del 1977, dichiarò: *“Il Laetrile era più efficace nel controllo del cancro di qualunque altra sostanza che avessi mai sperimentato”*. Sugiura stilò 5 tesi secondo cui il Laetrile fosse in grado di inibire la crescita dei tumori, arrestare la diffusione di cancro nei topi, alleviare il dolore, prevenire il cancro e migliorare la salute generale. La notizia di diffuse e il Memorial Sloan-Kettering Cancer Center fece pressioni su Sugiura affinché ritrattasse le sue dichiarazioni, ma l'anziano oncologo si rifiutò costringendo l'Istituto a negare ufficialmente le qualità terapeutiche del Laetrile: *“il Laetrile non risulta possedere capacità di prevenzione, regressione, inibizione metastatica o curative contro il cancro”*. Diverse fonti accusarono lo Sloan-Kettering di aver insabbiato e falsificato i dati della ricerca che aveva usato, per negare al Laetrile le sue proprietà anti-cancro. Il Dr. Dean Burk, dopo 34 anni al National Cancer Institute, dichiarò: *“Quelli dell'American Cancer Society mentono come mascalzoni”*. Sebbene una ricerca su Google per Laetrile fornisca descrizioni come “ clinicamente inefficace”, “pericolosamente tossico” e “ciarlataneria”, il film di Eric Merola suggerisce che l'unico problema del farmaco naturale era la linea di fondo: era a buon mercato rispetto ad altri farmaci contro il cancro e che avesse infastidito l'industria farmaceutica. (2)

Altro esempio fu quello del Dr John Richardson che aveva una clinica per la cura del cancro vicino a San Francisco che negli anni Settanta conobbe il Dr Ernest T. Krebs Junior e, dopo aver familiarizzato con la sua teoria, iniziò a praticare la cura a base di Laetrile. Prima la maggior parte dei pazienti che curava contro il cancro morivano, ma dopo aver adottato il Laetrile passò ad un'alta percentuale di guarigioni. La voce si diffuse fin quando moltissimi pazienti oncologici venivano da USA ed Europa per farsi curare nella sua clinica. Poi iniziarono i problemi con le autorità mediche. La direzione dell'ospedale lo richiamò invitando a non usare questo prodotto in quanto non approvato dalla FDA. Gli organi medici ufficiali non hanno mai riconosciuto l'utilità del Laetrile e la FDA lo ha catalogato insieme alle sostanze tossiche, impedendone la commercializzazione negli USA.

Come agisce la vitamina B17 sulle cellule tumorali? Discriminando le cellule cancerose e salvaguardando le altre. Essendo le cellule malate di cancro ricchissime dell'enzima glucosidase, assumendo la Vitamina B17 o Laetrile, esclusivamente in presenza di questo enzima ed in virtù dello stesso, avviene una reazione che sprigiona cianuro il quale distrugge le cellule malate contenenti il glucosidase mentre le cellule sane



rimangono intatte non avendo questo enzima e quindi non subiscono alcuna reazione di scissione da Laetrile a cianuro. Le cellule tumorali vengono avvelenate dal cianuro in quanto carenti dell'enzima rodanese, dotato di azione disintossicante dall'acido cianidrico. Se l'acido cianidrico fuoriesce dalle cellule tumorali, le cellule adiacenti normali sono in grado di disintossicarsi da esso attraverso il loro enzima rodanese. Si è notato che le sole cellule malate ricche dell'enzima glucosidase reagiscono alla Laetrile sprigionando cianuro e morendo, lasciando invece integre le cellule sane. Nella ricerca ortodossa allopatrica anti-cancro non vi è il principio di discriminare le cellule malate dalle cellule sane, facendo quindi terra bruciata con la chemioterapia e colpendo sia quelle sane sia quelle malate.

Il Dr. Burk ha inoltre affermato che prove dell'efficacia del Laetrile sono state riscontrate in almeno cinque istituti indipendenti di tre Paesi distanti fra loro. È interessante notare che al giorno d'oggi esistono culture per le quali il cancro rimane quasi completamente estraneo. Gli Abrasi, gli Arzebaigiani, gli Hunza, gli Inuit e gli abitanti del Karakorum seguono tutti un'alimentazione ricca di nitriloside o vitamina B17. Tale alimentazione consiste, a seconda dei casi, in grano saraceno, piselli, fave, erba medica, rape, lattuga, germogli di legumi o di cereali, albicocche col nocciolo e bacche di vario genere; tale dieta può fornire loro da 250 a 3000 mg di nitriloside al giorno. Lo scopritore della vitamina B17, il Dr. Ernst T. Krebs, dopo aver studiato le abitudini alimentari di queste popolazioni ha affermato: *“Esaminando la dieta di queste genti, abbiamo scoperto che il nocciolo dell'albicocca veniva apprezzato come una squisitezza e che di tale frutto veniva utilizzata ogni parte.”*

La dieta occidentale media, coi suoi cibi raffinati e privi di fibre, fornisce meno di 2 mg di nitriloside al giorno. Si è inoltre notato che i membri di queste popolazioni, quando si trasferiscono nelle aree “civilizzate” e, di conseguenza, cambiano il loro regime alimentare, sono inclini al cancro secondo l'incidenza occidentale standard.

CONTINUA A PAG. 65

Laetrile, il segreto dei semi di albicocca nella cura del cancro

CONTINUA DA PAG. 64

Per questi motivi, il Dr. Krebs sosteneva che mangiare 7 semi di albicocca al giorno possa prevenire pesantemente lo sviluppo di cellule cancerogene, non di più altrimenti potrebbero divenire tossiche.

Purtroppo, a causa delle numerose vicissitudini non esiste alcuna evidenza scientifica ma solo storie di percorsi medici autonomi. Perché mai grandi multinazionali del farmaco spenderebbero soldi per ricercare sul nocciolo di albicocca? Perché ricercare sulla Vitamina B17 che non è brevettabile perché naturale? Questa molecola è già stata testata, ma si potrebbe sempre testare per verificarne o meno l'effettiva efficacia. Così come si potrebbero testare gli altri approcci alla lotta al cancro basati su molecole naturali. Finalmente si potrebbero comparare con la chemioterapia e vedere quale è l'effett. Ad oggi per l'industria farmaceutica, la chemioterapia è un affare colossale e non c'è affatto intenzione ed interesse a ricercare terapie alternative e meno invadenti che hanno il "difetto" di non essere brevettabili. Perché mai grandi multinazionali del farmaco dovrebbero spendere intere fortune per ricercare sul nocciolo di albicocca non brevettabile e quindi, a disposizione di tutti? Non è più logico che sperimentino su molecole artificiali ma, brevettabili? Il brevetto equivale a guadagni, profitti e diritti di proprietà intellettuale. Ne consegue che, i principi medicamentosi che la Natura ci offre sono abbandonati a favore dei principi chimici artificiali ma brevettabili. L'aver lasciato, negli anni, la ricerca biomedica esclusivamente dipendente da finanziamenti privati ha provocato la formazione di monopoli. Una ricerca medica pubblica dovrebbe essere obbiettiva e non tendere al profitto. È la guerra impari tra farmaco chimico brevettabile e farmaco naturale non brevettabile e purtroppo il nostro corpo è una poderosa macchina da soldi per l'industria farmaceutica.

La scienza e la ricerca devono essere studiate nel contesto di tutte le parti interessate che vi sono coinvolte. Bisogna porsi domande che mirino a determinare il peso relativo dei vari alleati nel processo di creazione dei fatti, quali i finanziatori, le aziende, il Ministero dell'Interno, le professioni e gli altri scienziati. Nell'analisi dei dibattiti scientifici, ci si dovrebbe sempre chiedere quali interessi sociali, istituzionali, politici e filosofici si trovano dietro ad asserzioni che spesso appaiono neutre e tecniche. (Manuale di metodologia della ricerca, Istituto di Scienza e Tecnologia dell'Università di Manchester). "La grande industria farmaceutica in generale è impegnata nella deliberata seduzione della professione medica a livello mondiale, nazione dopo nazione. Sta spendendo una fortuna per influenzare, assoldare e acquistare il giudizio accademico, al punto che nel



giro di qualche anno, se essa continuerà indisturbata nel suo attuale e felice cammino, sarà difficile trovare un'opinione medica che non sia stata comprata". (The Nation, New York, intervista a John Le Carrè del 9 aprile 2001). Il 25 maggio 2007 fu l'oncologo Umberto Veronesi a scagliarsi contro il Laetrile, scrivendo: ".....l'amigdalina non è una vitamina ma una sostanza derivata dallo zucchero che, in seguito alla sua degradazione ad opera degli enzimi digestivi, sviluppa cianuro. La potenziale attività antitumorale dell'amigdalina è stata suggerita da una presunta azione tossica nei confronti delle cellule neoplastiche: queste conterrebbero un enzima che scinde l'amigdalina producendo la formazione di cianuro, a sua volta letale per le stesse cellule tumorali. Tuttavia l'efficacia clinica dell'amigdalina come farmaco antitumorale, nonostante i ripetuti studi iniziati negli anni '60, non è stata dimostrata. Uno studio clinico che ha ben evidenziato l'inutilità e la pericolosità di questo trattamento è stato pubblicato nel 1982 sul *The New England Journal of Medicine*. Gli autori affermano "Nessun beneficio è stato osservato in termini di cura, miglioramento o stabilizzazione del tumore o dei sintomi o prolungamento della vita. I rischi della terapia con amigdalina sono stati evidenziati in molti pazienti con sintomi di tossicità da cianuro o con livelli ematici di cianuro vicini all'intervallo letale".

Queste prese di posizioni senza fondamenta scientifiche, in assenza di studi, ricordano le parole del Dr Linus Pauling, fisico quantistico, Premio Nobel per la Chimica 1954, Premio Nobel per la Pace 1962, padre della medicina ortomolecolare: "Non fatevi fuorviare dalle autorità mediche o dai politici. Scoprite i fatti e decidete per conto vostro come vivere una vita felice e lavorare per un mondo migliore."

1- Epidemiology of primary intracranial tumors in the Valle d'Aosta (Italy) during the 6-year period 1986-1991
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/777128/>

2- A Miracle Drug or Quackery? <https://www.nytimes.com/2014/08/29/movies/second-opinion-on-the-dispute-over-laetrile.html>

Lorenzo Poli

Collaboratore redazione di Lavoro e Salute
24 febbraio 2023

Stradario sentimentale del lago di Garda e del monte Baldo

Piccoli gioielli di una collana di saggistica con volumi minimali dedicati a parole, luoghi, cose, tutto ciò che dà uno slancio di felicità. Ecco Stradario sentimentale del lago di Garda e del monte Baldo, una breve lettura, pur intensa, opera di Francesco Pernumian, autore di valore che da molti anni vive sul Lago di Garda e Pino Mongello, cultore di storia benacense e dedito alla fotografia di paesaggio e di ritratto.

Questo lavoro potrebbe, come dice Francesco Pernumian senza mezze misure nella parte iniziale, quella che dovrebbe trascinare dentro la lettura del testo, malgrado gli sforzi per renderlo più rapsodico e più razionale, non muta la sua natura intimamente svagata e frammentaria. E quindi, oltremodo indigesta ai comuni lettori delle comuni guide turistiche. Trattandosi, in questo caso, non di un'ordinaria guida in stile Touring Club, bensì di una mappa sentimentale allestita dall'autore lungo le sponde del lago di Garda e sulle pendici del monte Baldo.

E come dice Andrea Caterini nella sua introduzione "Ogni paesaggio è un paesaggio umano".

Questo perché? Perché nel corso degli anni, dei secoli, il paesaggio ha avuto enormi mutamenti e sono in gran parte opera della mano dell'uomo.

Non scopriamo di certo l'acqua calda dicendo questo, avendo davanti un paese dove gli scempi non sono certamente mancati.

E allora ben vengano questi



Francesco Pernumian
Oligo 2023

percorsi sentimentali che hanno una conservazione del paesaggio e se ne fanno custodi mantenendo il carattere, gli umori, la vita.

Cosa ci racconta questo minuscolo volume, questo agile e intenso stradario sentimentale?

Ci racconta il viaggio compiuto da due amici, appunto Francesco Pernumian e Pino Mongello che nel corso di tre anni hanno vagabondato, girando in lungo e in largo i sentieri del lago di Garda e del monte Baldo, soffermandosi, attardandosi, contemplando e nel medesimo tempo fotografando e descrivendo nei minimi particolari quello che si presentava davanti ai loro occhi.

Questo *modus operandi* mi ha fatto tornare indietro agli anni scolastici dell'infanzia, quando la maestra ci dava nel compito in classe quelli che erano chiamati I pensierini. Titolo: Descrizioni dal vero e consisteva nel raccontare ciò che avevamo visto il giorno prima. Ecco, in quelle descrizioni c'era anche la nostra anima di bambini che commentava

con molta sincerità e innocenza la nostra realtà.

La mente sa dove deve posarsi lo sguardo. Fotografare e descrivere le colline gardesane e le pendici montebaldine, ne citiamo alcune che sono da vedere sicuramente dopo questa piacevole e profonda lettura: la strada di San Michele sul versante bresciano e la strada che dalla piana di Caprino Veronese sale fino a Lumini, una frazione di San Zeno di Montagna.

Non c'è soltanto l'amore per il paesaggio, un amore che genera incanto e lascia con il fiato sospeso. C'è la storia. E anche se non è raccontata la si annusa e viene la curiosità di andare a fondo e di scavare, scoprire cose perché il desiderio di conoscere è un cibo essenziale del nostro vivere.

E allora non possiamo pensare soltanto al Lago di Garda come uno specchio d'acqua dentro una porzione puramente geografica che segna il confine tra tre regioni: Lombardia, Veneto e Trentino Alto Adige.

Partendo dalla sponda est del lago, nel paese di Malcesine, il paese in cui Goethe approdò nel suo viaggio in Italia e dove per errore venne arrestato, fin lungo i sentieri del monte Baldo dove si avverte poco a poco anche un mutamento climatico, sentiamo la presenza dei nostri avi, la loro vita dura, una vita di sacrifici che ha forgiato anche il paesaggio che ci troviamo davanti senza snaturarlo.

Non conservano soltanto la memoria Francesco Pernumian e Pino Mongello, ma in un certo senso diventano vigili e custodi di un paesaggio che fa parte del nostro vivere e non sono soltanto parentesi di una narrazione, spazi dove il nostro carattere si forma nella realtà e anche nel lungo cammino dell'immaginario.

Un paesaggio non è soltanto realtà. È anche sogno.



Giorgo Bona

Scrittore
Collaboratore
redazione di
Lavoro e Salute



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



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

associazionelapoderosa@gmail.com www.associazionelapoderosa.it



Seguici su: radiopoderosa.org

Ricordi di guerre passate (e future)



Dal 1940
all'Ucraina
invasa

Raffaello
Cortina
Editore,
Milano 2023

Il linguaggio belligerante e il diritto di dissentire

MATTEO PUCCIARELLI

**GUERRA
ALLA
GUERRA**

Guida alle idee e alle
pratiche del pacifismo italiano

Editori  Laterza

«Un libro
reportage per
raccontare
le storie e
i protagonisti
di un pensiero
critico, alto
e silenziato di
cui ci sarebbe
bisogno oggi
più che mai.»

Laterza
editrice

1 maggio 2023

*Giorno di libera uscita,
di riposo per molte/i
ma non per tutte/i,
dalla schiavitù,
dagli infortuni
o morte sul lavoro.
PS. Sono ammesse
parole di conflitto
ma domani si ritorna
nella condizione di ieri,
come concertazione
comanda*