

Medicina 231-232 Democratica

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

A 40 ANNI DEL CONVEGNO DI MEDICINA DEMOCRATICA
TENUTOSI A MILANO IL 20-21 GENNAIO 1976
VACCINI, SI QUANDO SERVONO, NO QUANDO SONO
L'IMPOSIZIONE DI UN PENSIERO UNICO

BIMESTRALE
N° 231-232 gennaio-aprile 2017

Autorizzazine del Tribunale
di Milano n° 23
del 19 gennaio 1977

Iscritta al Registro
Nazionale della Stampa
(Legge 58/81 n. 416, art. 11) il
30 ottobre 1985
al n° 8368317, foglio 657
ISSN 0391-3600

EDIZIONE:
Medicina Democratica
Movimento di Lotta
per la Salute - O.n.l.u.s.
Tel. 02-4984678
Fax 02-48014680
20100 Milano

REDAZIONE:
e-mail:
medicinademocratica@alice.it
Fax 0331-501792
Via Roma, 2
21053 - Castellanza (VA)

PER SOTTOSCRIZIONE
della quota associativa annua:
ordinaria € 35,00
sostenitrice € 50,00
e per le DONAZIONI
bonifico bancario
IBAN:
IT48U0558401708000000018273
presso la Banca Popolare di
Milano, oppure con **bollettino**
postale sul c/c 001016620211 inte-
stato a "**Medicina Democratica -**
O.N.L.U.S.", Milano, Via dei
Carracci 2, 20149
indicando la causale.

Spedizione postale

STAMPA:
MODEL GRAFICA DUE S.n.c.
Via De Gasperi, 27
20094 Corsico (MI)

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

Sede Nazionale e Sede Amministrativa Via dei Carracci, 2 - 20149 Milano

5 per 1000

E' possibile versare nella prossima dichiarazione dei redditi il 5 per mille dell'IRPEF all'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**", in breve "**Medicina Democratica - O.N.L.U.S.**". Come è noto, si tratta di un'associazione autogestita che opera senza fini di lucro attraverso il lavoro volontario e gratuito e le sottoscrizioni dei suoi associati e simpatizzanti, che non ha mai goduto e che non gode di finanziamenti nè diretti nè indiretti da parte di chicchessia.

Pertanto, se ne condividete l'operato e intendete sostenere le sue iniziative per affermare la Salute, la Sicurezza e l'Ambiente salubre in fabbrica, così come in ogni dove della società, nel rigoroso rispetto dei Diritti Umani e contro ogni forma di esclusione, emarginazione, discriminazione e razzismo. Vi chiediamo di indicare il numero di **Codice Fiscale 97349700159** dell'Associazione "**Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute O.N.L.U.S.**".

N.B. Si ricorda che la scelta del 5 per mille non sostituisce quella dell'8 per mille (dedicata, per esempio, al culto): le opzioni 5 per mille e 8 per mille si possono esprimere entrambe.

COMITATO DI REDAZIONE: Fulvio AURORA (*direttore responsabile*), Lino BALZA, Angelo BARACCA, Cesare BERMANI, Roberto BIANCHI, Sergio BOLOGNA, Marco CALDIROLI, Roberto CARRARA, Germano CASSINA, Carla CAVAGNA, Gianni CAVINATO, Maria Luisa CLEMENTI, Elisabeth COSANDEY, Angelo COVA, Fernando D'ANGELO, Piergiorgio DUCA, Rino ERMINI, Enzo FERRARA (*direttore*), Giorgio FORTI, Giorgio GALLEANO, Pietro e Sara GALLI (*grafici*), Maurizio LOSCHI, Dario MIEDICO, Marcello PALAGI, Barbara PERRONE, Roberto POLILLO, Maurizio PORTALURI, Chiara SASSO, Matteo SPREAFICO, Vito TOTIRE, Laura VALSECCHI, Bruno VITALE. **INOLTRE COLLABORANO E HANNO COLLABORATO A QUESTA RIVISTA:** Carlo ALBERGANTI, Giorgio ALBERTINALE, Beppe BANCHI, Giuseppe BLANCO, Mario BRAGA, Ferruccio BRUGNARO, Paolo BULETTI,

Roberto CARMINATI, Marco CERIANI, Massimo COZZA, Michele DE PASQUALE, Rossana DETTORI, Elisabetta DONINI, Antonino DRAGO, Walter FOSSATI, Cristina FRANCESCHI, Lidia FRANCESCHI, Ida GALLI, Valerio GENNARO, Patrizia GENTILINI, Maria Grazia GIANNICHEDA, Claudio GIORNO, Pietro GRILLAI, Luigi MARA, Giuseppe MARAZZINI, Maurizio MARCHI, Gilberto MARI, Gianni MATTIOLI, Bruno MEDICI, Claudio MEZZANZANICA, Alfredo MORABIA, Corrado MONTEFALCHESI, Celestino PANIZZA, Pietro PEROTTI, Agostino PIRELLA, Aris REBELLATO, Giuseppe REZZA, Franco RIGOSI, Marino RUZZENENTI, Aldo SACHERO, Nicola SCHINAIA, Anna SEGRE, Giovanni SERRAVALLE, Claudia SORLINI, Gianni TAMINO, Flavia TRIOZZI, Bruno THIEME, Enzo TIEZZI, Luca TRENTINI, Attilio ZINELLI. **IMPAGINAZIONE:** Giulia DEBBIA, Andrea PRAVETTONI, Stefano DEBBIA.

Vaccini, sì quando servono, no quando sono l'imposizione di un pensiero unico

a cura della Redazione

Il tema dei vaccini obbligatori è un nodo sensibile per diversi aspetti. Riguarda la efficacia e l'appropriatezza di un trattamento sanitario, il rapporto tra struttura sanitaria, medici di base e cittadini, il rispetto dei diritti (tanto più se minori di età). Il tema è oggi utilizzato per affermare un approccio assolutistico della medicina come unica salvezza, incontestabile e irraggiungibile dai "comuni mortali" ed in mano agli "specialisti". Anche l'utilizzo e l'amplificazione di qualunque diceria disponibile sul web deviano la discussione dalla direzione corretta: la critica "allo stato di cose presente" esige rigore e costruzione di un sapere popolare scientifico che non si improvvisa ma richiede impegno, costanza e una mentalità aperta.

Sono temi al centro del convegno a Firenze del 3 giugno in cui ci si interroga su temi come questi: "Possiamo accettare un futuro prossimo in cui in medicina ci sia un pensiero unico, dogmatico, di valore assoluto ed eterno che determini rigidi confini oltre i quali il pensiero, la riflessione, le idee, il confronto non potranno mai più spingersi? Possiamo accettare che in un futuro prossimo questo pensiero unico determini un'unica accezione della cura, all'interno della quale non sarà più possibile, né per i medici né per i pazienti, scegliere strade, approcci, medicinali che si discostino dagli "unici" che alla fine saranno "ammessi, permessi e concessi"? Uno scenario simile garantirebbe veramente il progresso della medicina, della tutela della salute del singolo e della collettività? E se chi prende decisioni in questo senso, o il contesto stesso entro il quale si decide, è portatore di qualcuno dei dilaganti conflitti di interesse che permeano ormai

in modo quasi capillare la ricerca medica e spesso la stessa pratica clinica, allora che si fa?"

L'obbligatorietà dei vaccini deriva dal riconoscimento di efficacia di questa profilassi per la salute pubblica. Essa non può e non deve mai diventare costrizione tanto più quando si correla la somministrazione di ben 12 vaccini all'esercizio di diritti costituzionali quali l'istruzione. Tanto meno si può estendere l'obbligatorietà senza motivazioni condivise sia per gli aspetti scientifici che per quelli sociali e individuali.

In questo siamo nettamente in disaccordo con quanto scrive l'Istituto Superiore di Sanità a conclusione di un comunicato del 18 maggio: "Alla luce delle precedenti considerazioni e del contesto specifico definito dall'andamento della copertura vaccinale in Italia, si sottolinea perciò il valore etico dell'atto vaccinale che oltre a rappresentare un diritto per la protezione della propria salute rappresenta anche un dovere di protezione nei confronti della popolazione più fragile ed è per questo che ogni misura che non preveda un rapido ritorno all'obbligo vaccinale, ad esempio sanzioni pecuniarie per i genitori che non intendono vaccinare i propri figli, non appare risolutiva per affrontare in modo efficace l'attuale drammatica situazione."

Su questa rivista abbiamo pubblicato, nel tempo, diversi contributi di Dario Miedico sul tema, sul numero 227/230 è riprodotto un intervento dell'ex procuratore Beniamino Deidda sugli aspetti normativi e di diritto.

La radiazione del Dr. Dario Miedico dall'Ordine dei Medici avvenuta a seguito della sua convocazione del 20 maggio 2017

e la presentazione del decreto legge “Lorenzin” (mentre scriviamo non ancora sulla Gazzetta Ufficiale) rappresentano una deriva pericolosa per la democrazia come per la credibilità della politica sanitaria nel nostro Paese.

Medicina Democratica si impegna a contrastare questa deriva sia sotto il profilo legale che con l’approfondimento scientifico, la diffusione delle idee e il confronto con le realtà di base autoorganizzate.

Riportiamo in sequenza il documento della Rete Sostenibilità e Salute, cui aderisce Medicina Democratica, la lettera all’Ordine dei Medici inviata dal Presidente di Medicina Democratica e una nota di Dario Miedico sulla sua vicenda.

VACCINI: UNA DISCUSSIONE OLTRE LE IDEOLOGIE – LA POSIZIONE DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE

Nella nostra società ci troviamo oggi di fronte a una vera battaglia sul tema delle vaccinazioni, in un contesto ideologizzato in cui sembra impossibile rimanere estranei agli schieramenti del tutto a favore o tutto contro “i vaccini” (“*pro-vax*” vs “*no-vax*”). Questo tema, che negli ultimi mesi è stato strumentalizzato anche in ambito politico, è diventato così delicato che anche chi tenta di esprimersi in maniera non ideologica o strumentale e con riferimento a prove scientifiche può purtroppo venire posizionato da una parte o dall’altra della barricata e posto sul banco degli accusati.

La Rete Sostenibilità e Salute, che al suo interno raccoglie oltre 25 associazioni (composte da medici, operatori sanitari e cittadini) che si occupano di salute da molto tempo, ritiene che per affrontare un tema complesso come quello dei vaccini sia necessario uscire dalla sfera ideologica e avviare una seria riflessione collettiva a partire dalle prove scientifiche disponibili e senza forzature. Di seguito presentiamo alcune considerazioni generali e un primo caso di concreta esemplificazione.

1. Da un punto di vista scientifico si dovrebbe evitare di proclamare verità “*absolute, incontrovertibili e definitive*” (ciò vale anche per scienze dure come la fisica). Da una prospettiva epistemologica è infatti considerato scientifico, a differenza degli enunciati della

fede, proprio solo ciò che in linea di principio è “*falsificabile*” (principio di falsificazione di Popper). In questa prospettiva un serio dibattito scientifico su qualsiasi tema, incluso quello dei vaccini, non solo è lecito ma è parte del processo dialettico di costruzione e ridefinizione della conoscenza scientifica.

2. Pur con l’ovvia adesione al concetto di “*vaccinazione*”, riteniamo tuttavia che non abbia senso discutere di “*vaccini*”, come qualcosa da “*prendere o lasciare*” in blocco. Ogni vaccino ha un peculiare profilo di efficacia, effetti collaterali, costi e va dunque valutato in modo specifico. In un dibattito scientifico non si potrebbe né asserire che tutti i vaccini esistenti abbiano prove altrettanto solide di efficacia, sicurezza e favorevole rapporto rischi e costi/benefici, né tanto meno il contrario. Dovrebbe invece essere possibile esprimersi su ogni singolo vaccino e su ogni strategia vaccinale, come si fa per farmaci differenti, sia pure accomunati da meccanismi d’azione simili.

3. È assodato che molti vaccini hanno rappresentato per la salute dell’Umanità un passo avanti enorme. Sono presenti contestualmente:

A) molti vaccini con forti/fortissime prove di effetti positivi a livello individuale e/o di comunità di gran lunga superiori ai possibili effetti negativi e con profilo di costo- efficacia molto favorevole.

B) Alcuni vaccini, o alcune strategie di implementazione, con importanti segnali di inappropriata se proposti a tutta la popolazione o in alcuni gruppi. Ci limiteremo a un solo esempio concreto (Scheda con allegati su vaccino antimeningococco B – disponibile su <http://www.medicinademocratica.org/wp/?p=4805>, ndr), perché vorremmo che in questa fase il dibattito scientifico potesse svolgersi in contesti scientifici appropriati, senza censure né sanzioni. Ciò eviterebbe sia strumentalizzazioni mediatiche che stanno compromettendo un suo civile svolgimento, sia di diffondere senza necessità nella popolazione dubbi che in sede scientifica possono trovare risposte esaurienti e, auspichiamo, consensuali.

C) anche vaccini collocabili in specifiche “*aree grigie*” meritevoli di ulteriori indagini, in cui le prove scientifiche a disposizione

non permettono di raggiungere conclusioni solide.

Nei casi rientranti nel punto A riteniamo fondamentale promuovere la vaccinazione, in quelli del gruppo B chiediamo di poter ridiscutere con argomentazioni scientifiche le strategie d'offerta del Piano Nazionale Vaccini/PNV. Anche nei casi di rilevante incertezza (gruppo C), pensiamo andrebbe fatta salva la possibilità di ciascuno di accedere alle relative vaccinazioni, a condizioni controllate dalla Sanità pubblica, come messo in atto con merito da più Regioni. Purché sia assicurato a chi chiede di effettuarle un consenso davvero informato, sui gradi di incertezza e sulla reale entità non solo dei benefici attesi, ma anche delle reazioni avverse rilevate negli studi registrativi randomizzati controllati e dalla farmacovigilanza attiva.

Nel nostro ordinamento il consenso informato a qualunque trattamento sanitario è il fondamento della liceità dell'attività sanitaria, e rappresenta un "*valore finale*" (valore in sé, di rango sovraordinato) indipendente dall'esito stesso dell'atto sanitario.

Vorremmo anche portare all'attenzione scientifica alcune "*aree grigie*" cruciali per la salute e la sicurezza della comunità e per la sostenibilità del nostro SSN, che meriterebbero di essere chiarite attraverso ricerche realizzate con supporto istituzionale, indipendenti da sponsor commerciali e con ricercatori senza conflitti di interesse.

4. In un'ottica sistemica e di medicina centrata sulla persona non è opportuno riferirsi solo alla popolazione generale, ma è necessario ragionare su specifici gruppi di popolazione. Vi sono, infatti, alcuni vaccini che hanno mostrato in studi randomizzati su esiti clinici maggiori prove convincenti di appropriatezza per alcuni gruppi di persone (es. il vaccino antinfluenzale negli anziani cardiopatici: Udell JA et al. JAMA. 2013;310:1711-20; Donzelli A e Battaglia A. Ricerca & Pratica 2014;30:1-12), o che potrebbero essere inappropriati in alcuni specifici gruppi (es. donne nel primo trimestre di gravidanza: Zerbo O et al. JAMA Pediatr 2017;171:1711-20 e Comment).

In relazione a quanto sopra, la Rete Sostenibilità e Salute ritiene urgente avviare un serio dibattito all'interno della comunità

scientifica sul tema dei vaccini, che consenta di superare contrapposizioni ideologiche e di presentare alla popolazione informazioni complete basate sulle migliori prove disponibili. Per ristabilire una relazione di fiducia tra comunità scientifica e cittadini è anche necessario che le informazioni fornite siano indipendenti da interessi commerciali.

Siamo convinti che si possa promuovere la salute, così come un'offerta vaccinale con altissima adesione, solo se la cittadinanza sarà informata in modo credibile e adeguato, e sarà attiva e consapevole.



In coerenza, riteniamo opportuno che il "*board*" per una legge nazionale intesa a rendere obbligatorie le vaccinazioni per iscriversi a scuola, attivato dall'Onorevole Gelli (<http://bit.ly/2pWmAL4>) con le maggiori Società scientifiche che si occupano di vaccini e il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, includa anche esperti indipendenti dalle Società scientifiche, liberi da potenziali conflitti di interesse, per affrontare nel contesto appropriato alcuni temi scientifici controversi.

Un'accelerazione su una legge nazionale che estenda l'obbligo a gran parte delle vaccinazioni incluse nel PNV sarebbe una forzatura se soffoca il confronto scientifico e gli indispensabili contributi che ne possono derivare. Ad eccezione della profilassi antimorbillo, per cui ha basi scientifiche puntare al 95% della copertura, per altri vaccini non si vedono al momento condizioni di emergenza né di urgenza tali da giustificare l'adozione di provvedimenti coercitivi. La

copertura necessaria è infatti inferiore al 95% per altri vaccini (e ovviamente irrilevante per l'antitetanica), come si può verificare da documenti dell'Istituto Superiore di Sanità – All. A e Andre FE et al, Bulletin of the WHO 2008;86:140-6.

Come RSS è stato avviato un gruppo di lavoro interdisciplinare per confrontarci in merito a importanti punti controversi, su cui non va impedito il dibattito della comunità scientifica.

Ne esemplifichiamo alcuni:

1) vaccini o aspetti connessi a singole vaccinazioni che si trovano tuttora nella sopraccitata “zona grigia”, meritevoli di ulteriore ricerca prima di considerarli oggetto di forte raccomandazione.

2) Iniziative per migliorare il sistema di sorveglianza post marketing per i farmaci in generale e i vaccini in particolare (partendo da esempi come quelli della Regione Veneto, che ha tassi di segnalazione di reazioni avverse 25-28 volte maggiori di quelli della media delle altre Regioni – v. <http://bit.ly/2rf7V1Z> pag. 21).

3) Durata dell'immunità. Non tutti i vaccini proteggono “a vita”, per non pochi la protezione è solo di alcuni anni come ammette il PNV, che chiede ad es.:

- una rivaccinazione annuale antinfluenzale per tutti dai 50 anni;

- richiami ravvicinati fino a 18 anni per vaccini anti difterite, tetano, pertosse e poliomielite, poi rivaccinazioni decennali universali per le prime tre;

- o come il documento congiunto SIF, SItI, SIP, FIMMG, FIMP, che auspica già una rivaccinazione antipertosse ogni cinque anni per gli operatori sanitari a contatto con il neonato, perché “*dati recenti indicano che alcuni soggetti possono essere ritornati allo stato di suscettibilità dopo alcuni anni*”. L'implicazione è che i bambini sono già circondati da soggetti esposti ad es. alla pertosse, a partire da chi li accompagna/preleva dalla scuola.

Ciò implica che alcune strategie di implementazione andrebbero ripensate in un'ottica di lungo periodo, per evitare che per alcune malattie si sposti solo l'età di trasmissione, con rischi potenzialmente più seri per anziani e malati cronici.

4) Collocare i vaccini nel più ampio conte-

sto delle politiche di prevenzione. Dato che, a livello sistemico, le malattie infettive si manifestano per l'interazione tra un agente infettante, un ospite (e le sue difese) e un ambiente, la prevenzione dovrebbe intervenire sulle tre componenti. In quest'ottica bisognerebbe darsi priorità sia tra le vaccinazioni, sia nell'insieme degli interventi preventivi: non si possono usare “*tutti i vaccini disponibili*” e trascurare ad es. gli interventi sugli stili di vita con grande e documentata efficacia nel ridurre sia morbosità e mortalità per malattie infettive, sia malattie croniche e mortalità generale.

5) Non ci risultano prove comparative che la coercizione ottenga risultati migliori di altre misure di informazione credibile e ricerca del consenso e responsabilizzazione sociale [in Italia il Veneto ha tassi di copertura molto soddisfacenti (Bollettino SItI Campania 17-5-17), pur avendo sospeso l'obbligo dal 2008, fatta salva un'immediata reintroduzione in caso di necessità]. Una revisione sistematica (Ames HMR et al. Cochrane review 2017 <http://bit.ly/2q6klcq>) conclude che i genitori vogliono informazioni bilanciate su benefici e rischi, imparziali, chiare e specifiche per specifiche esigenze informative (gli esitanti desiderano più informazione).

Prima di generalizzare ed estendere misure obbligatorie, generando uno stato di allarme collettivo, sarebbe opportuno (e corretta applicazione di un metodo scientifico) valutare i risultati comparativi tra Regioni che hanno o no vincolato la frequenza scolastica all'esecuzione di vaccinazioni, fatta salva la possibilità di considerare la reintroduzione dell'obbligo in realtà locali dove il monitoraggio mostrasse discesa dei tassi di copertura ai livelli sopra indicati nell'All. A.

Bologna, 29 Maggio 2017

Associazioni firmatarie:

Associazione Dedalo 97; Associazione Frantz Fanon; Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia; Associazione per la Decrescita; Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale; Associazione Scientifica Andria; Centro Salute Internazionale-Università di Bologna; GDL Diritti Umani Psicologi del Piemonte; Italia che Cambia; Medicina Democratica ONLUS; Movimento per la

Decrescita Felice; No Grazie Pago Io; Osservatorio Italiano sulla Salute Globale; Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca; People's Health Movement; Psichiatria Democratica; Rete Arte e Medicina; Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina; Segretariato Italiano Studenti in Medicina, SISM; Società Italiana Medicina Psicosomatica; Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, SIQuAS; Slow Food Italia; Slow Medicine; Vivere sostenibile; Giù le Mani dai Bambini ONLUS (l'organizzazione – pur non avendo sollevato obiezioni nel merito del documento – si è astenuta sul punto, in quanto l'argomento trattato esula dai suoi scopi statuari)

LE VACCINAZIONI, COME OGNI TRATTAMENTO SANITARIO, DEVONO ESSERE RACCOMANDATE SOLO SE DI DOCUMENTATA EFFICACIA. ANCHE IN AMBITO VACCINALE FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE INFORMATA DEGLI UTENTI È IL MODO PIÙ EFFICACE PER PROMUOVERE LA SALUTE.

Al Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Milano
Dott. Carlo Rossi

Il dottor Dario Miedico, tra i fondatori di Medicina Democratica, è sottoposto a procedimento disciplinare dell'Ordine dei Medici di Milano *“Per aver gettato discredito sulle terapie vaccinali e propalato in maniera censurabile, scorretta, scarsamente scientifica e poco professionale i nocuenti derivanti dalle vaccinazioni dell'infanzia, senza però evidenziarne i prevalenti vantaggi”*.

Le vaccinazioni, da tema di confronto scientifico sono diventate argomento di confronto ideologico fra chi vorrebbe estendere la pratica (così come in passato quella della diagnosi precoce) e chi, sottolineandone i rischi, richiede che venga decisa solo alla luce di solide evidenze di costo/efficacia e lasciando al giudizio clinico del singolo medico la valutazione di quando e se raccomandarla al proprio paziente. Medicina Democratica denuncia come anacronistico ritorno alla medicina paternalistica ed autoritaria il tentativo di imporre interventi sanitari per i quali le evidenze scientifiche sono

controverse, come dimostra anche la varietà di normative europee vigenti, arrivando alla costrizione con il divieto di frequenza scolastica per i non vaccinati, già eliminato con il DPR 355/1999. Denuncia altresì la volontà di reprimere il dibattito scientifico e richiama alla cautela nel formulare affermazioni sulla sicurezza e efficacia di tutti i vaccini proposti dalle case farmaceutiche.

Non risulta che il dottor Miedico abbia screditato le vaccinazioni obbligatorie in Italia ma che solo abbia espresso perplessità sul profilo di sicurezza e di efficacia di vaccinazioni somministrate in qualsiasi condizio-



ne, anche non accuratamente valutata, del soggetto da vaccinare. Modalità critica che gli ha fatto riconoscere dal giudice, in più occasioni, il risarcimento danni per vittime di effetti avversi, avendo dimostrato in sede giudiziaria, da medico legale, la fondatezza della esistenza di una relazione causale (legge 210/1992). Infatti la vaccinazione, come ogni pratica sanitaria, comporta eventi avversi insieme a benefici. Da qui la necessità di valutare il bilancio fra costi e benefici per il singolo, che contrasta con l'imposizione di un piano vaccinale come quello recentemente deciso dal ministero, che ha sollevato dubbi di opportunità da parte di molti medici e ricercatori.

Non dubitiamo che il Dottor Miedico saprà motivare le opinioni critiche espresse in diverse occasioni pubbliche e che non perderà occasione per denunciare come la sottosegnalazione dei medici curanti degli episodi interpretabili come reazioni avverse alla vaccinazione, non diversamente da quella di

reazioni avverse da farmaci o di sospette malattie professionali, favorisca la sottovalutazione dell'entità e della frequenza dei danni da vaccinazione. Una malpratica questa che dovrebbe trovare risposta nella raccomandazione dell'Ordine ai propri iscritti a non venir meno alla responsabilità di far funzionare la sorveglianza sanitaria a tutela degli utenti (per una evidenza della sottostima si vedano, ad esempio, i dati della regione Veneto, confrontati con quelli di tutte le altre regioni italiane).

L'estensione della pratica vaccinale al di là di ciò che è di documentata efficacia è, tra l'altro, un frutto avvelenato del conflitto di interessi che, oscurando i dubbi sulla innocuità, intende promuovere gli interessi commerciali dei produttori. Per dissipare i sospetti riteniamo che, invece di appoggiare il piano del ministero, gli ordini professionali dovrebbero, nel rispetto della dignità professionale e della evidenza scientifica, farsi promotori del dibattito aperto a tutte le parti interessate, senza escludere i rappresentanti degli utenti. Solo così si potranno confrontare le diverse opinioni e, pesando le evidenze, dare risposte autorevoli e non autoritarie alle voci critiche espresse dalla comunità scientifica, riconoscendo che la responsabilità professionale del medico è nei confronti del singolo paziente prima ancora che nei confronti della società.

Medicina Democratica auspica che nei confronti del dottor Dario Miedico sia escluso qualunque provvedimento sanzionatorio e che venga fatto ogni sforzo per promuovere il dibattito, nella consapevolezza che solo la partecipazione informata degli utenti e la promozione di buone condizioni igienico sanitarie di vita e di lavoro serve, prima e più di ogni vaccinazione, a prevenire epidemie che, peraltro, non risultano in atto.

Il Presidente di Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute Onlus
Piergiorgio Duca (13.05.2017)

EMERGENZA VACCINAZIONI? NO! EMERGENZA DEMOCRAZIA.

Dopo pochi mesi dall'aver ricevuto da parte dell'Ordine dei Medici di Milano la Medaglia per il raggiungimento dei 50 anni di iscrizione all'Ordine, il sottoscritto si è visto recapitare in sequenza prima l'invito a

comparire il 27/1/17 dinanzi al presidente dell'Ordine stesso per chiarimenti riguardo le proprie posizioni in merito alle vaccinazioni e, tre mesi dopo, la comunicazione di un vero e proprio avvio di procedimento disciplinare a causa delle stesse.

In realtà da ben quarant'anni espongo le mie posizioni critiche sulle modalità e sulla quantità di vaccinazioni che vengono imposte in Italia a bimbi di tenerissima età, non solo in centinaia di conferenze, dibattiti, articoli, ma anche in decine e decine di relazioni quale CTP a favore di altrettante famiglie i cui componenti, in modo spesso gravissimo, sono stati colpiti da patologie manifestatesi poco dopo una vaccinazione e che io non ho avuto difficoltà a definire "*reazioni avverse*", argomentazioni che in diversi casi sono state riconosciute tali anche dalle successive sentenze formulate sulla base della Legge 210/92.

Non varrebbe la pena di commentare un tal comportamento, che qualche studioso di psichiatria potrebbe ritenere "*interessante*" sotto il profilo clinico, se non fosse che questo episodio si inserisce in un contesto che, curiosamente, coincide con il momento in cui l'Italia, sotto l'egida dell'OMS, è stata nominata capofila delle politiche vaccinali di più di 40 paesi del mondo.

Il problema è che questo ruolo, sicuramente interessante e meritevole di investimenti di ogni sorta, invece di essere svolto con una attenzione particolare verso quei luoghi del mondo dove effettivamente situazioni di denutrizione, inquinamento, estrema povertà, scarso accesso ai farmaci e altre condizioni particolari quali guerre in corso, carestie e sottosviluppo endemico creano le condizioni ottimali per uno sviluppo epidemico di patologie infettive, che in altri luoghi, non così svantaggiati, non assumono questa caratteristica, è stato rivolto verso l'interno del paese, laddove invece i livelli di igiene e salute e copertura vaccinale sono alti, ed inoltre le cure a disposizione sono immediatamente disponibili e talune di queste patologie sono scomparse da decenni.

Ma l'aspetto maggiormente preoccupante è che la metodologia assunta pare essere solamente l'esempio, e per dimostrare al resto del mondo la capacità di aumentare ulte-

riormente nel nostro paese i livelli di copertura vaccinale, invece di utilizzare strumenti di informazione e convinzione vengono applicati metodi coercitivi per la popolazione e repressivi nei confronti dei medici dissenzienti.

Il documento della FNOMCEO del luglio 2016 sulle vaccinazioni (<https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntoT?id=149850>), innanzitutto, ma anche il programma vaccinale 2016/2018, che dal dr. Vittorio Demicheli della Cochrane Collaboration Vaccines Field (http://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-27/piano-nazionale-vaccini-cura-trasparenza-contro-teoria-complotto-093236.php?uuid=ACwmW3NB&refresh_ce=1) è stato definito una fotocopia dei desideri della grande industria farmaceutica, nonché una serie di leggi regionali che impongono l'esibizione dell'attestato di vaccinazione, alcune addirittura anche per le vaccinazioni facoltative, per poter far accedere ai nidi e alle scuole materne i minori, e non ultima la radiazione del dr. Gava, cui potrebbe far seguito quella del sottoscritto, dimostrano quanto sopra affermato.

Non v'è chi non veda che la discussione, a questo punto, non è più, sempre che lo sia mai stata, sulle vaccinazioni, sulla loro indubbia utilità ma in condizioni che le richiedano, sulla possibilità di reazioni avverse, conosciute ed anche attese se vi è una legge che prevede uno specifico risarcimento per coloro che ne sono vittime, sull'opportunità di aumentare o diminuire quelle obbligatorie (alcuni paesi europei non ne prevedono alcuna forzata), ma si è spostata sulla eliminazione dei diritti: quello delle famiglie a poter scegliere se accettare o meno la proposta vaccinale senza subire ricatti, quello dei medici di poter esprimere il proprio convincimento in merito senza venire sanzionati o radiati, quello dei media a fare informazione a 360 gradi senza vedersi censurare i programmi TV o gli articoli, quello delle associazioni a poter organizzare discussioni e proiezioni pubbliche senza essere ostacolati in ogni modo.

In realtà questa falsa contrapposizione che trasforma una discussione in una contrapposizione tra tifoserie è puramente mediatica, poiché la scienza sa benissimo che quan-

do i meccanismi di un processo di interazione tra un farmaco (e tra questi i vaccini) ed il corpo umano ricevente non sono ancora adeguatamente conosciuti è necessario ricorrere ad ulteriori studi, che si appoggiano anche alla statistica ed all'epidemiologia, studi che porteranno inevitabilmente a risultati anche apparentemente in contraddizione fra loro, ma che in realtà sono complementari perché approfondiscono situazioni specifiche a dimostrazione che la reazione di un organismo può essere diversa da quella di altri, perché non solo non siamo tutti uguali ma anche specifiche condizioni



del momento possono portare a risultati opposti.

Basti pensare, ad esempio, che non tutti coloro che fumano si ammaleranno di cancro, che talune terapie su alcuni hanno un effetto e su altri no, così come altre producono solo in una limitata percentuale di pazienti effetti collaterali.

Di tutto ciò gli scienziati (ed i medici tra loro) ne sono perfettamente consapevoli, e proprio per questo la percentuale di coloro che si vaccinano tra gli addetti ai lavori è estremamente bassa (http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2016/10/13/vaccino-contro-influenza-medici-non-fanno_UVQtbD3q1M53w0hEWKhSbJ.html), mentre la classe politica sembra l'unica a non accorgersene.

Non posso quindi che richiamare integralmente quanto già scritto al Presidente dell'Ordine dei Medici di Milano dr. Carlo Rossi in data 20/1/17, ribadendo che la mia presenza al l'incontro del 20 maggio p.v.

sarà dovuta al rispetto che porto a tutti i Colleghi, ma che rifiuterò di partecipare nel ruolo di vittima sacrificale ad un processo che, non avendo io causato danno ad alcun paziente ed essendo basato solamente sulle mie convinzioni, non può non riportare alla mente i roghi dell'inquisizione che ritenevo sepolti dal tempo.

Contemporaneamente non posso rinunciare a rilevare che, alla mia età (76 anni) qualunque provvedimento disciplinare sarà

inefficace e quindi esclusivamente simbolico, ma la riduzione dei diritti che sta colpendo tutti è ben più preoccupante e non può non allarmare chiunque abbia a cuore i valori in base ai quali, oltre settant'anni fa, venne varata la nostra Costituzione Antifascista, costruita col sacrificio di migliaia di vite.

Dr. Dario Miedico

Milano, 5 maggio 2017





Sommario

NOTE A MARGINE

Vaccini, si quando servono, no quando sono l'imposizione di un pensiero unico a cura della Redazione 1

IL SESTANTE

di Enzo FERRARA e Marco CALDIROLI 11

ATTI CONVEGNO APERTO

- Milano 20-21 gennaio 2017. Medicina Democratica a 40 anni dal suo primo Congresso (1976 Bologna) promuove un'iniziativa al fine di affermare il diritto alla salute.

Note introduttive di Piergiorgio DUCA 17

L'eredità di Luigi Mara a quarant'anni dalla fondazione di Medicina Democratica di Laura MARA 19

Dritto alla salute nei luoghi di lavoro: vecchie nuove malattie professionali di Gino CARPENTIERO 25

La soggettività operaia e la non delega, un modello da aggiornare o una memoria storica? a cura del Centro per la Salute G.A Maccacaro 29

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: normativa e prospettiva di lotta di Marco SPEZIA 33

Le proposte di AIBeL sullo stress lavoro correlato e sulle vessazioni sul lavoro di Enzo CORDARO 39

Introduzione del reato di vessazioni sul lavoro nell'ordinamento giuridico di Alessandro ROMBOLA' 47

Ma l'Inail è ancora utile ai lavoratori? di Maurizio LOSCHI 57

I servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, ieri e oggi di Fulvio AURORA 61

Due riforme decisive e una iniziativa strategica per la Sanità italiana a cura di Alberto DONZELLI 65

Quarant'anni dopo: dove stiamo andando? di Rossana BECARELLI 73

Il parto: necessità di una rivoluzione culturale di Barbara GRANDI 76

Le reti per la difesa e l'affermazione del Servizio Sanitario Nazionale di Jean Louis ALLION 81

Per il quarantesimo di Medicina Democratica di Paolo FIERRO 87

Sintesi finale idel gruppo di lavoro "Salute della Donna" a cura di Elisabeth COSANDEY 91

Intervento del gruppo di lavoro "Disabilità Cronicità" a cura di Laura VALSECCHI 93

Quarant'anni di lotte per Medicina Democratica, Reti nazionali ed europee per il diritto alla salute di Maurizio LOSCHI 97

CONTRIBUTI

I voti e le bocciature fanno male agli studenti e alla scuola di Franco LORENZONI 103

LETTURE

Servizio Sanitario Nazionale: SOS dall'Inghilterra. Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo di Maria Luisa SARTOR 107

Alcune caratteristiche dei viventi che servono a differenziarli, delle quali tener conto di Giorgio FORTI 111

RUBRICA

Scuola e società, di Rino ERMINI 99

il sestante il sestante il sestante

IL RICONOSCIMENTO DELLE RESPONSABILITÀ DI TRENITALIA, RFI E DELLA FILIERA DELLE MANUTENZIONI UN PRIMO PASSO DI GIUSTIZIA PER VIAREGGIO. MAC ZERO O ESPOSIZIONE "CONTROLLATA" NELLE INIZIATIVE UE E DEI SINDACATI RITORNA QUESTO FINITO DILEMMA. ETERNIT CONDANATA IN BELGIO E IN BRASILE. COMBUSTIBILE SOLIDO SECONDARIO PER TUTTI, LE VICENDE DI TRE CEMENTIFICI. UNA LETTERA DA BRESCIA SU "ABORTO E POLITICA"

LA SENTENZA DI PRIMO GRADO PER IL CRIMINE FERROVIARIO DI VIAREGGIO

Medicina Democratica ha partecipato a tutte le fasi del processo relativo al crimine ferroviario di Viareggio del 29.06.2009 contribuendo all'accertamento della verità anche tecnicamente con diverse relazioni tecniche (una di queste verrà pubblicata in estratto nel prossimo numero).

La sentenza del 31.01.2017 è importante perché riconosce – al di là della entità delle condanne – la filiera intera delle responsabilità dell'accaduto, da Trenitalia e RFI Spa alla GATX Rail alla Officine Jugenthal Waggon, dalle carenze delle rete ferroviaria e le relative inadeguate misure di sicurezza alle carenze della manutenzione dei carri ferroviari adibiti al trasporto di sostanze pericolose.

Riportiamo il comunicato del 1.02.2017 de Il Mondo che Vorrei "L'Associazione Il Mondo che Vorrei ONLUS ringrazia sentitamente la moltitudine di persone che ieri, come in tutti questi anni, è stata al nostro fianco. Una valutazione definitiva potremo averla solo dopo la lettura delle motivazioni che hanno determinato questa sentenza.

A poche ore dalla lettura del dispositivo, possiamo dire che il sistema ferroviario del trasporto merci pericolose, tanto in Italia quanto in Europa, è stato riconosciuto responsabile dalle gravissime inadempienze ed omissioni. La sentenza ha, inoltre, sancito che i vertici delle Società condannate avevano poteri e mezzi per intervenire e, non avendolo fatto, hanno causato la morte di 32 persone tra cui bambini e ragazze che stavano riposando nelle proprie abitazioni.

La condanna, infatti, è avvenuta principalmente per "disastro ferroviario" e "omicidio colposo plurimo aggravato". Oggi, con la sentenza di 1° grado si chiude una prima fase, ma la nostra battaglia continua., in primis con la revisione dell'istituto della prescrizione.

Nello specifico chiediamo ai condannati di rinunciare alla prescrizione, nell'interesse della ricerca della verità. Alla politica chiediamo, oltre alle immediate dimissioni dalle cariche di Stato, un intervento per annullare tutte le onorificenze del cav. del lavoro ing. Moretti e l'incarico a Margarita, oggi a dirigere l'Agenzia nazionale per la sicurezza ferroviaria (Ansf).

Invitiamo cittadini e cittadine a starci ancora vicino ed useremo

tutte le nostre energie e forze per ricorrere in Appello affinché la qualità di questa sentenza corrisponda alle richieste quantitative e qualitative della stessa Procura."

Medicina Democratica rimarrà vicina alle realtà autoorganizzate di Viareggio per la conferma delle responsabilità accertate e per un drastico cambio nella politica del trasporto ferroviario (e su gomma) delle sostanze pericolose come pure sulla modifica della prescrizione appoggiando la proposta del senatore Casson.

CANCEROGENI PROFESSIONALI, HANNO SENSO INIZIATIVE PER DEFINIRE DEI LIMITI DI ESPOSIZIONE ?

Il tema della "accettabilità" di un limite di esposizione a sostanze cancerogene, in ambito professionale come in ambito generale, tiene occupati scienziati, legislatori e movimenti da anni. Medicina Democratica si è sempre espressa chiaramente sull'argomento riprendendo il pensiero di Maccacaro: "c'è solo un MAC scientificamente accettabile ed è quello zero", tema ripreso dall'OMS e dallo IARC secondo cui non vi è un livello di esposizione a un cancerogeno al di sotto del quale si possa dire che

non vi sia rischio per l'uomo.

La discussione conseguente (e attuale) contestava tali affermazioni, al di là della solidità scientifica delle posizioni contrarie, l'effetto concreto è stato quello di rinviare per decenni interventi preventivi risolutivi che avrebbero risparmiato molte vite umane (come nei casi più noti delle ammine aromatiche e dell'amianto). Se per questi due gruppi di sostanze è ormai innegabile l'effetto positivo della eliminazione dalle produzioni e dal consumo, per altre sostanze la strada appare ancora lunga (benzene, cloruro di vinile monomero, formaldeide, cromo esavalente, nickel per ricordarne alcune).

La attuale cornice della discussione sul MAC Zero per i cancerogeni è quella della attuazione dei regolamenti europei sulle sostanze chimiche (REACH) e sulla etichettatura delle sostanze pericolose (CLP).

Inoltre, recependo le normative europee sulla sicurezza sul lavoro sono stati introdotti anche in Italia dei limiti di esposizione (attualmente per circa 150) per sostanze pericolose e per alcuni agenti cancerogeni e mutageni (benzene, cloruro di vinile monomero, polveri di legno duro, amianto).

La proposta di direttiva del 10.01.2017 intende modificare la vigente direttiva sui cancerogeni professionali per introdurre 8 limiti per altrettante sostanze (tra cui il tricloroetilene – trielina, l'epicloridrina, l'etilene dibromuro e l'etilene dicloruro).

Nello stesso periodo i sindacati europei hanno presentato uno studio (redatto dall'European Trade Union Institute) in cui si propone la fissazione di limiti per 50 cancerogeni, scelti per quantità e modalità di utilizzo che interesserebbero l'80 % dei lavoratori esposti a cancerogeni (un numero stimato, per i

paesi appartenenti alla UE, in ben 42 milioni).

Una esposizione che determina (stime al 2014) il 53 % delle morti lavoro-correlate in tutta la UE (102.500 morti l'anno in Europa, in Italia pari a 10.609 decessi), se l'amianto è ancora il principale fattore di morte (non solo per lavoratori, si stimano per l'UE decessi annuali per mesotelioma non professionali pari a circa 4.300 e altri 36.500 decessi per tumore al polmone asbesto-correlati) anche altre sostanze meritano attenzione come gli olii minerali, i fumi della combustione del gasolio, la silice, le radiazioni solari, il cromo e il piombo, gli idrocarburi policiclici aromatici, il tetracloroetilene, le polveri di legno duro, la formaldeide e le fibre di vetro.

Anche se lo studio sindacale parte dall'obiettivo di voler proteggere i lavoratori dei paesi ove le tutele sono meno forti e quindi spingere per interventi di miglioramento, nei paesi più avanzati una tale iniziativa rischia di inserire *“un limite in più”* rispetto a quelli esistenti e di fornire un alibi alle aziende (anche in sede processuale) per non intervenire per la sostituzione con sostanze meno pericolose o rendere completamente chiusi i cicli produttivi.

Viceversa quello che sarebbe necessario è una unione di tutte le forze europee per la rivendicazione del MAC Zero per le sostanze cancerogene (mutagene e teratogene) anche utilizzando quanto previsto nelle norme ed in particolare nel regolamento REACH.

Se le lobbies industriali frenano e i tecnocrati europei se la prendono con calma solo la pressione dal basso può spostare l'iniziativa nell'interesse dei lavoratori e delle popolazioni esposte.

LA FORMALDEIDE UN CASO CONCRETO DI DIREZIONE ERRATA

La situazione della formaldeide è un caso concreto di un effetto *“ridotto”* della applicazione delle normative sulla sicurezza lavorativa e ambientale una volta riconosciute le proprietà cancerogene, anche per effetto della introduzione di un limite soglia *“accettabile”* di esposizione.

La formaldeide è cancerogena nei paesi UE dal gennaio 2016 (per l'Istituto di ricerche sul cancro – IARC lo è da decenni) e ora si pone il problema di *“adeguare”* la normativa italiana sia per quanto riguarda gli aspetti ambientali (emissioni) che di esposizione dei lavoratori e delle popolazioni.

Si tenga conto che la formaldeide, per le sue caratteristiche chimico-fisiche, è una sostanza di largo uso e in filiere differenti (pannello di legno, produzione di resine come l'urea-formaldeide, melamina-formaldeide e fenolo-formaldeide, intermedio nella produzione di disinfettanti, pesticidi e cosmetici, nella concia della pelle e nel tessile come finissaggio anti piega, in sanità per la conservazione dei campioni).

Tra questi impieghi segnaliamo quello del pannello di legno che vede anche una *“formaldeide valley”* sul Po, in provincia di Mantova (con impianti di diverse società a Viadana, Sustinente, Pomponesco di cui si è già parlato nel numero 189/190 del gennaio-aprile 2010), alimentata anche dalle attività di recupero dei rifiuti in legno.

Se ne è discusso recentemente in un affollato incontro pubblico a Pomponesco (MN), territorio nel quale due indagini epidemiologiche negli anni scorsi hanno evidenziato l'effetto negativo sulla salute, in particolare dei bambini,

dell'esposizione ambientale da formaldeide. Da questo incontro sono emersi alcuni aspetti tra i quali i seguenti. La necessità di un urgente adeguamento dei limiti emissivi in atmosfera (dai 20 mg/Nmc oggi previsti dalla normativa nazionale, ai 5 mg/Nmc applicabili per il cambio di classificazione della sostanza, al 1 mg/Nmc quale obiettivo ottenibile con l'applicazione delle migliori tecnologie disponibili). La necessità di obbligare le aziende a valutare quale cancerogena la sostanza adeguando le misure protettive per i lavoratori. Sotto questo aspetto emerge un atto della Regione Lombardia che, in carenza di indicazioni nazionali, propone un "limite" di esposizione oltre il quale scatterebbe l'obbligo di riconoscimento dell'esposizione lavorativa (con la conseguente registrazione degli esposti). Questa soglia è pari a 369 microg/mc (corrispondente al limite professionale proposto dalla ACGIH, l'associazione privata degli igienisti USA), un limite comunque alto e ben poco "protettivo". Basti pensare che finora l'approccio regionale ai cancerogeni è stato il riconoscimento della esposizione lavorativa ove superata la soglia "di fondo" dell'esposizione generale (es. limiti di qualità dell'aria). Una soglia che, dalle conoscenze attuali, si pone tra i 10 e i 40 microg/mc (esposizione ambientale outdoor e indoor) e i 100 microg/mc quale valore guida di "picco" proposto dall'OMS per l'atmosfera.

Il MAC verrebbe quindi utilizzato per distinguere tra esposizione e non esposizione professionale. Una chiara applicazione distorta e fuorviante (ma intrinseca) del vano tentativo di fissare limiti per i cancerogeni con la finalità di migliorare la protezione (e la prevenzione?) dei lavoratori.

Vi è sicuramente un'altra strada che

passa dalla iniziativa dei lavoratori per pretendere una seria valutazione (che include per legge anche la verifica della sostituibilità del cancerogeno) e quindi efficaci misure per la riduzione della esposizione e un percorso per il bando della sostanza, da sostenere con la ricerca dei sostituti come pure - nella necessità di un intervento a livello europeo - per far inserire la sostanza tra quelle dell'allegato XIV del regolamento REACH ovvero nella lista delle sostanze sotto "controllo



speciale", che vanno autorizzate e verificare periodicamente e sulle quali si possono adottare restrizioni importanti fino alla loro esclusione dalla produzione e dall'utilizzo. Azione dei lavoratori e delle popolazioni e azione verso le imprese, le istituzioni locali e le istituzioni europee per affermare il diritto alla salute.

UNA LETTERA DALLA SEZIONE DI BRESCIA SU "ABORTO E POLITICA"

Riportiamo integralmente una lettera inviata a Brescia Oggi in risposta a un intervento sullo stesso giornale di Fabio Rolfi, Presidente della Commissione Sanità della Regione Lombardia. Nel testo di quest'ultimo si difende a spada tratta l'obiezione di coscienza prevista dalla Legge 194 e si accusa la legge, sia per le interruzioni di gravidanza che per le pratiche contraccettive

("pillola del giorno dopo"), quale fattore decisivo del "vertiginoso calo demografico che stiamo vivendo, che costituisce il principale problema sociale del futuro, tema che andrebbe affrontato seriamente, al netto di soluzioni strampalate che tirano in ballo le migrazioni economiche e ignorano completamente l'importantissimo aspettato identitario legato al territorio e alle nostre comunità. Inutile girarci attorno: servono più figli e bisogna mettere in atto politiche di supporto ed incentivo verso la maternità.

Le donne vanno aiutate a mettere al mondo bambini, anche in situazioni difficili, non incentivate a scelte opposte". L'intervento si conclude lodando le iniziative di supporto (economico) messe in campo dalla Regione.

Così argomenta la sezione di Medicina Democratica di Brescia.

Caro direttore,

le scriviamo in merito alla lettera pubblicata oggi su aborto e politica, a firma di Fabio Rolfi, chiedendole di rilevare alcuni errori a vantaggio della corretta informazione.

E' sbagliato dire che la Regione Lazio ha autorizzato la somministrazione della pillola del giorno dopo in ambito consultoriale. La contraccettione di emergenza (pillola del giorno dopo e pillola dei 5 giorni dopo) è dal 2015 in libera vendita nelle farmacie senza ricetta, trattandosi di metodi contraccettivi senza rischi per la salute e non abortivi. Forse il Presidente Rolfi intendeva riferirsi alla sperimentazione dell'aborto farmacologico (RU486 e poi prostaglandine) in alcuni consultori laziali 'adeguatamente attrezzati e funzionalmente collegati agli ospedali', come recita l'articolo 8 della legge 194/78 e quindi non in contrasto con la stessa.

L'altro errore è ancora più grave perchè è riferito a norme regionali

che Rolfi (Presidente Commissione Sanità) dovrebbe conoscere.

Il fondo NASKO (con il K), attribuito alle donne che richiedevano l'aborto e poi rinunciavano, non è stato mantenuto ma è stato sostituito nel 2016 dal fondo per Bonus Famiglia, attribuito in base a criteri di fragilità sociale e non più legato alla rinuncia dell'aborto.

Sicuramente un passo avanti, di cui Rolfi non si è accorto.

Riconosciamo che questi fondi hanno dato un piccolo contributo benedetto ad alcune famiglie in grande difficoltà in occasione di una nuova gravidanza, pur senza cambiare la loro situazione sociale. Ma sosteniamo da tempo che, se vuole davvero ridurre le interruzioni di gravidanza, la Regione Lombardia deve togliere l'odioso ticket sulla prestazioni consultoriale e sulla contraccezione in particolare.

I discorsi sulla natalità non possono prescindere dal diritto alla procreazione responsabile di donne e uomini informati e in grado di scegliere se e quando avere figli.

I consultori possono fare un ottimo lavoro se vengono messi nelle migliori condizioni per operare. La politica faccia la sua parte migliorando occupazione e reddito.

Pietro Puzzi, Giusi Bulgarini, Luciano Pedrazzani, Medicina Democratica Brescia

CEMENTIFICI QUALI IMPIANTI DI COINCENERIMENTO DI RIFIUTI, LE INIZIATIVE DILAGANO

Nel numero 219/221 siamo stati facili profeti nell'evidenziare che le diverse facilitazioni normative (tra "sbloccaitalia" e il decreto 22/2013 che con una bacchetta magica trasforma rifiuti in combustibili) avrebbero riattivato la pratica del coincenerimento dei rifiuti nei cementifici.

Parliamo di tre casi recenti tra i diversi in corso.

A Calusco d'Adda (BG) l'Italcementi chiede l'incremento della quantità di rifiuti (di genere vario) da avviare a combustione (da 30.000 t/a a 110.000 t/a), la procedura di VIA è in corso dal luglio 2014 e il comitato locale è riuscito a contrastarlo facendo anche naufragare un "protocollo d'accordo" tra azienda e comuni (immemori del fallimento del precedente) e rilanciando invece la tutela ambientale richiedendo e ottenendo l'effettuazione di una indagine epidemiologica (l'azienda è sulla difensiva e ha fatto ricorso al TAR contro questa decisione).

A Tavernola Bergamasca (BG) la Sacci Cementir insiste da quasi venti anni a voler bruciare prima CDR (combustibile da rifiuti) oggi CSS (combustibile solido secondario) qualificato come combustibile, negando la necessità di una preventiva procedura di Valutazione di impatto ambientale e chiedendo una semplice modifica d'ufficio della autorizzazione vigente. L'azienda non è finora riuscita ad ottenere quanto richiesto grazie alla costante azione di resistenza della popolazione autoorganizzata (e negli ultimi anni dalla amministrazione comunale). L'iniziativa della società è tuttora in corso ma non è affatto scontato che riesca, nel frattempo dovranno essere comunque ridotte le emissioni del contaminante più problematico (gli ossidi di azoto) anche per la posizione dell'impianto (sulla riva del lago di Iseo e alle pendici delle montagne). Va anche segnalato che il Cembureau (l'associazione europea dei cementieri) ha diffuso già nel 2014 un comunicato in cui dichiara di osteggiare la previsione di allora (poi attuata solo in Italia) del cambiamento di status dei rifiuti combustibili a combustibili non rifiuti

(Waste Derived Fuels are not a candidate for End-of-Waste) sulla base della affermazione che la normativa sull'incenerimento e il coincenerimento di rifiuti garantisce condizioni restrittive e controlli per una riduzione dell'impatto del loro uso mentre la "liberalizzazione" impedirebbe efficaci controlli e tracciabilità sulla produzione dei "combustibili alternativi" e permettendo l'inserimento nel mercato di soggetti non affidabili ... se lo dicono loro possiamo crederci !

A Pederobba (TV) la società Cementi Rossi Spa ha proposto un "cambio" nella alimentazione di rifiuti, siccome il mercato non fornisce più abbastanza pneumatici fuori uso da bruciare (per effetto delle più recenti normative finalizzate principalmente al riciclo di questi prodotti) ha proposto di bruciare materie plastiche di vario genere sostenendo la invarianza degli effetti ambientali.

Tra la documentazione presentata nella procedura ha però reso pubblico uno studio dell'Università di Piacenza relativo proprio agli effetti del "cambio" di combustibile già svolto nell'impianto di Piacenza della medesima società.

Questo studio statistico applicato sui dati emissivi delle diverse configurazioni (con i diversi combustibili da rifiuto) ha evidenziato un aspetto controverso che viene negato, sminuito o annegato nel rumore di fondo degli studi pagati dagli inquinatori e basati sui dati forniti dagli stessi. Si è infatti evidenziata una correlazione positiva tra modifica della composizione dei rifiuti combusti e le emissioni per alcuni parametri, per usare le parole dello studio: "Acido cloridrico e polveri sono i due inquinanti che evidenziano una relazione positiva e statisticamente significativa nella maggior parte degli strati. Nel caso delle polveri, ancor-

ché la relazione sia ovunque debole, essa cresce di intensità al crescere del contributo calorico dei combustibili alternativi. (...) si osservano coefficienti statisticamente significativi per Arsenico, Cadmio e Tallio”.

Anche se subito dopo si “relativizzano” i risultati (“*Che l’aumento della percentuale di plastiche nei combustibili alternativi sia tra le cause dell’aumento della concentrazione degli inquinanti non può essere affermato con certezza, anche se l’esistenza di una simile relazione non può ovviamente essere esclusa.*”) il dato viene poi utilizzato per definire l’incremento della configurazione emissiva per i suddetti inquinanti. Non è certo una forzatura interpretativa ritenere che uno studio statistico svolto con la medesima modalità e a fronte di un sufficiente numero di analisi disponibili ove applicato alla configurazione d’esercizio con e senza rifiuti (anziché solo tra rifiuti diversi) possa portare al risultato di una maggiore significatività della relazione positiva nonché ad una estensione dei parametri ove questa relazione sia evidente o comunque presente.

In tutti e tre i casi emerge anche un altro aspetto: i cementieri sono scesi dal “*cavallo di battaglia*” in passato enfatizzato relativo alla riduzione delle emissioni di ossidi di azoto e degli ossidi di zolfo. Oggi

negano di aver mai sostenuto questa tesi anche perché la decisione UE sulla applicazione delle migliori tecnologie disponibili (entrata in vigore pienamente ad aprile 2017) afferma chiaramente – per quanto riguarda gli ossidi di azoto – che la soglia dei 500 mg/Nmc (e anche meno) è raggiungibile dagli impianti esistenti qualunque sia il combustibile (tradizionale o “*alternativo*”) utilizzato.

Superfluo dire che le lotte dei comitati sono sostenute da Medicina Democratica con un supporto tecnico che rafforza le ragioni popolari.

ETERNIT CONDANNATA IN BELGIO E IN BRASILE

E’ del 28 marzo la sentenza che ha confermato la condanna della società Eternit già emanata nel 2011 (non solo in Italia la giustizia è lenta). La società è stata riconosciuta colpevole di non aver adottato misure di sicurezza sufficiente per proteggere lavoratori e residenti della fabbrica a Kapelle-op-den-Bos. C’è voluto l’impegno di una famiglia esposta sia professionalmente che indirettamente per ottenere un po’ di giustizia.

Il processo è stato sostenuto dalla Association des Belges Victimes de l’Amiante (Associazione Vittime Amianto belgi - Abeva), fondata da Eric Jonckheere, ex dipendente Eternit deceduto per l’amianto che hanno condotto la protesta fino al

palazzo di giustizia di Bruxelles.

In Brasile, negli stessi giorni, il giornale “*O Globo*” ha dato notizia della condanna di Eternit con una pena innovativa: l’obbligo a sostituire entro 18 mesi le produzioni con l’amianto con un’altra fibra oltre a indennizzi monetari per “*danni morali collettivi*”. Si tenga conto che in quasi tutti gli stati del Brasile l’amianto è ancora estratto e prodotto, lo stato di Rio ha sottoscritto la convenzione dell’ILO (l’Organizzazione Mondiale dei Lavoratori) che prevede il bando dell’amianto e la sua sostituzione. L’indennizzo sarà utilizzato per migliorare la sorveglianza sanitaria degli esposti e per finanziare indagini epidemiologiche sulla popolazione per individuare la correlazione tra patologie polmonari e amianto.

L’Italia che ha aperto il riconoscimento delle responsabilità della Eternit con la condanna emessa dal Tribunale di Torino il 13.02.2012 si trova invece nella condizione di riprendere i processi sulla strage operaia e delle popolazioni residenti vicino agli impianti con procedimenti “*spezzatino*”, in diversi Tribunali. Non è una prospettiva entusiasmante ma non mancherà l’iniziativa e il contributo di Medicina Democratica per l’affermazione della verità.

(di Enzo Ferrara e Marco Caldiroli)





MILANO 20-21 GENNAIO 2017 - CAMERA DEL LAVORO,
CONVEGNO APERTO - MEDICINA DEMOCRATICA A 40
ANNI DAL SUO PRIMO CONGRESSO (1976 BOLOGNA)
PROMUOVE UN'INIZIATIVA AL FINE DI AFFERMARE IL
DIRITTO ALLA SALUTE.

Note introduttive

di Piergiorgio DUCA*

I QUARANT'ANNI DI MEDICINA DEMOCRATICA - MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE

Il convegno promosso da Medicina Democratica (MD) nasce dalla volontà di rilanciare il movimento di lotta contro la nocività del lavoro, dell'ambiente di vita e per la difesa del sistema sanitario nazionale universalistico, sostenuto dalla fiscalità generale progressiva.

MD nasce (Bologna, 1976) dalle lotte operaie e studentesche che, dalla metà degli anni '60, contestavano il ruolo di classe della medicina e della scienza in generale. La riflessione di operai, studenti, docenti universitari, ricercatori, operatori sanitari aveva identificato nella mancanza di partecipazione e nella delega le cause della differenza di livelli di salute fra le classi sociali. In quel periodo, nel quale si stava lavorando alla Riforma Sanitaria che avrebbe portato nel 1978 alla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), vennero a compimento le sperimentazioni promosse nel campo della salute mentale da Franco Basaglia, con la lotta alla segregazione manicomiale, insieme a quelle di una ridefinizione dei modi della ricerca epidemiologica sulla nocività del lavoro e sulla salute dei lavoratori, con Ivar Oddone, Gastone Marri, Giovanni Berlinguer, Giulio Alfredo Maccacaro.

In quel periodo si affermano la soggettività operaia nella autogestione delle indagini sulle condizioni di lavoro e la validazione consensuale dei risultati delle indagini sanitarie condotte in collaborazione con i ricercatori e gli operatori sanitari e matura la analisi critica del sistema medico funzionale a

perpetuare l'organizzazione in classi sociali della società (*"Lettera al Presidente dell'Ordine"* G.A. Maccacaro 1973).

E' del 1971 la traduzione di *"Cavie Umane"* (Pappworth, Feltrinelli), del 1973 quella di *"Bambini in Ospedale"* (Robertson, Feltrinelli) e di *"Inflazione medica"* di A. Cochrane; è del 1977 la pubblicazione della traduzione di *"Nemesi Medica"* (I. Illich, Feltrinelli). Ma è del 1968 la pubblicazione, nella collana del Centro Zambon (Biometria) diretta da Maccacaro, la traduzione del volume di R. Doll *"Le basi epidemiologiche della prevenzione del cancro"*.

Publicazioni tutte che, insieme a quelle della Collana *"Medicina e Potere"* di Feltrinelli, alla rivista Sapere e alla rivista Epidemiologia & Prevenzione, hanno contribuito alle riflessioni che mettono in crisi il mondo della medicina, riportando il medico al ruolo centrale di difesa della salute e della sua promozione con la promozione della prevenzione e la ricerca sui determinanti sociali delle malattie, per arrivare ad individuare come elementi fondamentali della salute non le pratiche cliniche e sanitarie ma la pace, un tetto, un reddito, un ambiente ecosostenibile, l'istruzione, l'organizzazione della sanità di base (Carta di Ottawa, 1986).

E' del 10 Luglio 1976 l'evento che portò l'attenzione sul rischio industriale fuori della fabbrica, in seno alla popolazione: in quella data l'emissione di Diossina nell'ambiente da parte della ditta ICMESA apriva gli occhi sulla necessità di estendere i principi della autogestione e della analisi dei rischi dalla fabbrica al territorio, dai lavoratori ai cittadini, dai servizi di medicina del lavoro al ser-

*Presidente di
Medicina
Democratica
O.n.l.u.s.

vizio sanitario. Quello che era nato come metodo operaio di indagine diventò il metodo democratico, perché condiviso e partecipato, di analisi e di lotta ai rischi prodotti sul territorio di una società di ineguali.

Oggi che il ruolo della fabbrica è ridimensionato e largamente si è esteso il lavoro nel settore terziario (servizi), l'esigenza di conoscere il modello di azione operaia e di promuoverne gli adattamenti all'ambiente di vita diventa fondamentale. MD intende per questo svolgere un lavoro di estensione e approfondimento con la collaborazione di quanti in questi anni si sono organizzati nelle condizioni locali a difesa dei presidi sanitari, per la promozione delle condizioni di autosufficienza per i disabili, di lotta alle condizioni di vita e di lavoro che provocano disagio mentale, per una risposta organizzata agli attacchi alla salute nel territorio: lotta contro le decisioni imposte dall'alto nella esecuzione di grandi opere, promozione della prevenzione dei disastri ambientali da mancata manutenzione del territorio e lotta all'incuria che ad ogni cambio di stagione scopre una "emergenza": l'emergenza freddo, l'emergenza caldo, l'emergenza pioggia, l'emergenza siccità, l'emergenza neve, l'e-

mergenza terremoto e, non ultima, l'emergenza immigrazione.

Insieme a queste emergenze, che proponiamo di affrontare con la partecipazione e la promozione di iniziative di studio, di prevenzione e di lotta, una nuova "emergenza" ci viene imposta, quella della sostenibilità dell'investimento nel SSN come passo irrinunciabile nella attuazione dei principi costituzionali affermati dall'articolo 32 della nostra Costituzione. Su questa nuova emergenza MD chiama la rete delle associazioni di lotta per la salute, nate sul territorio nazionale ed europeo, alla unità per opporsi al tentativo di fare della sanità un mercato per il profitto delle assicurazioni, della finanza, delle industrie dei farmaci e dei dati sanitari. Opporsi alla sanità integrativa, inserita nei contratti di lavoro, opporsi al consumismo sanitario di prestazioni inappropriate, opporsi ai tagli dei servizi non sostenuti da dimostrazioni di inefficacia è l'obiettivo della giornata di lavoro che proponiamo, con lo scopo di definire una piattaforma intorno alla quale chiamare alla mobilitazione in difesa del Servizio Sanitario Nazionale il 7 aprile p.v.



L'eredità di Luigi Mara a quarant'anni dalla fondazio- ne di Medicina Democratica

di Laura MARA*

Confesso che non è stato facile cercare di dare il mio (più che modesto) contributo sull'attività svolta da Luigi, non perché non la conoscessi bene, ma perché il dolore e la rabbia per la sua perdita sono ancora troppo vivi e pesanti da metabolizzare.

Il 12 novembre 2016, presso la Fondazione Micheletti di Brescia, si è tenuta un'importante iniziativa organizzata da Pier Paolo Poggio e Marino Ruzzenenti in ricordo di Luigi e, per tali ragioni, utilizzerò parte di quell'intervento che ben esprime il mio legame affettivo e professionale con Luigi.

Luigi, oltre che padre, è stato per me maestro di vita e insostituibile compagno di lavoro in moltissime lotte sociali-giudiziarie portate avanti con rigore e con determinazione.

Il vuoto lasciato è sicuramente incolmabile, sotto ogni profilo, ma l'eredità culturale e intellettuale che abbiamo raccolto è enorme e mi (ci) ha dato la forza di continuare a lottare sempre in difesa dei più deboli e degli emarginati, perché, come Lui ricordava, la storia, nel senso di progresso effettivo per l'affermazione dei fondamentali diritti dell'uomo (e primo fra tutti la tutela della salute e dell'ambiente all'interno e all'esterno dei luoghi di lavoro), è stata fatta dalla minoranze.

Il primo vero "incontro-scontro" intellettuale con Luigi lo ebbi in occasione dell'elaborazione della mia tesi di Laurea (Anno accademico 1997/1998), quasi vent'anni fa, dal titolo emblematico "Diritto alla Salute e diritti Umani in presenza di disastri industriali: I casi della Farmoplant di Massa e del Petrolchimico di Porto Marghera", quest'ultimo processo seguito passo passo con Luigi.

Quella fu l'occasione che segnò per sempre

la nostra collaborazione nelle lotte per l'affermazione della salute, sempre compiute in difesa delle vittime dei disastri industriali.

Luigi, lavoratore della Montedison di Castellanza, diventa intellettuale in fabbrica, nel senso alto del termine, innovando il pensiero e la visione del mondo per trasformarli attraverso la lotta di classe.

Le sue conoscenze, sconfinata e sempre in crescita, unite alla consapevolezza della necessità di ribaltare la scienza ufficiale erano nate dall'esperienza viva della fabbrica, dalla necessità di difendersi e difendere i propri compagni di lavoro dallo sfruttamento e dalla disumanizzazione.

Aveva però ben chiaro che chi lotta non può permettersi di fare errori, nemmeno su una formula chimica, ma deve sempre spiazzare l'avversario, trovare risposte innovative in quanto la scienza e la tecnica che si presentano in fabbrica sono scienza e tecnica corrotte, elaborate da e per i padroni, mai per gli operai, per i lavoratori.

La coscienza di questi concetti fondamentali lo portò a collaborare attivamente con lo scienziato Giulio Alfredo Maccacaro, padre fondatore di *Medicina Democratica* nell'anno 1976.

Il momento più importante di questo periodo che segnò la vita del Movimento fu l'affermazione del MAC ZERO, ovvero l'affermazione che per qualsiasi cancerogeno non può esistere un valore di soglia, al di sotto del quale non vi sia rischio oncogeno per le persone esposte. L'unico limite ammissibile è quello pari a zero.

Tale concetto straordinariamente rivoluzionario per l'epoca, attraverso le continue lotte dentro e fuori le fabbriche, venne portato proprio da Luigi all'interno delle aule giudi-

*Avvocato, difensore di *Medicina Democratica*.

ziarie.

Fu un percorso difficile che diede però i suoi frutti a lungo termine, basti pensare che per la prima volta in Italia il 4 novembre del 2010 la Suprema Corte di Cassazione, Sez. IV Penale (n. 38991), nel noto processo penale a carico dei vertici della società Montefibre, sancì dal punto di vista giurisprudenziale proprio quel concetto, affermando che i TLV possono valere per il datore di lavoro solo quale semplice soglia di allarme entro la quale rientrare immediatamente. Non esiste cioè alcun limite di innocuità per i cancerogeni conclamati, perché ciò sarebbe anticostituzionale, non andando a coprire per esempio la fascia di quei soggetti iper-suscettibili alle diverse sostanze tossi-cancerogene.

A Luigi va sicuramente riconosciuto il merito di aver portato la collettività, uomini e donne, all'interno delle aule giudiziarie, perché ben sapeva che non vi può essere prevenzione dai rischi e dalla nocività senza la concreta partecipazione dei diretti interessati.

Luigi però non era un tecnico al servizio della classe operaia, ma un lavoratore che si era impadronito della tecnica, anche a livello accademico, di tante tecniche direi, e le ha utilizzate per la classe operaia contro la fabbrica capitalistica: parlando di tecnica, di un impianto, di una valvola, di una formula chimica, di un ciclo produttivo, ne svelava il peso ambientale, politico economico nonché legislativo-giudiziario.

La Sua irrefrenabile attività, sempre svolta in maniera disinteressata senza fini remunerativi, di lucro, lontano dalla visibilità mediatica, era tesa ad affermare la persona umana al vertice dei valori riconosciuti dall'ordinamento giuridico, sia nella sua dimensione individuale che in quella sociale.

Era consapevole che gli attuali processi di globalizzazione ledono gravemente la rivendicazione e la salvaguardia di questi diritti, perché la tecnica, di cui ci si vorrebbe servire come mezzo, tende invece all'incremento continuo della capacità di produrre merci e di realizzare profitti: si produce per produrre; si consuma per consumare.

Emanuele Severino, uno dei più profondi e originali pensatori, affronta nel suo "*Il desti-*

no della tecnica" (Rizzoli Editore, 1998) le numerose problematiche legate al mondo sclerotizzato e globalizzato dove l'uomo non solo, in nome del profitto, è stato "*robotizzato*" e depauperato culturalmente, ma anche privato dei suoi diritti fondamentali: la tecnica, trasformata da *mezzo* in *fine*, ha conquistato progressivamente il dominio sul globo intero, dispiegando una forza e un'aggressività tali che la storia mai ha conosciuto.

Gli aspetti disumanizzanti dell'applicazione delle tecnologie sono molteplici e Luigi ha cercato sempre di metterli in evidenza: dalla manipolazione dell'informazione a quella genetica, al soffocamento della cultura e dei diritti inviolabili della persona.

Nel mondo del lavoro, il continuo restringimento politico e giudiziario delle maglie dei diritti sacrosanti conquistati negli anni '70 attraverso dure lotte operaie, e l'attuale pesante condizionamento del mondo dell'industria nei confronti di Enti, anche pubblici, per il mantenimento elevato dei limiti di esposizione ai diversi cancerogeni, ci fa comprendere quanto sia attuale il pensiero di Luigi e di come lo stesso debba essere portato avanti, anche per le future generazioni, con rigore e determinazione.

Quanto sta scritto nella "*Carta sui Rischi Industriali e sui Diritti Umani*" a cura del Tribunale Permanente dei Popoli, insediato a Bologna per la prima volta il 29 giugno 1979, esprime perfettamente il senso della passione che animava Luigi nelle questioni che affrontava quotidianamente con umanità e rigore scientifico:

Art. 2: <<*I diritti affermati in questa Carta e gli altri diritti umani, inclusi i diritti civili, politici, economici, sociali e culturali sono universali, interdipendenti ed indivisibili. In particolare, la libertà dai rischi, incluso il diritto di rifiutare occupazioni pericolose ed il diritto di organizzarsi contro i rischi dipende dalla piena realizzazione dei diritti sociali ed economici, inclusi i diritti all'educazione, alla salute e a standard di vita appropriati*>>.

Ciò posto, oggi più che mai, al fine di una corretta affermazione del diritto alla salute, costituzionalmente tutelato (diritto di fronte al quale ogni altro interesse deve cedere il passo), non ci si può esimere, soprattutto

alla luce del lavoro e dell'impegno profuso da Luigi in questi anni, da un attento esame del restringimento dei diritti dei lavoratori e delle lavoratrici all'interno delle fabbriche: più la maglia dei diritti dei lavoratori si restringe e più feroce è l'attentato all'integrità psico-fisica degli stessi all'interno delle fabbriche.

I dati preoccupanti sono due: da un lato il Foro di Milano (sia nell'ambito del diritto del lavoro propriamente tale che in quello del diritto penale del lavoro) ha visto l'affermazione di una vera e propria involuzione giurisprudenziale che si è accompagnata, dall'altro lato, ad una retrocessione legislativa sul piano dei diritti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Mi riferisco alle ultime sentenze emesse dalla Corte d'Appello di Milano Sezione 5° Penale e dal Tribunale di Milano, medesima Sezione 5° Penale, nei noti casi delle morti amianto-correlate presso la Centrale Termoelettrica Enel di Turbigo, gli stabilimenti Pirelli di Viale Sarca, lo stabilimento Franco Tosi di Legnano poi Ansaldo e ancora sul caso emblematico dei morti (centinaia di morti!) fra cittadini e dipendenti dello stabilimento di Fibronit sito in Broni (PV), in relazione al quale la sottoscritta ha promosso Ricorso per Cassazione. Mi riferisco anche e soprattutto alle ultime manovre legislative (c.d. *Jobs Act*) varate dal Governo Renzi in tema di c.d. *contratto a tutele crescenti*, che nient'altro è che un vero e proprio business per le aziende per poter licenziare in tutta libertà, con cancellazione dell'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori e con l'eliminazione di fatto dell'art. 4 dello stesso Statuto, che prevedeva un divieto per il datore di installare dispositivi di videosorveglianza all'interno dei luoghi di lavoro.

Le sentenze citate, che sono state pubblicamente (e duramente) criticate dalla sottoscritta (con articoli usciti su quotidiani a tiratura nazionale e con interviste rilasciate a diverse Radio, fra le quali Radio Popolare durante la trasmissione tenuta da Vittorio Agnoletto) pongono l'accento su alcuni temi che verranno discussi dagli odierni Gruppi di Lavoro, e in particolare dal Gruppo 5, sul problema dell'Epidemiologia e del conflitto di interessi di questa scienza nel momento in cui la stessa viene di fatto

piegata alle logiche e agli interessi delle Industrie.

Il punto di riflessione da cui partire è banale ma fondamentale: se il magistrato si avvicina a questi processi penali con la "*premessa mentale*" che gli stessi non si devono fare, poiché sarebbe più corretto intavolare una causa civile (del lavoro) nei confronti della società, lasciando stare i vertici aziendali (consiglieri e Presidenti dei diversi CdA) allora sarà semplice, in punto di causalità generale, andare a rintracciare una teoria (sia pur isolata) fondante la c.d. "*legge scientifica di copertura*" nei casi di mesotelioma pleurico che sostenga che a



maggiori esposizioni non possa coincidere un minor tempo di latenza per le persone esposte: lo studio della Dr.ssa Frost del 2013, che viene sempre riportato nelle citate sentenze assolutorie milanesi come fosse un totem rappresentativo del "*pensiero maggiormente accreditato all'interno della comunità scientifica*", ne è la dimostrazione concreta. Peccato che tale isolato studio non rappresenti l'ontologica terzietà del sapere scientifico (cfr. le puntuali critiche mosse alla pubblicazione della Dr.ssa Frost da illustri autori, quali Consonni, Barone-Adesi e altri). E' la stessa Corte Suprema di Cassazione ad imporre al magistrato una scelta attenta relativa alla teoria scientifica da adottare, che, per l'appunto, deve poggiare su quel terreno tecnico maggiormente condiviso all'interno della comunità scientifica: e questa teoria è sicuramente (data l'importanza degli studi epidemiologici a disposizione a partire da quello del 2008 su Casale Monferrato) quella che afferma sia la

correttezza (dandone prova scientifica) della teoria multistadio (negando rilevanza alla c.d. *trigger dose*), sia la validità scientifica dell'accorciamento dei periodi di latenza nei casi di mesotelioma pleurico per le persone maggiormente esposte (dose e durata). Sul punto, oltre agli studi di Hansen, di Berry e di Bianchi sulla cantieristica di Monfalcone, depongono in tal senso anche le pubblicazioni delle diverse Consensus tenutesi sull'argomento: cfr. Consensus di Torino del 2011 e III Consensus di Bari tenutasi nel gennaio 2015 e ancora i Quaderni n. 15 a cura del Ministero della Salute che riconfermano che l'incidenza di casi di mesotelioma e l'accelerazione del tempo all'evento sono fenomeni inestricabilmente connessi.

Dall'altro lato, come sopra accennato, sul piano legislativo abbiamo assistito ad un attacco cruento ai diritti dei lavoratori e delle lavoratrici, conquistati con anni di lotte all'interno delle fabbriche; lotte iniziate da Luigi all'interno della Montedison di Castellanza e portate all'attenzione dell'opinione pubblica al fine di meglio tutelare l'inviolabile diritto alla salute in ogni dove del nostro Paese: già allora Luigi aveva ben chiaro che il conflitto doveva essere portato dalla fabbrica all'interno dei Tribunali. I numerosi licenziamenti per rappresaglia inflitti allo stesso e ai suoi compagni di lavoro ne sono testimonianza viva, così come le successive reintegrazioni, ottenute con duro lavoro e impegno, sono il frutto di questa geniale intuizione che aveva spostato la "vertenza" dalla fabbrica e dalla piazza all'interno delle aule di giustizia.

Fu così che tale formidabile percezione dello spostamento del conflitto, allargato e condiviso dal Gruppo di Lavoro di Castellanza, fece partire anche il maxi-processo per le morti causate dall'esposizione a Cloruro di Vinile Monomero presso il Petrolchimico di Porto Marghera. Un inestimabile lavoro tecnico-scientifico-giuridico compiuto da Luigi e dal Gruppo di Lavoro di Castellanza con impegno, sacrificio e rigore, i cui atti sono archiviati presso il Centro per la Salute Giulio Alfredo Maccacaro di Castellanza. Solo nel 2007 la Cassazione sancì le condanne a carico dei dirigenti Montedison e il diritto, fra le altre parti civili costituite, di Medicina

Democratica ad ottenere il risarcimento dei danni patiti a causa della lesione all'immagine subita, derivante dalla frustrazione diretta dei propri fini statuari.

L'impegno di Luigi non si fermò.

La consapevolezza che il problema della tutela della salute all'interno e all'esterno dei luoghi di lavoro doveva necessariamente passare attraverso il filtro della magistratura per avere valenza di *diritto acquisito*, non più messo in discussione dalle logiche datoriali di ricatto (lavoro contro salute), lo spinse a partecipare come tecnico in diversi processi penali, ove portò il suo inestimabile contributo scientifico e umano alle diverse Procure della Repubblica Italiana in difesa delle vittime dei numerosi disastri industriali: dalla Montefibre di Verbania-Pallanza alla Thyssen Krupp di Torino, dall'Eternit di Casale Monferrato alla Fibronit di Broni, dalla Solvay di Alessandria al Petrolchimico di Mantova, e così in tutti i processi milanesi prima citati, senza dimenticare le numerosissime consulenze rese, sempre gratuitamente, a favore delle vedove e dei famigliari dei lavoratori che prestavano attività presso i cantieri di Monfalcone e di Porto Marghera.

Come sopra ricordato, l'attuale restringimento dei diritti dei lavoratori e delle lavoratrici in ambito giudiziario si è accompagnato all'altrettanto preoccupante restringimento di tali diritti a livello legislativo. Il c.d. "*contratto a tutele crescenti*", novità introdotta dal Governo Renzi, che ha dato un colpo di spugna allo Statuto dei Lavoratori, ha un'ottima possibilità di trasformarsi nello strumento principe del lavoro saltuario, in quanto avrà come *durata massima l'arco di 3 anni*. Durante questo periodo, ovvero prima del teorico obbligo di assunzione a tempo indeterminato, il datore di lavoro ha, oggi più che in passato, una formidabile arma di ricatto per schiavizzare i dipendenti, i quali, a meno che non siano dei fenomeni sovranaturali nel loro lavoro, saranno a rotazione soppiantati da altri lavoratori seguendo uno schema molto semplice.

Facciamo un esempio pratico: prendiamo il caso di un lavoratore assunto con questo nuovo contratto con un reddito mensile lordo di €25.000 l'anno, corrispondenti a €

1.923 mensili lordi e quindi a poco meno di € 1.400 netti su 13 mensilità (€18.000 circa netti l'anno). Fino a poco tempo fa lo scarto tra il lordo (€ 25.000) e il netto (€ 18.000) veniva pagato dal datore di lavoro sotto forma di contributi Inps, Inail, Irap, tasse locali, ritenute Tfr ecc.

Oggi però la situazione è mutata radicalmente: durante i tre anni di assunzione con *contratto a tutele crescenti* il governo ha previsto una serie rilevantissima di sgravi fiscali in favore del datore di lavoro che è stata stimata, nel caso di dipendente a 1.400 euro netti al mese, in 9.153 euro ogni anno (sgravi contributi per € 7.875 e Irap per € 1.278). Nell'arco dei tre anni quindi i benefici per il datore di lavoro saranno complessivamente di €27.459.

Certo, al momento della scadenza dei tre anni di contratto, il datore di lavoro dovrà riconoscere un'indennità all'ormai ex dipendente per un ammontare di € 8.654 che riducono l'utile dell'operazione a "sol" € 18.805. Ora, se prendessimo un'azienda con circa 100 dipendenti e si applicasse questo nuovo contratto anche solo al 10% del personale, al titolare resterebbero in tasca quasi €200.000 in più ogni tre anni. Se si aumentasse la percentuale, gli sgravi potrebbero sommarsi fino all'incredibile cifra di quasi € 2.000.000 risparmiati ogni tre anni in un circolo infinito di sostituzioni di dipendenti.

Ergo: detassare il lavoro va bene, ma creare

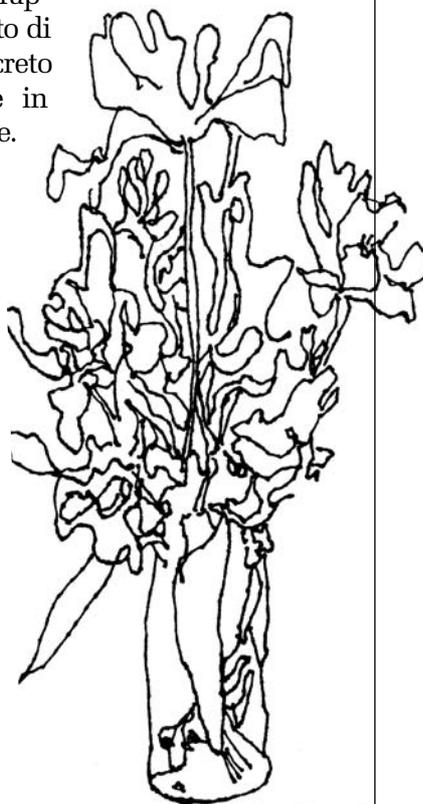
nuovi schiavi a scadenza è inaccettabile! Se voi foste una banca, concedereste un mutuo (magari ventennale) a un lavoratore assunto con questo tipo di contratto?

Questo induce ad un'altra seria riflessione: un lavoratore che si trova a dover prestare la propria attività in tali condizioni di precariato, come potrà auto-organizzarsi per tutelare la propria salute all'interno della fabbrica?

Quali strumenti sono oggi consentiti a un dipendente che per legge può tranquillamente essere video-sorvegliato e soppiantato ogni tre anni?

La risposta è ardua. La magistratura applica le leggi che ci sono, ma per modificare l'impianto legislativo servono proposte serie e mobilitazioni. Da qui il ruolo determinante di Medicina Democratica che in questi anni ha avuto il merito di far progredire la giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, con azioni concrete, dal basso, che hanno saputo dar voce a questo conflitto nelle aule di giustizia.

Le ultime pronunce milanesi e il quadro legislativo ci dicono che è venuto il momento, oggi più che mai, di portare avanti con fermezza le nostre battaglie sociali, politiche e giudiziarie con la massima determinazione. Per tali motivi, il quarantennale di Medicina Democratica rappresenta il punto di partenza concreto per proseguire in questa direzione.



da Paul Klee-Tulipani-1910



Diritto alla salute nei luoghi di lavoro: vecchie nuove malattie professionali

di Gino CARPENTIERO*

La lotta per la Salute nei Luoghi di lavoro nasce dalle lotte del 1968-'69 e la sua onda lunga arriverà fino al 1980: lo slogan di quegli anni fu: "dalla Monetizzazione alla PREVENZIONE dei rischi lavorativi". Nasce in quegli anni una Metodologia innovativa basata sui Gruppi Operai Omogenei, sulla ricostruzione in ciascun gruppo del ciclo lavorativo e del relativo Profilo di Rischio: concetti totalmente innovativi sono rappresentati dalla SOGGETTIVITA' DEI LAVORATORI, la NON DELEGA, la VALIDAZIONE CONSENSUALE, e inoltre i 4 GRUPPI DI FATTORI DI RISCHIO (CHIMICO, FISICO, FATICA FISICA e ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO). Nasce in quel periodo il DELEGATO ALLA SICUREZZA per reparto/gruppo omogeneo

LE LOTTE DI FABBRICA incontrano il MOVIMENTO STUDENTESCO: soprattutto le facoltà scientifiche (MEDICINA, FISICA, CHIMICA, INGEGNERIA) vengono coinvolte: nasce una generazione di MEDICI DEL LAVORO (ma anche FISICI, CHIMICI, INGEGNERI) che assumono il punto di vista operaio e la nuova metodologia: la SALUTE NON SI PAGA, la NOCIVITA' SI ELIMINA, il concetto di MAC ZERO, il REGISTRO dei DATI AMBIENTALI, il LIBRETTO dei DATI SANITARI e BIOSTATISTICI.

Il convegno della FIOM svoltosi a Roma nel 1972 e il Convegno di Firenze del 1973 (organizzato dal Partito di Unità Proletaria) rappresentano la prima sistematizzazione organica di questa fase storica: il CONSIGLIO DI FABBRICA DELLA MONTEDISON DI CASTELLANZA con Luigi Marane rappresenta forse il punto più alto (l'intero secondo volume degli atti del convegno di Firenze con la metodologia di intervento

è curato dai compagni di Castellanza). La naturale evoluzione del convegno di Firenze è rappresentata dalla nascita di MEDICINA DEMOCRATICA MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE, il cui congresso fondativo si svolge a Bologna il 14 e 15 maggio 1976. Torino (le lotte alla FIAT contro i ritmi e la nocività) e Castellanza rappresentano i momenti alti di quelle esperienze che vedono l'incontro con il Movimento Operaio di due figure di medici ed intellettuali di altissimo livello: Giulio Maccacaro che sarà nel 1976 il primo Presidente e fondatore di Medicina Democratica, Direttore dell'Istituto di Biometria e Statistica dell'Università di Milano e Ivar Oddone, medico e psicologo del lavoro all'Università di Torino.

In quegli anni (1972-73) nascono i SERVIZI DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO (SMAL in Lombardia) all'interno dei CONSORZI SOCIO-SANITARI. I lavoratori utilizzando l'art.9 della Legge 300/70 (Statuto dei lavoratori) possono far entrare in fabbrica i medici e i tecnici dei servizi, dichiaratamente di parte. Nel dicembre 1978: la Legge 833 - RIFORMA SANITARIA porta alla nascita delle USL (o USSL) ed i Servizi di Prevenzione nei Luoghi di Lavoro hanno la loro istituzionalizzazione: all'inizio del 1981 le funzioni ispettive e di vigilanza e controllo passano dall'Ispettorato del Lavoro ai Servizi Prevenzione delle USL. Paradossalmente, proprio mentre è in atto ormai il RIFLUSSO DELLE LOTTE OPERAIE PER LA SALUTE IN FABBRICA dopo la sconfitta operaia alla FIAT i lavoratori ottengono una significativa vittoria a livello normativo.

Cosa resta oggi di quella stagione straordinaria e per certi versi irripetibile? Non

**Medicina Democratica, Sezione Pietro Mirabelli - Sportello salute Firenze.*

molto. Alcune fiammate ci sono state negli ultimi 35 anni ma sono state lotte di resistenza residuali (vedi lotta di Melfi alla FIAT-SATA contro le 12 notti consecutive). Poco resta delle grandi fabbriche che hanno fatto quella storia e quelle che restano sono nettamente ridimensionate.

Negli ultimi 20-25 anni lo scenario della salute e Sicurezza sul Lavoro si modifica profondamente: sono state recepite, a partire dal DLgs 277/91 e poi dal DLgs 626/94 per arrivare al DLgs 81/08, le Direttive Europee per la Salute e Sicurezza sul Lavoro per le quali è il datore di lavoro ad avere l'obbligo di valutare tutti i rischi presenti nei luoghi di lavoro compresi quelli organizzativi. I lavoratori hanno i loro RLS (Rappresentati dei Lavoratori per la Sicurezza) che hanno alcuni poteri, ma a differenza dei vecchi Delegati alla Sicurezza di 40 anni fa, non rappresentano i Gruppi Omogenei dei Lavoratori. I RLS sono quasi sempre nominati all'interno delle Rappresentanze Sindacali Unitarie; poche volte eletti direttamente dai lavoratori. Spesso sono isolati e discriminati, quando riescono a svolgere bene il loro lavoro, altre volte sono nominati dal datore di lavoro e quindi collusi con lo stesso e perdono la fiducia dei lavoratori.

Gli ambienti di lavoro sono sicuramente molto migliorati rispetto a 40 anni fa, ma come spesso avviene si stanno facendo oggi passi indietro proprio a causa della perdita di potere dei lavoratori. Il rischio chimico e fisico si è oggi modificato per cui oggi bisogna tener conto non solo di esposizioni medio alte (oggi rare) ma soprattutto delle basse esposizioni e di alte esposizioni che avvengono "una tantum" (magari in coincidenza di lavorazioni di manutenzione impianti) che sono foriere di nuove patologie degenerative multifattoriali (vedi Sindrome da Sensibilità Chimica Multipla e Sindrome da Elettrosensibilità).

Le patologie da FATICIA FISICA e da ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO rappresentano oggi una fetta preponderante di tutte le patologie da lavoro (movimentazione di pesi, movimenti ripetitivi, stress da ritmi e turni di lavoro faticosi, vessazioni e molestie sul lavoro riconducibili al termine improprio di MOBBING): è questa la nuova frontiera della prevenzione.

I TUMORI PROFESSIONALI rappresentano in gran parte l'onda lunga delle vecchie esposizioni degli anni '60-'70 e '80 del 900; l'amianto, il CVM e altre sostanze chimiche rappresentano mine ad orologeria innescate e pronte, come molto spesso avviene, ad esplodere.

La lotta anche processuale perché venga resa GIUSTIZIA a questi lavoratori non è in contrasto con le finalità PREVENTIVE che vanno comunque ancora oggi perseguite in tutti i luoghi di lavoro. In memoria anche di Luigi Mara che negli ultimi anni della sua vita si è battuto strenuamente perché venisse resa giustizia ai lavoratori ammalati e deceduti per esposizione a cancerogeni, va continuata la lotta per la giustizia.

L'INAIL sottostima ancor più i dati inerenti le MALATTIE PROFESSIONALI sia vecchie che nuove. Il riconoscimento non supera il 10% delle malattie denunciate. La cosa peggiore è che le patologie non riconosciute sono spesso anche quelle tabellate. *L'INAIL è sempre più percepito dai lavoratori come un Ente loro ostile.*

Gli infortuni sul lavoro: come dimostra l'Osservatorio indipendente sugli infortuni sul Lavoro fondato a Bologna da Carlo Soricelli non c'è una reale diminuzione degli infortuni mortali sul lavoro. I dati INAIL sottostimano notevolmente il dato complessivo in quanto non poche categorie di lavoratori non rientrano nell'Assicurazione INAIL.

Anche la Magistratura con poche eccezioni si occupa poco e spesso male di infortuni e malattie professionali. L'ipotesi di Procura Unica Nazionale non è passata e i pool che sono stati formati all'uopo con l'eccezione di quello di Torino non hanno mai seriamente funzionato. L'impressione è che i lavoratori hanno perso peso politico e quindi anche le Procure ne prendono atto e si interessino a reati che diano loro più visibilità.

CONCLUSIONI

L'impressione è che i lavoratori combattano a "mani nude" la guerra di classe che il Capitalismo nella sua versione più feroce, quella neo-liberista ha scatenato contro di loro.

Tutti i governi che si sono alternati negli

ultimi 30 anni hanno lentamente ma inesorabilmente ridotto i diritti dei lavoratori prendendo atto di fatto dei nuovi rapporti di forza instauratisi tra CAPITALE E LAVORO, tutti nettamente favorevoli al primo.

La situazione attuale del lavoro è pessima: precarizzazione del lavoro, delocalizzazione, lavoro nero, i voucher da una parte e dall'altra i lavoratori a tempo indeterminato che operano con gravi difficoltà con orari di lavoro impossibili, rischiando spesso il licenziamento o in alternativa mobbing (per i lavoratori più combattivi) ed organizzazioni del lavoro sempre più disfunzionali. Sarebbe necessario un percorso a ritroso di riconquista di diritti che per forza di cose va fatto dal basso (ripresa delle lotte dei lavoratori) e dall'alto (attesa ormai un po' messianica di un governo che non sia espressione di Confindustria e della Troika, ma si faccia carico di una riestensione dei diritti dei lavoratori):

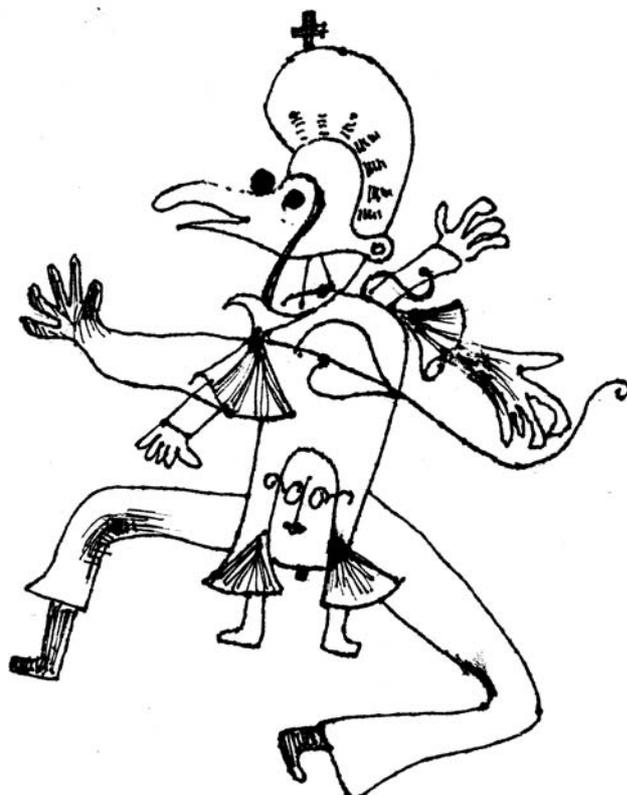
- Continuare con le lotte referendarie sui

diritti del lavoro: il referendum per abrogare i voucher è sacrosanto e anche raccogliere nuovamente le firme per il ripristino dell'art.18 dello Statuto dei lavoratori.

- Presentare proposte di legge che vadano a scalfire lo strapotere padronale in fabbrica e nei luoghi di lavoro, come il completamento del DLgs 81/08 e smi, con l'introduzione di un'area specifica sul rischio organizzativo (vedi proposta Carpentiero come Associazione Italiana Benessere e Lavoro) e come l'inserimento del reato di vessazioni sul lavoro (mobbing) nel Codice Penale (vedi proposta Rombolà come Associazione Italiana Benessere e Lavoro)

- Inserimento nell'ordinamento penale del reato di Omicidio sul Lavoro, sulla falsariga dell'Omicidio Stradale entrato in vigore un anno fa.

Queste sono solo alcune delle proposte che vengono poste nella discussione della nostra iniziativa sui quarant'anni di Medicina Democratica.



da Paul Klee - Pazzia - 1922



La soggettività operaia e la non delega, un modello da attualizzare o una memoria storica?

a cura del Centro per la Salute G.A. MACCACARO ONLUS*

Ancor prima della nascita di Medicina Democratica abbiamo imparato che la tutela della salute e dell'ambiente si realizza esclusivamente attraverso la lotta organizzata di chi soffre o ha sofferto i danni causati dalle nocività e tale lotta è contestuale al ritiro della delega ad agire nei confronti di tutti coloro che, a vario titolo, nella questione sono coinvolti o lo saranno, siano essi autorità istituzionali o enti preposti, tecnici, scienziati, associazioni o partiti.

Queste posizioni sono derivate dalla constatazione che nel contrasto tra salute e malattia, come in quello tra ambiente ed inquinamento, determinante è il ruolo del profitto con la fitta rete di supporti politici, tecnico-scientifici ed istituzionali.

Il profitto cerca sempre di imporre le sue regole, tra le quali quella che la salute delle persone esposte, siano essi lavoratori o popolazioni, sono merce e come tale una risorsa da sfruttare o un costo che deve essere minimizzato se non del tutto azzerato.

Abbiamo imparato anche che per contrastare efficacemente il profitto e la sua rete di sostegno è necessario dotarsi di strumenti innovativi e nuovi metodi di lotta.

È da questa semplice constatazione che nasce il gruppo operaio omogeneo; la ricostruzione del ciclo produttivo; il registro dei dati ambientali; il libretto personale sanitario e di rischio; il registro dei dati biostatistici.

Con i nuovi strumenti si è dato spazio alla soggettività operaia del gruppo omogeneo di lavorazione, con il conseguente ritiro della delega a chiunque.

La *non delega* praticata mediante la validazione assembleare dei risultati dei controlli ambientali e sanitari e delle proposte di bonifica, così come i risultati finali delle vertenze.

Le lotte risultano vincenti quando cambiano in positivo sia il volto dei luoghi di lavoro che la vita degli uomini e delle donne che in essi vi lavorano.

La stessa attenzione è stata posta ai problemi all'esterno della fabbrica sia in direzione di altre realtà produttive (anche merceologicamente differenti) e più in generale ad altri comparti della società come la scuola e il sistema sanitario. Anche in questo caso vale l'osservazione che se il profitto è la chiave di volta del sistema di sfruttamento delle risorse in fabbrica, lo ancor di più nella società in tutte le sue manifestazioni ed in tutti luoghi.

Ma veniamo al tema postoci dagli organizzatori del convegno.

Alla domanda se la soggettività operaia e la non delega sono modelli del passato, quindi da "musealizzare", oppure modelli da attualizzare, rispondiamo che nonostante un contesto politico, economico, sociale e culturale, sfavorevole alla classe operaia e a tantissimi esseri umani, il modello della soggettività operaia e sociale e la pratica della non delega è attualissimo.

La dott.ssa Elena Davigo nella sua tesi di laurea dal titolo "Salute e ambiente in fabbrica. Il Consiglio di fabbrica della Montedison di Castellanza (1969-1982)" (un estratto è stato pubblicato sul n. 227-230), presentata nell'anno accademico 2012-2013 presso la Scuola di Lettere e Beni Culturali dell'università di Bologna, nel ricostruire le vicende e la storia di quel periodo evidenzia e sottolinea l'attualità del ruolo della soggettività del gruppo operaio omogeneo e la pratica della non delega.

Allora la questione era, ma lo è tutt'oggi, se la priorità della socializzazione e della gestione diretta dei dati ambientali e dei

*Via Roma 2,
Castellanza (VA).

rischi potenziali è in capo al gruppo operaio omogeneo o a tecnici esterni.

A Castellanza la questione fu risolta costituendo il Gruppo P.I.A. con il ruolo egemone di coordinatore delle indagini ambientali e sanitarie, di collegamento con i gruppi omogenei e di confronto con i tecnici esterni.

Domandiamoci, quante tragedie si sarebbero potute prevenire ed evitare se tale modello fosse stato recepito dalle istituzioni tutte, dagli enti sanitari pubblici, dal sindacato e dalle forze politiche?

“I Vajont” nel nostro Paese sono innumerevoli: Icmesa, Massa Carrara, P.to Marghera, Priolo, Alessandria, Manfredonia, Eternit di Casale Monferrato, Mantova, Scarlino, ThyssenKrupp, Viareggio, Ilva di Taranto, ospedale Galeazzi e S.Rita, Terra dei fuochi, discariche, inceneritori, frane ed alluvioni, tragedie le cui responsabilità, oltre a quelle personali di cui dolorosamente hanno provocato i danni, vanno estese a chi scientemente ha eluso le competenze di osservazione, di conoscenza ed esperienza degli operai e delle popolazioni (Vajont docet).

Oggi quello da evitare è che tale modello diventi, pur con i suoi aspetti positivi, solo ed esclusivamente oggetto di studio.

Noi siamo convinti che tale modello, pur contestualizzandolo con i mutamenti e le trasformazioni del mondo del lavoro e della società che da anni ci stanno incancrenendo la vita spingendo milioni di persone alla povertà ed all'emarginazione, sia lo strumento più utile per difendere la propria salute dentro e fuori la fabbrica e la propria condizione di vita.

Siamo altresì convinti che la soggettività operaia e la non delega sia un modello che proiettato nella società civile *-in qualche misura noi a Castellanza, ma non siamo i soli, ci stiamo provando-* non solo rispetta il dettato costituzionale ma lo esalta nelle sue funzioni applicative:

art.1La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

Art.2 La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...

Art.32 la Repubblica tutela la salute come

fondamentale diritto dell'individuo...

La lotta per l'affermazione integrale di questi principi non è ancora terminata, il profitto, come si diceva all'inizio, ha messo in campo, nel corso degli anni, una batteria di fuoco micidiale per togliere di mezzo la nuova classe operaia che con le sue lotte radicali aveva messo in discussione il sistema della fabbrica nociva ed autoritaria, della produzione e del lavoro. Per arrivare a questo è stato necessario trasformare completamente il ciclo di produzione, è stato necessario diminuire drasticamente la consistenza numerica degli operai per togliere ad essi l'egemonia sociale e politica (Fiat e Montedison docet).

Questo progetto ha aperto la porta alla frammentazione, al precariato, al ricatto occupazionale, alla progressiva perdita dei diritti degli sfruttati, ed è stato realizzato con il beneplacito di sindacati e partiti compresi quelli della sinistra *“istituzionale”*.

La condizione oggettiva di frammentarietà e precarietà accompagnata da una normativa istituzionale sempre più accondiscendente al profitto e penalizzante per i diritti dei lavoratori rende più difficile, nel campo della produzione, la partecipazione in difesa della salute e delle condizioni di lavoro salubri.

INCERTEZZA, PRECARIETA', INSICUREZZA, DISCRIMINAZIONE, DISAGIO.

Questo è diventato il lavoro con il Job Act e la cancellazione dell'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori.

Ma ciò nonostante dobbiamo operare per affermare ancora oggi *“la centralità della lotta per la salute”* nei luoghi di produzione, nei servizi e sul territorio.

IL SAPERE OPERAIO, LA SCIENZA E LA TECNOLOGIA

Il principio della non delega, nel corso dei tempi, è stato arricchito da una elaborazione teorica volta a mettere in discussione la neutralità dei saperi ufficiali. Siamo convinti che la scienza, oggettiva solo a parole, è in realtà espressione del potere capitalistico, e della sua logica di dominio.

Quarant'anni fa, a *“garantire”* il rispetto delle norme igieniche sanitarie sul luogo di lavoro erano i tecnici stipendiati dal padro-

ne e i loro giudizi formulati al termine di ogni indagine ambientale e sanitaria, nella stragrande maggioranza dei casi, erano di parte.

Oggi, dopo un breve parentesi di riscossa del movimento operaio, ci hanno fatto ritornare a quarant'anni fa, ma ciò nonostante non si deve rinunciare a proseguire il lavoro e a diffondere l'insegnamento ricevuto da compagni come Giulio Maccacaro e Luigi Mara.

Contro ed in alternativa alla cosiddetta scienza "neutrale" tutt'ora si oppone l'elaborazione di un sapere operaio e popolare, la cui efficacia viene dimostrata giorno dopo giorno, nella pratica quotidiana di osservazione, di conoscenza ed esperienza.

Vengono elaborate delle precise metodologie di intervento attraverso cui conoscere la realtà produttiva e il territorio, conoscere capillarmente ogni fattore di nocività e di rischio con lo scopo di garantire il massimo della tutela della salute e della sicurezza ambientale.

La riduzione a "zero" della nocività, per quanto ci riguarda, è la meta finale del nostro lavoro.

La metodologia adottata dai gruppi operai omogenei - ricostruzione del ciclo produttivo, il registro dei dati ambientali, le validazioni delle analisi ambientali, il libretto sanitario e di rischio, le bonifiche - è stata estesa alle componenti sociali (gruppi di cittadini, studenti, donne, disabili, migranti, ecc.) con necessità di affermazione dei bisogni (non privilegi) di salute e di una condizione di vita in uno stato di benessere psico-fisico.

Con la metodologia richiamata pocanzi il Centro per la Salute G. Maccacaro di Castellanza collabora sempre più con gruppi di cittadini e comitati che si contrappongono alle scelte private e pubbliche di distruzione del territorio e dell'ambiente, alcuni esempi: no all'inceneritore Elcon, no ad un mega centro commerciale Ikea su area agricola, chiusura dell'inceneritore Accam sostituendolo con fabbrica dei materiali, no alla discarica di Amianto nel comune di Busto Garolfo, no all'inquinamento del fiume Olona con il blocco delle deroghe di scarico, no alla chiusura degli ospedali Busto Arsizio e Gallarate, sì al mantenimento dei centri sanitari pubblici decentrati sul

territorio, verifica dell'inquinamento provocato dall'ex mega discarica di Gerenzano, analisi impiantistica dell'impianto di compostaggio da realizzarsi a Legnano, controllo della bonifica dell'ex stabilimento Montedison di Castellanza, ecc. ecc..

ESEMPI CONCRETI non esaustivi DELLA
"SCIENZA PER L'AFFERMAZIONE DEI
BISOGNI DI SALUTE"

PORTO MARGHERA, NON SOLO IL CVM

Anno 2001 (e 2002). Sono passati 6 anni dal deposito in procura della repubblica a



Venezia del fascicolo monografico di Medicina Democratica n. 92-93 sul cancro da Cloruro di Vinile Monomero a Porto Marghera. Si sono già svolte all'aula bunker di Mestre un centinaio delle 218 udienze (di cui 12 di "udienza preliminare") che riguarderanno l'intero procedimento penale contro gli imputati, Montedison e Enichem, di malattia e morte operaia e avvelenamento del territorio e della Laguna.

A dispetto del padrone si è sviluppata una sensibilità dei cittadini in difesa della salute con un Comitato promosso da Medicina Democratica. Una mancata manutenzione su una saracinesca delle linee off gas di Ammoniacca del diametro di 1400 millimetri "manda" all'ospedale per intossicazione 8 cittadini residenti nelle vicinanze degli impianti. Il comitato, in un corretto rapporto con i tecnici di Venezia (avvocati, ingegneri, periti, ecc.) di Medicina Democratica, avvia un procedimento penale contro alcuni dei sopraindicati imputati ove i "tecnici

del padrone” nelle prime udienze sostengono:

“non esistere un capitolato di manutenzione per tali saracinesche”.

Interpellato il Centro di Castellanza ha fornito, attraverso le giuste alleanze, ai tecnici di Venezia (avvocati, ecc.) il *“Manuale di manutenzione per saracinesche di grandi diametri”* (come quella in questione anche per ammoniacca) avuto dalla più importante associazione petrolifera mondiale (API: American Petroleum Industries). Di conseguenza il procedimento penale si conclude a favore dei cittadini e M.D. Con risarcimenti (e forse rara volta che qualcosa rimane anche per i nostri periti).

LO SCATOLIFICIO CRISTINA

Anno 2007 (2010). In provincia di Varese (Bodio Lomnago) opera tuttora lo Scatolificio Cristina.

Da tempo le lavoratrici hanno sviluppato una sensibilità combattiva (la grande maggioranza di circa 50 addetti) sui rischi e le nocività del loro lavoro in particolare nei reparti Serigrafia e Piegaincolla. Le problematiche che si sono aggravate anche a seguito di una indagine ambientale svolta da una nota azienda (*“neutrale”*) che si occupa di sicurezza sul lavoro (costata migliaia di euro), che nulla ha risolto, ha fatto ribellare le lavoratrici. La richiesta di un sindacato di base con la rappresentanza sindacale aziendale al Centro per la Salute con un nostro intervento ex art. 9 L. 300/70, ha fatto lievitare le contraddizioni padronali.

L'indagine ambientale della azienda *“neutrale”* aveva evidenziato l'uso nello scatolificio di oltre 100 sostanze chimiche: censendole correttamente, con relativo numero C.A.S. (Chemical Abstract Service: sistema che in tutto il mondo identifica inequivocabilmente la singola sostanza tra circa le 60 – 70 milioni esistenti), ma non con le relative frasi di rischio R tra quelle conosciute: fra queste alcune con R 45: *può provocare il cancro !*

In un incontro (di cui è verbale) sono stati screditati il medico competente e l'R.S.P.P. e fatti assumere all'Azienda impegni concreti di bonifica ambientali nei reparti interessati

e le relative cautele rispetto alle sostanze utilizzate.

NO ELCON

Anno 2012 (2014) Proprio a Castellanza nella ex fabbrica Montedison, una azienda poco nota al mondo (ELCON), si presenta mostrando un volto democratico: preliminarmente blatera i suoi fumosi progetti di riconversione e produttivi nel sito in due assemblee, presso una sala comunale, ai cittadini, poi effettivamente per quello che è: trattamento di rifiuti chimici industriali (216 tipologie di rifiuti con codice) con relativo inceneritore.

Per le autorizzazioni necessarie si susseguono diverse Conferenze dei servizi. Subito tra la cittadinanza circostante (non solo di Castellanza) si costituisce un Comitato NO ELCON che si rivolge al Centro per la Salute e Medicina Democratica.

Tralasciando, non per importanza, tutte le mobilitazioni svolte (Assemblee, Manifestazioni, Incontri, sensibilizzazioni delle cittadinanze, Convegni, ecc.) due momenti sono stati determinanti perchè la Regione Lombardia, tutte le autorità e istituzioni competenti bocciassero questo *“impianto”* criminale. Con le dovute alleanze e corretti rapporti con tecnici (Studi di ingegneria e Centri di ricerca dei materiali, ecc.) due relazioni distinte: la prima (di 45 pagine) in una prima conferenza dei servizi e successivamente, avendo stimolato le *“sensibilità”* di arroganza e ignoranza della ELCON che presentava *“delle”* risposte, con una seconda relazione (35 pagine) sempre del Centro per la Salute e Medicina Democratica di Castellanza, si metteva fine a questa farsa di una società che ha il suo unico impianto nel mondo a Haifa (Israele) dove il loro Ministero dell'Ambiente lo nomina come *“Wild West”* (selvaggio ovest) e da anni richiede di adeguarsi alle norme europee ambientali.

Questo padrone certificava, con documenti depositati presso la Regione e le istituzioni che i trattamenti più pericolosi li avrebbe effettuati con materiali per nulla idonei: unica finalità profitto e logiche disumane.

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: normativa e prospettiva di lotta

di Marco SPEZIA*

L'EVOLUZIONE NORMATIVA

Da anni esistono Leggi dello Stato italiano per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Limitandoci alla normativa del dopoguerra, derivante da quanto disposto dall'Articolo 41 della Costituzione della Repubblica Italiana, già negli anni '50 venne emanato un corposo insieme di Decreti relativi alla tutela dei lavoratori:

- Decreto del Presidente della Repubblica n. 547 del 27 aprile 1955 “*Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*”;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 164 del 7 gennaio 1956 “*Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni*”;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 303 del 19 marzo 1956 “*Norme generali per l'igiene del lavoro*”.

Tali Decreti risultavano già allora all'avanguardia da un punto di vista tecnico, tanto che, con i necessari adeguamenti legati all'evoluzione della sicurezza, sono rimasti validi fino al 2008 e successivamente sono stati incorporati praticamente integralmente, all'interno del “*Testo Unico sulla Sicurezza*” (Dlgs 81/2008).

Tali Decreti consideravano sostanzialmente tutti gli aspetti delle attività lavorative, sia all'interno di aziende e stabilimenti, sia all'interno dei cantieri edili e disponevano precisi obblighi di natura tecnica e gestionale ai datori di lavoro.

A seguito della costituzione della Comunità Europea e della normativa da essa emanata al fine di armonizzare le leggi di tutela sul territorio europeo, a partire dagli anni '90 l'Italia cominciò a recepire Direttive Comunitarie sociali, legate a specifiche aspetti della tutela della salute e della sicu-

rezza.

Un primo importante recepimento (di natura sia tecnica che gestionale) fu il:

- Decreto Legislativo n.277 del 15 agosto 1991 “*Attuazione delle Direttive 80/1107/CEE, 82/605/CEE, 83/477/CEE, 86/188/CEE e 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro*” che fissava importanti novità per la tutela dei lavoratori rispetto alla protezione dal piombo metallico, dall'amianto e dal rumore e introduceva per la prima volta in concetto di “*valutazione del rischio*” da parte del datore di lavoro e del relativo obbligo di definire misure specifiche di prevenzione e protezione relativamente ai rischi individuati.

Successivamente il corpo normativo italiano venne completamente rivoluzionato dai due atti:

- Decreto Legislativo n. 626 del 19 settembre 1994 “*Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42, 98/24 e 99/38 riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*”;
- Decreto Legislativo n. 494 del 14 agosto 1996 “*Attuazione della Direttiva 92/57/CEE concernente le prescrizioni minime di sicurezza e di salute da attuare nei cantieri temporanei o mobili*”.

Il primo Decreto (per brevità D.Lgs. 626/94) recepiva la “*Direttiva Quadro*” 89/391/CEE che riguardava i principi generali di tutela dei lavoratori e le modalità organizzative delle aziende, oltre che le altre “*Direttive Speciali*”, relative a rischi specifici per la salute e la sicurezza.

**Ingegnere e tecnico della salute e della sicurezza sul lavoro - Medicina Democratica La Spezia - Progetto Sicurezza sul Lavoro: Know Your Rights! (disponibile su www.medicinademocratica.org)*

Il D.Lgs. 626/94 (con le sue successive modifiche e integrazioni derivanti dal recepimento di ulteriori “*Direttive Speciali*”), introdusse o regolamentò, in uniformità su tutto il territorio europeo, alcune importanti novità rispetto alla normativa degli anni '50:

- l'obbligo per il datore di lavoro di qualunque azienda di eseguire e formalizzare la valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza con la conseguente individuazione delle misure di prevenzione e protezione per eliminare o ridurre i rischi individuati;
- l'obbligo di eseguire valutazioni specifiche per i rischi legati a particolari condizioni lavorative potenzialmente patogene (rumore, vibrazioni, movimentazione manuale dei carichi, agenti chimici, agenti cancerogeni, amianto, agenti biologici, ecc.);
- la creazione del Servizio di Prevenzione e Protezione, con un Responsabile ed eventuali Addetti, come organismo di consulenza tecnica per il datore di lavoro;
- la definizione della figura del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (da eleggersi nelle medio-grandi aziende all'interno delle Rappresentanze Sindacali), come figura di interfaccia tra datore di lavoro e lavoratori, con attribuzione di controllo e di segnalazione e soprattutto con la possibilità di fare ricorso agli Organi di Vigilanza;
- la definizione della figura del medico competente e la regolamentazione della sorveglianza sanitaria di idoneità alla mansione per tutti i lavoratori sottoposti a rischio per la propria salute a causa del lavoro;
- la creazione di specifici ruoli aziendali per la gestione delle emergenze (incendio, terremoto, inondazioni) e per il servizio di primo soccorso in caso di infortuni o malori all'interno dell'azienda.

Il secondo Decreto (per brevità D.Lgs. 424/96) recepiva la “*Direttiva Cantieri*” 92/57/CEE che riguardava i principi generali di tutela dei lavoratori e le modalità organizzative dei cantieri edili.

Il D.Lgs. 494/96, analogamente al D.Lgs. 626/94 che definiva precisi obblighi organizzativi nell'ambito delle aziende, introduceva importanti adempimenti organizzativi per la gestione della salute e della sicurezza nei cantieri edili:

- definizione in maniera chiara delle figure di committente e di responsabile dei lavori;

creazione delle figure del coordinatore della sicurezza in progettazione e del coordinatore della sicurezza in esecuzione del cantiere;

- l'obbligo della redazione di un Piano di Sicurezza e Coordinamento per la gestione delle interferenze tra le singole ditte presenti in cantiere da parte del coordinatore della sicurezza in progettazione;

- l'obbligo della redazione del Piano Operativo della Sicurezza da parte dei datori di lavoro delle singole ditte;

- l'obbligo del coordinamento delle attività di cantiere durante la loro evoluzione temporale da parte del coordinatore della sicurezza in esecuzione.

I due Decreti D.Lgs. 626/94 e D.Lgs. 494/96, vennero successivamente integrati da altra normativa che regolamentava altri aspetti della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori o definiva le modalità attuative di concetti generali contenuti nei Decreti, relativamente a:

- tutela delle lavoratrici in gravidanza, puerperio e allattamento;

- regolamentazione dell'orario di lavoro;

- protezione antincendio;

- gestione del servizio di primo soccorso;

- criteri per l'immissione sul mercato delle macchine e loro requisiti di salute sicurezza;

- criteri per l'immissione sul mercato dei Dispositivi di Protezione Individuali e loro requisiti di protezione.

Agli inizi degli anni '90 del secolo scorso il corpo normativo risultava complesso ed elaborato e andava a coprire praticamente tutti i settori di tutela della salute e della sicurezza in ambito lavorativo.

Nacque quindi l'esigenza di accorpare tutta la normativa suddetta in un singolo “*Testo Unico*” su salute e sicurezza.

Il percorso legislativo fu lungo e travagliato, ma vide un'accelerazione improvvisa a seguito della strage della Thyssen Krupp, che richiamò l'attenzione dell'opinione pubblica sulla tematica della sicurezza sul lavoro.

Venne così promulgato, in tutta fretta e di conseguenza con numerosi refusi e imprecisioni, il Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008.

Tale Decreto (per brevità D.Lgs. 81/08) accorpava in un unico testo normativo tutta

(o quasi) la normativa sopra richiamata, introducendo però nel contempo alcune importanti novità:

- l'estensione del concetto di "lavoratore" a cui applicare le misure di tutela previste dal Decreto, ampliandone così il campo di applicazione a molte figure lavorative precedentemente non tutelate;
 - l'obbligo specifico di valutare il rischio da stress lavoro correlato;
 - l'obbligo di tenere conto nella valutazione dei rischi e nella definizione delle misure di tutela delle differenze di genere, di età, di provenienza da altri paesi, di tipologia contrattuale;
 - la creazione della figura del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale per tutte le realtà all'interno delle quali i lavoratori avessero deciso di non eleggere il proprio Rappresentante aziendale;
 - l'individuazione dei requisiti formali per la delega di funzioni;
 - l'obbligo di redazione di specifico documento di valutazione dei rischi da interferenze in caso di lavorazioni in appalto che non ricadessero nella definizione di cantiere edile;
 - la definizione di specifici obblighi per i lavoratori autonomi;
 - l'introduzione, per specifiche attività lavorative ad alto rischio, di controlli in merito all'abuso di alcol e all'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti;
 - l'inasprimento (nella sua prima definizione) dell'apparato sanzionatorio;
 - la possibilità della sospensione dell'attività imprenditoriale in caso di gravi e reiterate violazioni degli obblighi del Decreto.
- A partire dal 2009, parallelamente alla generale riduzione delle misure di tutela per i lavoratori, anche il D.Lgs. 81/08 ha visto una serie di modifiche peggiorative (*Decreto Sacconi* del 2009, *Decreto del Fare* del 2013, *Jobs Act* del 2015, ecc.) che ne hanno ridotto le potenzialità di tutela in particolare relativamente a:
- introduzione di visite mediche preassuntive;
 - riduzione del campo di applicazione del D.Lgs. 81/08, e restringimento del numero di lavoratori tutelati;
 - riduzione dell'apparato sanzionatorio;

- parziale deresponsabilizzazione del datore di lavoro e dei dirigenti;
- proroga di termini per l'entrata in vigore di alcuni adempimenti.

Ciò nonostante, ad oggi il D.Lgs. 81/08 mantiene importanti misure di tutela nei confronti della salute e della sicurezza dei lavoratori, il cui integrale adempimento permetterebbe una decisa riduzione del fenomeno infortunistico e delle malattie professionali. Occorre poi ricordare che assieme al corpo normativo cogente sopra definito, esistono una serie di norme tecniche, linee guida, indicazioni operative, risposte a interpelli, pareri emessi da organi autorevoli e ricono-



sciuti a livello normativo (INAIL, ASL, Vigili del Fuoco, UNI, ecc.) che integrano il corpo normativo stesso con precise indicazioni di natura tecnica e organizzativa.

In definitiva, nonostante numerose, ma non sostanziali, riduzioni della capacità di tutela, l'insieme delle disposizioni normative a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, è ad oggi in Italia, di importante impatto.

LE POSSIBILI ULTERIORI MODIFICHE

Relativamente alla normativa di tutela della salute e della sicurezza ad oggi si presentano due indirizzi di modifica, diametralmente contrapposti.

Il primo, inteso a una sostanziale riduzione delle garanzie per i lavoratori, è quello contenuto nel cosiddetto Disegno di Legge Sacconi, presentato dall'ex Ministro del Lavoro Maurizio Sacconi assieme alla senatrice Serenella Fucksia.

Tale Disegno di Legge prevede una sostan-

ziale riscrittura del D.Lgs. 81/08, che ne snaturerebbe del tutto le misure di garanzia in esso contenuto, prevedendo:

- decisa deresponsabilizzazione del datore di lavoro;
- eliminazione dell'obbligo di vigilanza in capo al datore di lavoro, con conseguente colpevolizzazione di preposti e lavoratori;
- sostituzione della valutazione dei rischi con una "autocertificazione" a firma di non meglio definiti "tecnici della sicurezza", in sostanza consulenti stipendiati dal datore di lavoro.

Il secondo indirizzo di modifica è inteso invece a una maggiore tutela dei lavoratori, relativamente alla loro salute e sicurezza e si è esplicitato, attraverso:

- numerosi Disegni e Proposte di Legge che propongono di definire precisi obblighi sanzionabili a carico del datore di lavoro per l'eliminazione o la riduzione di tutti i rischi per la salute legati al disagio psico-sociale lavoro correlato (stress, mobbing, molestie, burn out, ecc.), anche tramite la collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza;
- il Disegno di Legge, a firma dei senatori Giovanni Barozzino e Felice Casson, che propone di modificare il Codice Penale con l'introduzione dei reati di "omicidio sul lavoro" e di "lesioni sul lavoro", con pene detentive e termini di prescrizione maggiori di quelle relative all'attuale reato di omicidio colposo con l'aggravante della mancata osservanza delle norme antinfortunistiche.

LIMITI SOSTANZIALI DELLA NORMATIVA ESISTENTE

Al di là di possibili evoluzioni, come precedentemente detto, il corpo normativo italiano risulta ad oggi ancora sostanzialmente adeguato e in grado di garantire una sufficiente tutela per la salute e per la sicurezza dei lavoratori.

Ciò nonostante l'Italia conta numeri di infortuni, di malattie professionali, di morti per lavoro decisamente inaccettabile, con una linea di tendenza che non accenna a cambiare, ma che anzi negli ultimi anni è in sostanziale aumento, a causa dell'aumento del lavoro sommerso e che va quindi al di fuori delle statistiche ufficiali dell'INAIL (si

veda a tale proposito le importanti informazioni raccolte dall'Osservatorio Indipendente di Bologna Morti sul Lavoro curato da Carlo Soricelli).

Le cause sono molteplici, come si vedrà meglio dopo, e non riconducibili soltanto al corpo normativo, che potrebbe essere in ogni caso migliorato.

Il vero limite della normativa esistente sta nella sua inadeguatezza rispetto alla struttura produttiva e alla realtà lavorativa italiana. Il D.Lgs. 81/08, come recepimento di Direttive Europee, parte dal presupposto dell'applicazioni in aziende di medie-grandi dimensioni ben strutturate, con chiare politiche sociali, con manager e tecnici dedicati alla sola tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, non solo come adempimento di obblighi esistenti, ma anche di tutela del patrimonio umano dell'azienda, con investimenti dedicati alla tutela dei lavoratori.

La maggior parte delle aziende italiane non hanno invece né la cultura, né la struttura per un sostanziale adempimento degli obblighi di cui al D.Lgs. 81/08, che non sia un semplice adempimento formale, dove (a causa anche dell'atteggiamento degli Organi di Vigilanza) conta più "fare carta" che sostanza. In questo modo le poche risorse interne o esterne disponibili si adoperano per la creazione di documentazione, spesso inadeguata e sempre inutile, piuttosto che per la realizzazione pratiche di misure sostanziali per la salute e la sicurezza.

Inoltre, in un tessuto produttivo dove regna sovrana la ricerca esasperata del profitto e non esiste alcuna "cultura" della tutela dei lavoratori, il D.Lgs. 81/08 lascia all'imprenditore una eccessiva libertà nella fase cruciale del processo di tutela che è quello di valutazione dei rischi, con il risultato della realizzazione di documentazione aziendale formalmente presente, ma che risulta completamente travisante la vera realtà in relazione alla presenza di rischi.

Rimane poi l'intenzionale travisamento di quello che deve in realtà essere il documento di valutazione dei rischi, non cioè una mera elencazione dei rischi per la salute e la sicurezza, ma uno strumento programmatico che parte da tale elencazione, per definire in termini concreti le misure di preven-

zione e protezione da adottare per eliminare o ridurre tali rischi.

LA VERA CAUSA DELLA STRAGE SUL LAVORO

Come detto precedentemente il D.Lgs. 81/08, assieme alle fonti del diritto (Codice Civile, Codice Penale e Costituzione) costituiscono ancora, così come sono, una importante forma di tutela per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Qual è dunque il motivo, se le leggi e le norme ci sono, perché si continui a morire e ad ammalarsi sul lavoro ?

La risposta è semplice ed è la stessa che si ripete ogni qual volta si cerchi di proteggere gli sfruttati: la legge c'è ed è buona, ma volutamente non si applica e volutamente non si fa niente per farla applicare.

I motivi della mancata applicazione della normativa sono molteplici, ma riconducibili tutti a una causa principale: la concezione capitalista del lavoro che mette in primo piano la logica del profitto, al di là ogni altra considerazione etica o morale.

Il fatto è che creare le condizioni perché il lavoro sia sicuro e salubre ha un costo, per giunta un costo non produttivo, perché non è finalizzato alla crescita dei ricavi. Tutti questi maggiori costi come già detto non comportano una maggiore produttività e quindi non comportano un maggiore profitto, inteso come differenza tra ricavato della vendita e costo di produzione.

Per dirla con Karl Marx *“Al padrone non interessa nulla della vita e della salute dell'operaio, se non ci sono le leggi che glielo impongono”*.

Ma questa imposizione, nonostante che le leggi ci siano, di fatto non sussiste, oppure sussiste in maniera percentualmente irrilevante.

In conclusione, mancando la coercizione a *“fare sicurezza”*, i padroni non la fanno, riducendo il costo del lavoro e aumentando il loro profitto, unica leva dell'economia capitalista.

Questa logica non interessa solo i datori di lavoro, ma coinvolge (con i dovuti distinguo) anche le associazioni e le istituzioni che dovrebbero vigilare sul corretto adempimento della normativa o che dovrebbero punire i mancati adempimenti ai sensi della

normativa stessa, in quanto tali istituzioni sono comunque sotto il controllo diretto o indiretto dei centri di potere capitalistico finanziario o industriale.

Di conseguenza:

- i partiti politici, anche quelli della cosiddetta *“sinistra”*, salvo casi rari, non inquadrano la mancata tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori in un ambito più ampio di lotta di classe;
- i sindacati concertativi, accettando il ricatto *“lavoro-sicurezza”*, non supportano in maniera adeguata i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, né pongono al centro delle loro vertenze il diritto alla salute



te e alla sicurezza;

- gli Organi di Vigilanza, anche a causa dell'endemica carenza di organico, eseguono le ispezioni delle aziende e dei cantieri in maniera saltuaria e spesso in maniera estremamente blanda;

- gli Organi Giudiziari, oltre ad essere ingolfati dalla lentezza dei processi (che spesso comportano la prescrizione del reato), in molti casi stanno dalla parte degli assassini, con la conseguenza di scandalose assoluzioni, anche in casi di evidente colpevolezza;

- la maggioranza poi dei lavoratori stessi ha perso ogni nozione di lotta di classe, non comprendendo che essa si manifesta ancora oggi, anche se in forme diverse rispetto al passato, con la netta contrapposizione tra chi lavorando rischia di morire e chi non fa niente per evitarlo.

LE PROSPETTIVE DI LOTTA

A fronte della esposizione finora svolta la

conclusione è, secondo me, ovvia: relativamente alla salute e alla sicurezza dei lavoratori è stato di fatto sospeso il diritto di tutela dei lavoratori sancito dalla Costituzione e dai Codici e, di conseguenza, dalla normativa sopra citata.

Per invertire tale tendenza è prima di tutto necessario creare di nuovo consapevolezza (che non può che essere di classe) all'interno dei lavoratori e dei sindacati sinceramente interessati, che il diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro, garantito dalle fonti e dalle leggi, è diritto inalienabile, non sottoponibile a ricatti di alcun tipo.

Soltanto se i lavoratori sapranno quali sono i loro diritti per tutelare salute e sicurezza e si

compatteranno con l'obiettivo di pretendere che tali diritti vengano garantiti, si potrà sperare in una inversione di tendenza nella strage quotidiana degli "eroi senza volto".

E' indispensabile poi un coordinamento organizzativo e "politico" tra le tantissime realtà che esistono e combattono per la tutela della salute e la sicurezza dei lavoratori e dei cittadini, ma che spesso sono appunto poco coordinati tra di loro.

Occorre cioè fare "massa critica" sia da parte di chi (partiti, sindacati, associazioni) ha sinceramente a cuore la salute e la sicurezza dei lavoratori, sia da parte dei lavoratori stessi, che devono acquisire (nuovamente) la consapevolezza dei propri diritti.



Le proposte di AlBeL sullo stress lavoro correlato e sulle vessazioni sul lavoro

di Enzo CORDARO*

I “SIGNORI DELL’ANELLO” E LA MASCHERA DELLA COMMEDIA SOCIALE
“Un anello per domarli, un anello per trovarli, un anello per ghermirli ...e nel buio incatenarli” J.R.R. Tolkien

Ho voluto aprire il mio intervento con una metafora sul potere sfruttando una frase tratta dal libro di Tolkien “*Il signore degli anelli*”, perché credo che il tema ha scatenato, nel percorso di normazione, tutti gli interessi più reconditi che l’umano possa immaginare. Interessi che hanno voluto chiudere una porta alla realizzazione dell’obiettivo di un approfondimento serio sulle tematiche dei processi organizzativi e la rilevazione dei rischi psicosociali per una corretta prevenzione delle patologie stress lavoro correlato.

Il tentativo di rendere inefficace l’intervento di prevenzione al disagio da lavoro è riferibile alla difficoltà da parte dell’imprenditoria sia pubblica e sia privata di mettere in discussione, sopra ogni ragionevole dubbio, il modello organizzativo, pensando che l’azienda sia solo una emanazione dei propri superiori interessi e considerando chi ci opera come una unità astratta senz’anima e senza autonomia. Mentre nell’organizzazione oggi agisce un sistema vivente, in grado di reagire agli stimoli interni ed esterni, con una sua dinamica di sviluppo, che può seguire percorsi evolutivi o regressivi i quali possono garantirle una salute ottima, oppure una salute cagionevole, si può riconoscere per le sue potenzialità peculiari, ha bisogno di essere nutrita per funzionare ed ha una sua capacità di comunicazione. Il modello organizzativo deve essere considerato come un sistema vivente che riesce a dare una rappresentazione di sé, e che può anche

morire. Ovvero agiscono, al suo interno, persone che esprimono le loro emozioni, i loro pareri e soprattutto interagiscono, creando un sistema per nulla predefinito, dinamico e fluttuante. Da qui sorge spontanea una domanda che si articola nel chiedere come mai non si riesca a percepire quanto sopra detto e la risposta ci viene da un’affermazione di Seth Godin il quale dice: “*sono proprio le organizzazioni che hanno bisogno di maggiore innovazione quelle che fanno di tutto per impedire che la si attui, è un paradosso, ma quando si riesce a scorgerlo, è possibile cogliere una fantastica opportunità*”. L’opportunità è di riuscire a progettare un futuro imprenditoriale in grado di reggere il confronto con una società globalizzata, con le sue trasformazioni sociali ed economiche.

Un esempio credo che possa spiegare come può essere affrontato un problema legato alla riduzione della produzione seguendo un criterio di vero cambiamento di scenario e questo ci può far capire come le reazioni emotive dell’uomo possono essere integrate positivamente nel progetto stesso, rendendole un valore aggiunto del processo organizzativo. L’esempio ci deriva dall’azione intrapresa dalla direzione della fabbrica di automobili Volkswagen, la quale si rese conto, ascoltando e osservando il sistema, che uno dei motivi del calo della produzione era dovuto al diminuito senso di appartenenza dei giovani operai al marchio e questo portava con sé un minore impegno nel lavoro. La direzione ha pensato di reintrodurre in produzione anziani operai volontari con lo scopo di permettere una trasmissione di valori ai giovani e ricostruire il gruppo ricreando il giusto collegamento tra le persone che lavorano, il marchio e la dire-

**Presidente dell’Associazione Italiana Benessere e Lavoro.*

zione dell'azienda. Al di là dei risultati, è però encomiabile il fatto che alla Volkswagen pongano un'attenzione seria all'aspetto umano, senza fare "guerre sante" contro i sindacati e i lavoratori. La ricetta è oltremodo semplice e si riferisce alla capacità di voler sentire le persone, potendone interpretare in modo corretto le esigenze e sapendo che definire una condizione ambientale corretta favorisce l'identificazione, la disponibilità e la partecipazione. Costruire un ambiente comunicativo con una dominanza simmetrica, dove la meta-comunicazione che si evince si riferisce solo a uno scontro di potere, rende l'ambiente asfittico e patologico e per cui rifiutante ed espulsivo.

Il dibattito dei "centri di potere" che hanno gestito in Italia l'accordo europeo tra le parti relativo alla prevenzione delle patologie stress lavoro correlato e la conseguente articolazione legislativa che ne è derivata (D.lgs N°81/08 s.m.i. e la circolare esplicativa del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 18 novembre del 2010), ha costruito una dimensione operativa che ha autorizzato la collusione con le resistenze imprenditoriali di attivare il cambiamento, tanto da maturato ancora una volta un fenomeno tutto italiano che, non ha voluto accettare quanto di positivo poteva derivare dall'accordo europeo del 2004, ovvero un valore aggiunto di grande utilità, ma ripercorrendo una vecchia strada così bene descritta da Tommaso di Lampedusa nel suo più importante romanzo "Il Gattopardo" che si può parafrasare con "far finta di fare per non fare nulla".

Ed è così che è stato garantito "l'effetto pinocchio" costruito e gestito da professionisti che si sono preoccupati di essere più realisti del re e che hanno generato una condizione dove "il massimo della stupidità si è raggiunto, non tanto ingannando gli altri, ma sé stessi, sapendolo" (John Fitzgerald Kennedy). La complessità di un'organizzazione e la lettura dei suoi processi si è tradotta in una semplificazione anonima con annessa incoerente scientifica garantita da una check-list, che è uno strumento che per sua natura non può né sentire né capire la complessità delle persone, non può analizzare i fattori di contesto e di contenuto delle organizzazioni, non può approfondire

aspetti come la cultura e il clima organizzativo, né comprendere come si articolano i modelli comunicativi e le reti conversazionali, tantomeno quali sono gli agiti che si manifestano nei gruppi e nei sottogruppi dell'organizzazione. Il dramma è però, che proprio quello che non riesce a essere compreso da una check-list risulta invece importante conoscere, per riuscire a far propria la dimensione psicologica del gruppo, poter interpretare la componente sociale e comunicativa, percepire le reti conversazionali per evidenziare la qualità del benessere organizzativo, la funzionalità e la salute del sistema.

Come si può evitare l'effetto pinocchio e garantire un'azione vera di analisi dei processi organizzativi? La ricetta proposta dal sottoscritto e da tutto il gruppo di lavoro si articola secondo tre specifici momenti collegati tra loro, il primo un impegno morale, il secondo un impegno organizzativo e il terzo impegno di tipo scientifico e metodologico.

Il primo momento si riferisce al recupero del concetto di etica della ricerca che deve soprattutto essere lontana da una visione ideologica e faziosa. Si deve garantire una serietà morale nella ricerca, una correttezza di analisi del "sistema in studio"; una forte coerenza con il pensiero scientifico di riferimento; il rispetto della componente umana che abita le organizzazioni, ponendo un'equa distanza tra gli attori; un'operatività in grado di comprendere il senso dei processi e dei nodi importanti con cui si definiscono le organizzazioni; un'adeguata capacità interpretativa dei fenomeni sapendoli riferire alla dimensione del contesto in analisi. Inoltre è importante considerare chi lavora un protagonista d'ascoltare, sapendo integrare tutte le variabili che definiscono i processi organizzativi, per interpretare le esigenze del sistema e i cambiamenti sociali a esso associati.

Il secondo momento si riferisce al costruire un'operatività che permetta l'incontro di professionisti ponendoli in grado di apportare conoscenze diverse per integrare in un'azione comune e definire una sinergia di forze. Lo psicologo del lavoro o il medico del lavoro o il responsabile dei servizi di prevenzione e protezione da soli non posso-

no interpretare tutta la complessità che si esprime nell'analisi di un sistema azienda, ma la loro azione combinata può definire una visione ergonomica coerente e fortemente pregnante.

Il terzo momento si riferisce alla coerenza della teoria scientifica di riferimento, elemento fondamentale per assicurare un'adeguata capacità di lettura della complessità del sistema. Una teoria di riferimento ha come obbligo prioritario il compito di sapere dove e cosa guardare, quindi si deve soprattutto sapere cos'è e com'è composta un'organizzazione. Un'organizzazione, come ho avuto modo di dire sopra, ha una capacità dinamica che implica una sua trasformazione nel tempo che riesce a darle una capacità di adattarsi al contesto in cui nasce e in cui vive, nel rispetto della natura e dei compiti che è chiamata a svolgere. Il modello che riesce a cogliere la dinamicità e il cambiamento dell'organizzativa è rappresentato dall'organizzazione come sistema vivente, in altre parole dal *sistema conversazionale culturale*. Siamo nell'ambito della 2° cibernetica, teoria che studia l'azione e la reazione dei sistemi viventi che sono in grado di ripensare se stessi e riprogrammare l'organizzazione (autopoiesi), influenzare lo schema culturale, sapendo incidere sul livello di coscienza delle persone. Questo modello di organizzazione si riferisce a un sistema che riesce a tenere conto della complessità, integrando l'individuo e le sue reazioni emotive nel gruppo, il quale permette di considerare l'organizzazione come una rete vivente. Il *sistema conversazionale culturale* si struttura, si organizza e si rappresenta nella sostanza quando si manifesta una ricorrente condivisione di uno spazio anche immateriale, esistenziale, o psicologico, orientato a uno o più obiettivi, caratterizzato da continui contatti comunicativi. Questa situazione genera una rete d'interazioni e d'intersoggettività chiamata *rete di conversazione*, e quando le azioni delle persone si coordinano riescono a definire strutture stabili d'interazioni emotivo-cognitive. La forza d'impatto delle *reti conversazionali* è in grado di generare, influenzare e modificare l'impianto strutturale della cultura organizzativa del sistema, che rappresenta, come afferma E. Schein, "un insieme di

assunti basilari che un certo gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato quando è riuscito a far fronte ai suoi problemi di adattamento esterno o di integrazione interna, e che si sono rivelati validi e, quindi, vengono acquisiti e trasmessi ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare, sentire quei problemi".

Il *sistema conversazionale culturale* diviene per cui una fonte di aggregazione e di coesione stabile che rappresenta la sostanza della vita del gruppo, il luogo dove si manifestano le dimensioni psicosociali, si articolano i processi comunicativi, il luogo dove si organizzano i ruoli e le responsabilità e



dove si articolano i conflitti.

Il *sistema conversazionale culturale* risulta dinamico e cangiante perché riesce, attraverso la capacità di retroazione, a rinviare e ricodificare i messaggi e ponendosi nella condizione di modificare e ripensare gli assetti, riprogettare le regole.

Per analizzare un sistema organizzato si deve guardare dentro e avere la capacità di essere in contatto con le dimensioni "intime" dei gruppi. Non serve a nulla e rischia di essere forviante attuare un'indagine rimanendo fuori dai confini dell'organizzazione e utilizzare strumenti formali che analizzano aspetti altrettanto formali. Misurare gli eventi sentinella, fenomeni tanto decantati per "testare il polso delle organizzazioni", è un atto inutile, perché gli eventi sentinella sono un epifenomeno sintomatologico di cause che agiscono dentro il sistema e che le check-list non fa emergere, definendo una semplificazione inutile e dannosa. Da questo sopra espresso si può ulteriormente

capire come siano limitate le check-list proposte e come sia inutile definire un'indagine organizzativa se non si tiene conto della spiegazione dell'esperienza. Le check-list, oltre a non essere strumenti tecnicamente in grado di comprendere i sistemi organizzati per quanto detto sopra, sono strumenti rigidi che non possono cogliere la complessità vitale dei sistemi. Per permetterci questo si deve avere il coraggio di sentire le persone, tutte le persone.

Lo scenario del *sistema vivente o del sistema conversazionale culturale*, secondo i concetti teorici dal gruppo di ricerca da me diretto, si articola in tre sottosistemi (*sistema intrapsichico*, *sistema sociale*, *sistema organizzato*), la cui modalità d'integrazione permette lo scorgere della dimensione psicosociale e la cui operatività definisce il divenire delle *reti di conversazione* e ne rileva la qualità. Nel caso specifico della prevenzione delle patologie stress lavoro correlato non possiamo dimenticarci di tenere in considerazione tutte le parti che compongono il sistema, perché è solo se riusciamo a leggere il dato complessivo che si può avere una giusta considerazione delle dimensioni specifiche, ad esempio del disagio individuale. Non si può pensare di definire la correlazione tra il disagio individuale e la dimensione lavorativa se non si conoscono le condizioni della dimensione sociale in cui il soggetto esplica la sua attività lavorativa. L'accertamento del disagio psichico non può fermarsi al solo inquadramento diagnostico, *espressione di una visione "fenomenologica" della persona*, ma bisogna che il dato nosologico riesca a essere implementato con una diagnosi "proposizionale", ovvero con una diagnosi capace di declinare quel disagio sul piano organizzativo, specificando quali suscettibilità della persona siano state sollecitate dalle variabili disfunzionali operanti nell'organizzazione e che vanno corrette per tutelare la persona nella sua unità somato-psichica.

Il *sistema intrapsichico* rappresenta la dimensione umana individuale che si compone di atti che riuniscono in se sia la dimensione cognitiva e sia quella emotiva, la cui comprensione può essere effettuata solo se si riesce a tenere conto della complessità dei comportamenti dell'individuo.

Il *sistema sociale* dove si esprime e si può analizzare la funzione vitale dell'organizzazione che permette ai gruppi che vi operano di assumere "un'attività mentale collettiva" la cui dominante psicologica è definita dalla commistione tra gli aspetti cognitivi, emotivi derivati dalle singole individualità. Ciò che ne deriva è altro dalle soggettività, dai pensieri e dalle emozioni che caratterizzano gli individui. Questo nuovo costrutto diviene la forza propulsiva che definisce "la personalità" del gruppo, caratterizzandone la componente psicologica e impostandone il comportamento e l'azione. La giustapposizione degli aspetti cognitivi con quelli emotivi caratterizza le differenze tra i diversi gruppi.

Il *sistema organizzato* che racchiude nei suoi confini tutte le dimensioni dell'organizzazione che si riferiscono sia la parte denominata *Hard* e sia la parte denominata *Soft*. Per *hard* s'intende l'insieme delle strutture materiali dell'azienda e dei principi che disciplinano l'organizzazione e che rappresentano le norme conosciute per l'azione. Questa parte si può definire anche come componente razionale e cognitiva del sistema. Per parte *soft* s'intende l'insieme delle regole non codificate, palesi o intrinseche, che condizionano i comportamenti dei soggetti che vivono l'organizzazione e che configurano gli assunti di base della cultura organizzativa.

L'insieme dei tre sistemi definisce il contesto: ovvero "il luogo sociale in cui si verifica una certa relazione, ed è anche il luogo, che attraverso il processo sociale, definisce il carattere individuale delle persone. Grazie a tale processo le emozioni individuali possono esprimersi solo nell'ambito di un pattern sociale, chiamata **Ethos**, definito come «un sistema culturalmente uniformato di organizzazione degli istinti e delle emozioni degli individui» (Gregory Bateson).

Mi sembra opportuno chiosare quanto sopra detto con una frase di K. Marx tratta da: "Per la critica dell'economia politica, 1859", frase il cui significato è stato ribadito con accezioni diverse anche da autori già citati come G. Bateson e W. Bion, e che recita "Non è la coscienza degli uomini che determina il loro essere, ma è, al contrario, il loro essere sociale che determina la loro

coscienza".

Un ultimo aspetto mi sembra importante rilevare si riferisce all'eziopatogenesi del disagio dal lavoro. Come abbiamo sopra detto, per comprendere il disagio da lavoro, non possiamo basarci solo sull'analisi individuale secondo i principi della fenomenologia, ma si ha l'esigenza di integrare con una diagnosi proposizionale che sappia coniugare il disagio espresso e il rischio che può derivare da una realtà psicosociale complessa, conflittuale, malata.

L'esperienza ha insegnato a me e a tutti coloro che articolano il loro intervento professionale secondo criteri di attenzione alla dimensione umana, che tanto maggiore è la disgregazione dell'organizzazione tanto maggiore è la produzione di disagio dei singoli e che il disagio si esprime secondo alcune costrittività che sono presenti nel tessuto delle aziende.

Quando in un'azienda *si configura una condizione di precarietà che impone programmi di emergenza* e non si ha la capacità di proporre un progetto stabile per il superamento del conflitto, si può definire una situazione di rigidità nelle regole organizzative che possono aggravare la complicazione concernente *le costrittività organizzative* (1) (aumento della quantità di lavoro, riduzione delle garanzie, incremento dei controlli ossessivi, diminuzione dei tempi di riposo etc.), che riducono lo spazio di autonomia lavorativa individuale e aumenta la fatica. Questa è una condizione che genera stanchezza fisica e psichica, caduta dell'attenzione, incremento dell'errore, irritabilità, noia e aggressività. In questa situazione il disagio individuale può assumere anche connotazioni alte, si può incrementare il rischio clinico, ma il rischio dell'insorgenza di patologie stress lavoro correlato sono limitate. Si ha un incremento della fatica, ma in genere le persone sono in grado ancora di apporre capacità di resistenza alla situazione.

Qualora il *sistema dei provvedimenti provvisori divenga stabile nel tempo*, la dimensione dell'organizzazione incrementa ulteriormente il livello di costrittività, aumenta il livello di fatica e il disagio invade anche la sfera più intima che riguarda la percezione del sé riferito alle proprie competenze lavo-

native. In questo caso si attiva anche la *costrittività esistenziale* (2) *del lavoro*, che si riferisce alla stabilità dell'immagine che le persone costruiscono all'interno del ruolo e delle attività che ricoprono sul posto di lavoro, e misura il livello di scostamento dall'immagine soggettiva con la realtà in cui è inserito. Questo non fa che implementare il disagio apportando, ai problemi sopra citati, altri problemi, come il disinteresse all'attività lavorativa, la caduta dell'immagine positiva di sé, il senso d'inutilità, un certo disturbo dell'umore con connotazioni depressive, l'ansia come emozione prevalente che accompagna l'atto lavorativo, rea-



zioni psicosomatiche. Questa è una condizione sociale e organizzativa dove può generare una condizione sintomatologica conclamata.

Se il *sistema vivente non riesce ancora a trovare soluzioni che possano recuperare la situazione descritta, la condizione successiva caratterizza l'insorgenza delle costrittività relazionali* (3), che definisce una condizione dove si esplica una dominanza delle modalità comunicativa simmetrica rigida, si incrementa la conflittualità e la confusione sui contenuti dello scambio comunicativo (l'oggetto del confronto perde la sua identità cognitiva per caratterizzarsi solo come dominante emotiva di espressione di potere), si altera l'affettività, il gruppo diviene competitivo e conflittuale, si genera una condizione di passività relazionale, che caratterizza una cultura del sistema con aspetti ansiosi e paranoidei. La dominanza del modello comunicativo complementare rigido che azzerà forzatamente le differenze,

crea un substrato di consenso passivo il quale ha la forza di ridurre la ricchezza e la complessità delle idee e diminuisce la qualità del confronto. Queste modalità di comunicare definiscono un tessuto relazionale e comunicativo fortemente conflittuale, dominato da un modello a dominanza implicita di tipo interpretativo a discapito di un modello esplicito. Ciò implica il disallineamento delle reti conversazionali e la rottura delle architetture comunicative. Questa condizione la si può definire *la tempesta perfetta*, una condizione in cui da un rischio di patologie stress lavoro correlato, si passa ad un forte rischio di una situazione dove si attivano atteggiamenti da mobbing e, ancora più grave, si generano nuclei di reti morenti, ovvero nuclei che non riescono più a garantire una rete comunicativa e un passaggio comunicativo adeguato alle esigenze di una buona organizzazione, implementando il disagio e l'incomunicabilità dei settori dell'organizzazione. Sicuramente è una condizione dove aumenta in modo esponenziale l'insorgenza dei sintomi individuali e organizzativi e dove si implementa il rischio dell'errore clinico. Purtroppo questa condizione è la più diffusa nei servizi sanitari da noi analizzati.

Dobbiamo recuperare un tempo perduto, fermatosi quando si è deciso di sciogliere l'Istituto sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (ISPESL) e di trasferirne le competenze all'interno del Istituto Nazionale Assicurazione per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e conseguentemente eliminare il network sul disagio da lavoro, che nell'istituto operava con lo scopo di coordinare esperienze territoriali e universitarie dei centri clinici che lavoravano sul tema del disagio da lavoro e di proporre e costruire nuove progettualità.

Per dirla con le parole di Mark Twain *Il segreto per andare avanti è iniziare*, e un gruppo consistente di centri che animavano il network dell'ISPESL oggi si sono ritrovati in una associazione denominata AIBeL (Associazione Italiana Benessere e Lavoro) che ha ripreso a lavorare da dove il network aveva finito e sta procedendo con la ricerca, la sperimentazione e la divulgazione di nuovi progetti relativi ai temi in questione. In questi anni AIBeL ha costruito momenti

di riflessione che si sono articolati con seminari svolti in diverse città italiane (Firenze, Roma, Napoli, Cagliari), nei quali hanno partecipato e dato il loro contributo professionisti del settore della medicina (medici del lavoro, medici legali, medici psichiatri), della psicologia (psicologi clinici e psicologi del lavoro), della giurisprudenza (Avvocati penalisti, Avvocati giuslavoristi, Magistrati) e tecnici della prevenzione.

Il confronto, cui hanno partecipato anche alcuni parlamentari di diverse estrazioni politiche, è servito a evidenziare due proposte di progetti di legge finalizzate ad arricchire lo scenario legislativo in merito ai problemi del disagio da lavoro: la prima è utile a coprire il vuoto legislativo della pericolosa assenza di una legge che istituisca il reato di mobbing; la seconda utile ad arricchire quanto previsto dal D.lgs 81/2008 e s.m.i. in merito alla prevenzione e intervento relativo alle patologie stress lavoro correlato.

Queste proposte AIBeL è disposta a porle ancora una volta sul tavolo del confronto per cercare di allargare un fronte politico e sociale per essere in grado di incrementare l'azione di umanizzazione delle relazioni nella sfera sociale e del lavoro.

L'attività di AIBeL si è anche cimentata con proposte di leggi regionali in grado di trasferire l'azione di prevenzione sul disagio da lavoro anche all'interno del tessuto legislativo regionale, attraverso l'istituzione di attività finalizzate a contrastare il conflitto e il disagio lavorativo con l'istituzione formale di centri di ascolto e di centri clinici. I professionisti di AIBeL, con il contributo importante del Cavaliere del Lavoro Fernando Cecchini, hanno collaborato con Consiglieri Regionali e i apparati definendo un progetto di legge che è ora all'attenzione del lavoro dei Consigli Regionali del Lazio, della Campania e della Sardegna.

Credo opportuno terminare il mio intervento con due frasi che reputo profondamente utili a rappresentare la visione culturale e politica di AIBeL, due frasi che non sono state citate da pericolosi "rivoluzionari", ma la prima da un ingegnere che negli Stati Uniti si è occupato in modo sociale di nutrizione, e la seconda da un imprenditore italiano.

La prima frase è di Clarence Francis che

dice: *“Voi potete comprare il lavoro di un uomo, la sua presenza fisica in un determinato luogo, potete comprare anche un determinato numero di abili movimenti muscolari per un’ora o per un giorno, ma non potete comprare l’entusiasmo, la lealtà, la devozione del cuore, della mente e dell’a-*

nimo... Queste cose ve le dovete meritare”; la seconda frase è di Adriano Olivetti che dice: *“... La fabbrica fu quindi concepita alla misura dell’uomo perché questi trovasse nel suo ordinato posto di lavoro uno strumento di riscatto e non un congegno di sofferenza”* (4).

NOTE

1. Bruno Maggi *“Lavoro Organizzazione e Salute”* Edizioni Tirrenia Stampatori, maggio 1991.

2. Enzo Cordaro quarto capitolo di *“Ergonomia nel lavoro che cambia”* Edizioni Palinsesto,

2010.

3. Ibidem

4. Adriano Olivetti, *“Ai lavoratori di Pozzuoli”*, 1955.





Introduzione del reato di vessazioni sul lavoro nell'ordinamento giuridico

di Alessandro ROMBOLA**

La discussione sull'opportunità (o meglio necessità) dell'introduzione del reato di vessazioni sul luogo di lavoro parte da un dato di fatto: attualmente nell'ordinamento giuridico italiano tale fattispecie criminosa non è prevista.

Ma non solo: la giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione è estremamente ondivaga sull'esatta individuazione della rilevanza penale nelle condotte vessatorie compiute a danno del lavoratore.

Tutti conoscono il problema e quindi non mi dilungherò nella descrizione di cosa sia il mobbing e quali siano le sue caratteristiche. Semplicemente mi limiterò a ricordare quando, sempre secondo il giudice di legittimità, si possa parlare di mobbing: *"figura complessa che designa un eterogeneo fenomeno consistente in una serie di atti e comportamenti vessatori protratti nel tempo, posti in essere nei confronti di un lavoratore da parte dei componenti del gruppo in cui è inserito o dal suo capo, caratterizzati di un intento di persecuzione ed emarginazione finalizzato all'obiettivo primario di escludere la vittima dal gruppo"*.

Questa è la definizione che si ricava da una recente sentenza della sezione lavoro della Corte di Cassazione (sentenza n. 20230 del 25.09.2014) che sostanzialmente conferma i precedenti del giudice di legittimità sul punto.

Le caratteristiche del mobbing sono state poi ribadite anche nella sentenza n. 10037 del 15.05.2015.

Torniamo al punto centrale di queste brevi riflessioni.

L'esame della giurisprudenza penale in tema di mobbing conferma come, di fatto, vi sia una marcata carenza di serie misure volte a prevenire e reprimere le condotte vessatorie

poste sui luoghi di lavoro.

Occorre innanzitutto ricordare alcuni principi fondamentali dell'ordinamento giuridico penale.

Il primo è quello del *nullum crimen sine lege*. Si tratta di un principio fondamentale che troviamo in tutte le carte costituzionali dei paesi democratici e che può riassumersi nel concetto che nessun cittadino può essere chiamato a rispondere - in sede penale - di condotte commissive o omissive che non siano state preventivamente vietate e sanzionate dalla legge.

Il secondo è il divieto da parte dei giudici dell'utilizzo del procedimento analogico per individuare nuove tipologie di reato.

Questi sono, a mio modesto avviso, i motivi per cui - anche nelle ipotesi più gravi - il mobbing non viene sanzionato in sede penale in quanto, in assenza di una norma incriminatrice *ad hoc* e con la necessità di osservare i principi generali ora indicati, soltanto in rarissimi casi si arriva alla condanna del *mobber*.

Nel corso dei vari dibattiti convegni di studio dedicati al tema, la posizione dei magistrati è di negazione che le condotte vessatorie non siano sanzionate penalmente.

Ma rimane il fatto, incontrovertibile, della difficoltà di arrivare a sentenze di accertamento della responsabilità penale del reo con conseguente condanna del responsabile. E ciò deriva, a mio parere, proprio da quanto ho detto sinora: in mancanza della norma che sanziona penalmente la condotta vessatoria, le stesse procure, esclusive titolari dell'esercizio dell'azione penale, spesso e volentieri concludono per l'assoluzione dell'imputato con la sempre eguale motivazione: *perche' il fatto non costituisce reato*.

Per comprendere l'inadeguatezza (e lo stato

*Avvocato,
Medicina
Democratica
Sezione Pietro
Mirabelli Firenze.

di confusione) dell'attuale sistema repressivo, prenderò in considerazione due recenti sentenze della sesta sezione penale della Corte di Cassazione.

La prima è la n. 40320 del 2015 nella quale i giudici di legittimità fanno riferimento all'art. 572 c.p. che prevede il reato di *maltrattamenti contro familiari e conviventi*.

La corte, inserendosi nel solco di una preesistente giurisprudenza di legittimità, conferma la possibilità di configurare il delitto in esame anche nei rapporti professionali fra sovraordinato e subordinato purché in un contesto assimilabile a quello familiare. Caratteristica del requisito di parafamiliarità sarebbe la prossimità permanente tra i soggetti per abitudini di vita, l'affidamento e la fiducia tra le parti.

È subito evidente il limite di tale sentenza: è configurabile il reato di maltrattamenti soltanto in ambienti lavorativi ristretti dove gli addetti si riducono a poche unità; in tal modo viene automaticamente esclusa la possibilità che il reato possa individuarsi in realtà lavorative di grandi o medie dimensioni (si pensi a grosse aziende o ad enti della pubblica amministrazione) dove l'elevato numero dei dipendenti esclude che si possa ravvisare qual carattere di parafamiliarità che, secondo la cassazione, è elemento necessario per configurare il reato di maltrattamenti.

La sentenza in questione è stata pubblicata il giorno 7 ottobre 2015.

Dopo un mese, il giorno 10 novembre 2015, la stessa sesta sezione della Corte di Cassazione torna ad affrontare il medesimo tema della condotta vessatoria in pregiudizio di un dipendente ma le conclusioni, sorprendentemente, sono opposte.

Infatti nella sentenza n. 45077 del 10 novembre 2015, la sesta sezione (disattendendo e contraddicendo la sentenza emessa appena un mese prima) lancia un preciso monito: *...va infatti precisato che la figura di reato di cui all'rt. 572 c.p. non costituisce tutela penale del cd mobbing lavorativo il quale, ove dante luogo a condotte autonomamente punibili (ingiurie diffamazione, minacce, percosse, lesioni personali, violenza privata, sequestro di persona etc) trova nelle corrispondenti figure di reato il relativo presidio.* Incredibile ma vero: a distanza di un solo mese lo stesso giudice contraddice se stesso

arrivando, nell'esame della medesima fattispecie, a conclusioni opposte.

Ho voluto ricordare queste due sentenze non tanto per stigmatizzare una giurisprudenza ondivaga (spesso succede) ma soprattutto per mettere in evidenza come gli stessi giudici abbiano difficoltà (in assenza di una norma penale apposita) ad affrontare adeguatamente il problema.

Questo è al momento lo stato dell'arte.

Tutti coloro che operano nel settore (lo sportello salute di Medicina Democratica di Firenze in questi anni ha dovuto affrontare numerosi casi di condotte vessatorie sul luogo di lavoro) sentono la necessità dell'introduzione del reato di condotte vessatorie sul luogo di lavoro ma, come ho detto in precedenza, i pareri discordanti sono numerosi soprattutto da parte della magistratura (oltre ovviamente che delle associazioni datoriali, ma questo è comprensibile).

I motivi di tale (ovviamente) legittima convinzione sono di vario tipo:

- l'idea che tutto sommato si tratti di problematiche prettamente legate al mondo del lavoro e quindi non suscettibili di una valutazione in sede penale (fatta eccezione per i casi più gravi ed eclatanti);
- il rischio che ormai nel nostro Paese tutti i problemi possano o debbano essere risolti dal giudice penale con il conseguente effetto di un ulteriore intasamento della giustizia;
- l'incertezza delle connessioni tra il giudicato penale e quello civile.

Sarebbe meglio, viene sostenuto, che si pensasse a soluzioni che sono state adottate (non sempre con successo, mi permetto di osservare) in altri paesi dove gli ordinamenti spesso prevedano l'istituzione di collegi arbitrali o di conciliazione nei quali dirimere (anche preventivamente) le controversie in materia di mobbing; oppure l'adozione da parte delle aziende di codici etici o comportamentali che dovrebbero risolvere preventivamente i casi di mobbing.

Sarò sincero: non credo molto che l'adozione di tali strumenti in Italia potrebbero risolvere granchè e questo per vari motivi.

In primo luogo perchè nel nostro paese manca una seria sensibilità culturale sul problema, presupposto necessario ed indispensabile per il buon esito di tali soluzioni.

In secondo luogo perchè spesso il mobbing non è casuale ma rientra in precise strategie

aziendali e quindi sarebbe ingenuo credere nella buona fede del *mobber* (se l'avesse non sarebbe tale).

Infine l'attuale gravissima crisi economica in cui versa il nostro paese impedisce (o, quantomeno, rende ancora più difficile) una seria valutazione delle problematiche conseguenti al mobbing. Troppo spesso la risposta (ahimè, anche da parte di taluni giudici) che viene data al lavoratore vittima di condotte gravemente vessatorie è la seguente: *ringrazia che almeno il posto di lavoro lo hai*.

Su questi presupposti è pensabile alla validità di soluzioni del tipo di quelle adottate nei paesi nord europei?

Il pessimismo è d'obbligo.

Il dibattito è aperto e, come detto, i pareri contrari alla soluzione penale del problema sono diffusi e autorevolmente rappresentati ma non mi paiono convincenti.

Cercherò di spiegare i motivi di questa mia perplessità.

L'intervento del legislatore in materia penale presuppone la consapevolezza della gravità, anche a livello sociale, di certi comportamenti ritenuti dannosi.

Farò un esempio: le norme penali che puniscono i reati edilizi ed ambientali fino a pochi decenni orsono non esistevano ma sono state adottate quando il comune sentire ha finalmente compreso che l'ambiente e la natura sono beni comuni di primaria importanza; quindi quello che voglio dire è che è la coscienza popolare che quando percepisce la gravità e la dannosità di certe condotte, conseguentemente richiede l'intervento sanzionatorio del legislatore.

Purtroppo ad oggi le condotte vessatorie sul luogo di lavoro ancora non hanno avuto tale riconoscimento, anzi spesso e volentieri sono sottovalutate.

Quindi una evidente carenza culturale di comprensione della gravità del fenomeno.

La consapevolezza della pericolosità e della riprovevolezza di certe condotte è invece ben avvertita da coloro che conoscono la materia.

Fatte queste brevi considerazioni di carattere generale, indico brevemente i motivi che mi inducono a credere nella necessità di una novella legislativa che, al limite anche integrando la legislazione già esistente (penso ad esempio al decreto n. 81/2008) introduca il reato di mobbing nell'ordinamento del

nostro paese.

Attualmente i principali ostacoli alla tutela del lavoratore/persona offesa sono i seguenti:

1) la difficoltà di fornire prove esaustive della condotta illecita di cui è rimasto vittima sul luogo di lavoro. Sul punto la giurisprudenza della Cassazione è univoca e costante: l'onere della piena prova necessaria per arrivare ad una sentenza favorevole, ricade interamente sul lavoratore: ne consegue l'estrema difficoltà di arrivare ad una sentenza di condanna del *mobber*.

2) La mancata previsione delle malattie conseguenti ad azioni mobbizzanti nelle tabelle INAIL. Non essendo malattie tabellate, la



prova (spesso diabolica in quanto di difficile raggiungimento) talvolta (anzi spesso) è pressochè impossibile. Ricordo ancora la sentenza n. 10037/2015 della Cassazione che ribadisce (con ancora più vigore che nel passato) l'obbligo della parte lesa di fornire prova rigorosa della condotta illecita e dei suoi effetti pregiudizievoli sulla salute;

3) la difficoltà di trovare magistrati e CTU medico-legali con una competenza specifica su tali illeciti e patologie.

Si aggiunga poi un ulteriore elemento di non poco conto: il fatto cioè che il danno morale è riconosciuto alla vittima soltanto nel caso che sia stata vittima di un reato.

Si tratta di una voce di risarcimento di estrema importanza, soprattutto nelle ipotesi di lavoratori mobbizzati.

In sede penale, la questione cambia in quanto il PM, nell'esercizio dell'azione penale, ha poteri ispettivi ed inquisitori preclusi al cittadino-lavoratore.

Ecco perché la repressione penale di queste

condotte illecite sarebbe infinitamente più efficace e quindi è auspicabile.

L'A.I.B.e.L. (Associazione Italiana benessere e Lavoro) si occupa ormai da anni delle tematiche inerenti il mondo del lavoro affrontando sia l'aspetto medico inteso come tutela della salute dei lavoratori sia quello prettamente giuridico.

Dopo un lungo lavoro di studio e confronto con le altre realtà che si interessano a vario titolo del settore (magistratura, sindacato, forze politiche), è stato redatto un progetto di legge che possa servire come punto di partenza per la discussione sull'opportunità (ma, come ho detto in precedenza, a mio parere si tratta di una necessità) di introdurre il reato di atti persecutori e/o vessatori nel sistema penale italiano.

Il testo del progetto è in allegato a questa relazione. Mi limiterò ad evidenziarne alcuni punti salienti.

L'art. 1 definisce l'ambito di applicazione della norma comprendendo i luoghi di lavoro sia pubblici che privati senza quindi limitarsi alle aziende di modeste dimensioni. Se ricordate era questo il maggiore limite che trovava l'applicazione della norma incriminatrice del maltrattamento in pregiudizio dei collaboratori legati da un rapporto di parafamiliarietà.

Il successivo articolo indica quali dovrebbero essere le caratteristiche del reato. Si tratta di uno dei punti più complessi e delicati in quanto, come detto in precedenza, nel sistema penale vige il principio del divieto di applicazione analogica della norma incriminatrice.

L'art. 3 prevede l'obbligo del datore di lavoro e dei suoi collaboratori di vigilare al fine di impedire condotte vessatorie a danno del lavoratore.

Si tratta di un punto fondamentale per impedire, come spesso accade, che il responsabile di parte datoriale, per interesse, pigrizia o quieto buon vivere, non intervenga ritenendo il problema come fatto privato del lavoratore.

Quindi preciso obbligo di monitorare, in collaborazione con le organizzazioni sindacali presenti in azienda e con i servizi di prevenzione e protezione della salute dei lavoratori, la situazione all'interno dell'azienda.

Obbligo già previsto, peraltro, dall'art. 2087 c.c. secondo cui *l'imprenditore è tenuto ad*

adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Gli ultimi tre articoli del progetto di legge riguardano la tutela giudiziaria.

Brevemente sottolineo i seguenti punti.

In primo luogo la previsione di una procedura rapida per un pronto intervento dell'autorità giudiziaria per reprimere tempestivamente le condotte vessatorie, con la possibilità che la denuncia possa essere effettuata anche dalle associazioni sindacali.

Previsione che possa essere ordinata la pubblicazione sulla stampa della misura repressiva adottata dal giudice.

L'art. 7 è di particolare rilievo in quanto mira a risolvere quelli che, per comune esperienza, sono i maggiori ostacoli ad un efficace intervento; ovverossia l'inversione dell'onere della prova (a tale riguardo ricordiamo che allo stato la Cassazione abbia tenuto fermo il principio secondo cui la prova è a carico del lavoratore) inteso nel senso che, laddove vi sia prova o sentore dell'esistenza di condotte vessatorie o persecutorie, sia onere del datore di lavoro dimostrare di avere adottato tutte le misure necessarie per impedire o reprimere sul nascere il mobbing; in secondo luogo la tutela della fonte testimoniale in quanto è previsto il divieto per parte datoriale di adottare qualunque sanzione, anche di natura disciplinare, nei confronti del lavoratore che abbia prestato testimonianza in un procedimento civile o penale avente per oggetto la condotta vietata.

Concludo con una considerazione di carattere generale.

La strada da percorrere è lunga e piena di ostacoli.

Le forze contrarie all'introduzione del reato di mobbing sono potenti e variegate, il momento di acuta crisi economica non facilita la prospettata introduzione della tutela penale, l'indifferenza generale su queste problematiche.

Ma occorre ricordare come la Carta costituzionale ponga quello della salute come uno dei diritti fondamentali del cittadino e tale concetto deve necessariamente ricomprendere anche quello del benessere psichico e morale.

Proposta di Decreto Legislativo (contrasto delle vessazioni sul lavoro)

Attuazione dell'accordo Europeo dell'8 ottobre 2004 in materia di prevenzione dello Stress lavoro correlato tra OO.SS e organizzazioni datoriali europee così denominate: l'ETUC (European Trade Union Confederation), e l'UEAPME (L'EUROPEAN ASSOCIATION of CRAFT SMALL and MEDIUM-SIZE ENTERPRISES).

Attuazione dell'accordo Europeo in materia di prevenzione della Molestia, Vessazione e Violenza sul lavoro del 26 aprile 2007 tra OO.SS e organizzazioni datoriali europee così denominate: l'ETUC (European Trade Union Confederation), la CEB (CONFEDERATION EUROPEAN BUSINESS), l'UEAPME (EUROPEAN ASSOCIATION of CRAFT SMALL and MEDIUM-SIZE ENTERPRISES),

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 32, 41, 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'art.2087 del Codice Civile

Vista la Direttiva Europea 89/391/CEE

Vista la Risoluzione del Parlamento europeo sul mobbing sul posto di lavoro (2001/2339(INI))

Vista la Risoluzione Comunitaria A3-0043/94 del Parlamento Europeo

Viste le Direttive Comunitarie Antidiscriminatorie (dir. 2000/43, 2000/78, 2002/73)

Vista la guida alla Campagna Europea (2014-2015) per la "Gestione dello stress e dei rischi psicosociali sul lavoro" a cura dell'EU-OSHA – Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro

Visto l' articolo 2, comma 1, lettera o) del DLgs 81/08 e smi in cui la "salute" dei lavoratori è definita come: "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità"

Visto l'articolo 2, comma 1, lettera q) in cui

nella definizione di valutazione dei rischi come "valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza" viene introdotta la locuzione "tutti" per indicare la necessità di esaminare non solo i rischi per la salute di carattere prettamente fisico, ma anche quelli di natura psichica e sociale e di conseguenza di adottare adeguate misure di prevenzione e protezione, tra cui la sorveglianza sanitaria

Visto l'articolo 15, comma 1 lettera b, del D.lgs n.81/2008, in cui tra le misure generali di tutela è inclusa la "programmazione della prevenzione", considerata anche "...l'influenza dei fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro"

Visto l'art.15, comma 1 lettera d, del D.lgs. n.81/2008 in cui tra le misure generali di tutela è incluso il "rispetto dei principi ergonomici nell'organizzazione del lavoro...e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo"

Visto l'art. 28, comma 1 del D.lgs.n.81/2008 laddove specifica che:

"La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004 [...]", ove la locuzione "anche quelli", indica chiara-

mente che la valutazione dei rischi particolari e quelli da stress lavoro correlato sono prescrizioni indicative, ma non esaustive.

Vista la Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 18.11.2010

Emana il seguente DLgs

Integrazioni al DLgs n.81/2008 e s.m.i.

1. L'art. 28 comma 1 viene così modificato: dopo il periodo "*secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004*" viene aggiunto il seguente periodo: "*e quelli collegati alla molestia, vessazione e violenza sul lavoro, secondo i contenuti dell'accordo europeo del 26 aprile 2007. La definizione del recepimento dei contenuti dei due accordi europei è contenuta nel successivo articolo 2*"

2. Dopo il titolo VI del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni, e' inserito il seguente

Titolo VI bis - Stress, Molestia, Vessazione e Violenza sul lavoro

Capo 1 – Disposizioni generali

Art. 167 bis

DEFINIZIONI

Ai fini del presente titolo si intendono:

Stress lavoro correlato: Condizione che può essere accompagnata da disturbi di tipo fisico o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che il lavoratore non si sente in grado di corrispondere alle richieste e alle aspettative riposte in lui.

b) **La molestia o vessazione:** accade quando uno o più lavoratori o preposti o dirigenti sono deliberatamente soggetti a violenza psicologica, minacciati e/o umiliati nelle circostanze riguardanti il lavoro con l'effetto di violare la dignità del lavoratore o del preposto o dirigente, danneggiando la sua salute e/o producendo un ambiente di lavoro ostile.

c) **La violenza** accade quando uno o più lavoratori o preposti o dirigenti sono aggrediti in occasioni di lavoro, anche da parti terze.

d) **Patologie correlate allo stress, molestia o vessazione e violenza:** patologie psichiche e fisiche determinate da situazioni lavorative gravemente stressogene e/o da azioni di molestia o vessazione e di violenza.

Art. 168 bis

OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO

Il Datore di lavoro adotta un'organizzazione del lavoro che tenga conto dei principi dell'ergonomia e che promuova il benessere psichico, fisico e sociale dei lavoratori secondo quanto previsto dall'art.15 comma 1 lettera d).

Ai fini di perseguire l'obiettivo di cui al comma 1 e nell'ambito dell'obbligo di cui all'articolo 28, il datore di lavoro valuta il rischio stress lavoro correlato e quello da molestia e violenza, previa consultazione dell'RLS o RLST, partendo dall'analisi dell'organizzazione del lavoro, rilevando preliminarmente gli indicatori oggettivi e verificabili delle 3 famiglie di cui alla Circolare Ministeriale del novembre 2010.

Sui fattori di contenuto e di contesto il datore di lavoro deve tenere conto del parere dei lavoratori o di un loro campione rappresentativo, utilizzando gli strumenti più adeguati (questionari validati dalla comunità scientifica, focus group, interviste semistrutturate) per la rilevazione del disagio soggettivo. Nelle aziende che occupano fino a 5 dipendenti il datore di lavoro, in luogo dei predetti strumenti di valutazione approfondita, può scegliere modalità, come le riunioni, che garantiscano il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca delle soluzioni e nella verifica della loro efficacia.

Il datore di lavoro adotta le misure di prevenzione adeguate, sulla base delle criticità rilevate nella fase valutativa, attraverso la stesura di un programma dettagliato da monitorare nel tempo. Egli adotta, altresì, un sistema di monitoraggio in continuo del rischio molestia e violenza consistente nelle seguenti misure:

a) **Adozione di un Codice di Condotta interno** che, oltre a misure generali, preveda norme specifiche sulla molestia e la violenza, ivi compresa l'assunzione di provvedimenti disciplinari, qualora le figure di cui al successivo comma b) rilevino gravi violazioni del codice di condotta da parte di dirigenti, preposti, lavoratori.

b) **Nomina di una commissione (o comitato) di garanzia** che presieda all'applicazione del Codice di cui al comma a); essa sarà composta preferibilmente almeno da un membro dell'ufficio risorse umane con funzioni di coordinamento, dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e protezione o suo delegato, dal Rappresentante dei

Lavoratori alla Sicurezza e dal medico competente. I membri della commissione sono tenuti a procedere con la necessaria discrezione per difendere la dignità e la riservatezza di tutte le parti in causa, valutando preliminarmente la possibilità di una *mediazione del conflitto*.

In alternativa al Comitato di Garanzia, in particolare nelle piccole aziende ed in quelle artigianali, si potrà ricorrere alla nomina di una figura terza che abbia la fiducia del lavoratore e del datore di lavoro; le modalità di acquisizione del requisito di figura terza saranno stabilite da un successivo decreto ministeriale sentita la Commissione Consultiva di cui all'art.6 del presente decreto.

Art. 169 bis

Informazione, Formazione e Sorveglianza Sanitaria

Nell'ambito dell'obbligo di cui all'articolo 36 il datore di lavoro fornisce ai lavoratori le necessarie informazioni inerenti il rischio stress lavoro correlato, la molestia e la violenza.

Nell'ambito dell'obbligo di cui all'articolo 37 il datore di lavoro assicura a tutti i lavoratori, previa consultazione del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, la necessaria formazione finalizzata tra l'altro a saper discernere ed affrontare correttamente le situazioni a rischio stress, molestia e violenza, anche di parti terze.

Il datore di lavoro assicura una formazione specifica al Rappresentante dei Lavoratori alla Sicurezza, e agli altri membri della Commissione di cui al comma 3 b) dell'art. 168 bis, qualora alle sue dipendenze.

I lavoratori saranno sottoposti alla sorveglianza sanitaria di cui all'art.41, qualora essa non sia già prevista per altri rischi di cui al presente decreto, nelle seguenti situazioni:

a) Quando dalla valutazione del rischio stress, molestia e violenza siano state evi-

denziate aree di criticità.

Quando si siano manifestate situazioni di disagio lavorativo trattate dalla Commissione o dalla figura terza di cui al comma 3 dell'art. 168 bis oppure sia stata denunciata la presenza di malattia professionale correlata allo stress da parte del medico competente, dell'organo di vigilanza della ASL territorialmente competente, di un Centro Clinico per il disagio lavorativo o dell'INAIL.

La periodicità della sorveglianza sanitaria sarà almeno biennale, salvo diversa decisione motivata da parte del medico competente, che dovrà monitorare al momento della visita medica la presenza di possibili disturbi o patologie correlabili a stress, molestia, violenza sul lavoro.

Per i lavoratori che abbiano maturato un disagio o delle sospette patologie il medico competente svolgerà i necessari approfondimenti servendosi di competenze specialistiche come quelle dei Centri Clinici per il Disagio Lavorativo; questi ultimi dovranno essere istituiti in ogni Regione presso le ASL o le Aziende Ospedaliere Universitarie e dovranno essere strutturati avendo le caratteristiche dell' Allegato XXXIII BIS.

CAPO II - Sanzioni

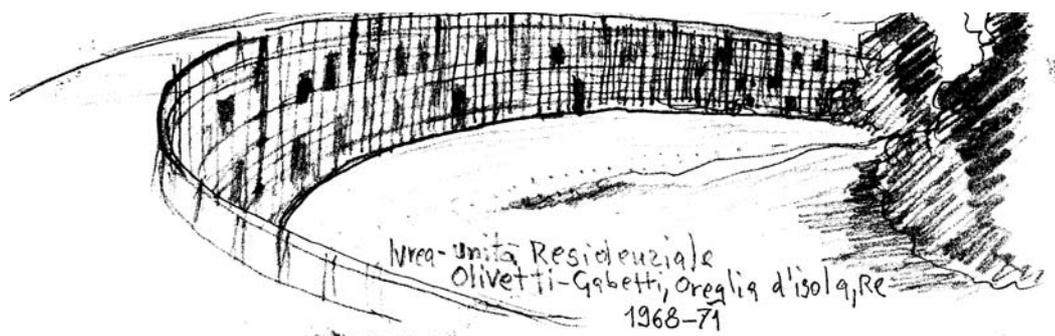
Art. 170 bis

1. Il datore di lavoro e' punito con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro per la violazione dell'articolo 168 bis commi 2 e 3

2. Il datore di lavoro e i dirigenti sono puniti con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 2.740 euro a 7.014,40 euro per la violazione dell'articolo 169 bis commi 1-5.

3. I reati sono punibili d'ufficio.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.



Disegno di legge sul contrasto degli atti persecutori sul luogo di lavoro

Articolo 1

Definizione e campo di applicazione

S'intende per atto persecutorio sul luogo di lavoro, ogni condotta commissiva od omissiva che sia posta in essere in ambito lavorativo, pubblico o privato, a danno del lavoratore, intendendo con tale termine anche i collaboratori, indipendentemente dalla qualifica, grado e mansione.

Per atti persecutori vanno intese tutte le condotte, dolose o colpose, sistematiche e reiterate nel tempo, che comportino molestie fisiche o morali e comunque siano pregiudizievoli per la salute fisica o psichica del lavoratore o che comunque ledano la sua dignità personale, *indipendentemente dal verificarsi dell'evento*.

Articolo 2

Caratteristiche del reato

Per avere il carattere di atto persecutorio, le condotte devono provocare l'effetto di emarginare, discriminare, screditare o comunque arrecare danno alla carriera, all'autorevolezza, al ruolo o al rapporto con gli altri del lavoratore.

Le molestie e gli atti persecutori possono avvenire anche attraverso:

- a) ingiustificata rimozione da incarichi lavorativi;
- b) svalutazione sistematica del ruolo e dell'attività professionale del lavoratore;
- c) sovraccarico o sottocarico del lavoro o l'attribuzione di compiti impossibili o inutili;
- d) l'attribuzione di compiti inadeguati rispetto alla qualifica e preparazione professionale o alle condizioni fisiche o psichiche del lavoratore;
- e) il compimento da parte del datore di lavoro o dei suoi incaricati e preposti di azioni discriminatorie o sanzionatorie quali visite

di idoneità o fiscali inutilmente reiterate o ravvicinate, contestazioni illegittime, trasferimenti inutili o ingiustificati della sede lavorativa, ingiustificato o immotivato rifiuto di ferie o permessi ;

f) molestie sessuali;

g) offese alla dignità personale del lavoratore poste in essere dal datore di lavoro, dal superiore gerarchico o da suoi collaboratori;

h) illegittime o insussistenti individuazioni da parte del datore di lavoro di parametri oggettivi nell'ambito di processi di riorganizzazione o conversione aziendale che comportino per il lavoratore improprie assegnazioni a livelli di inquadramento inferiori o rinunce a diritti connessi al rapporto di lavoro subordinato.

Art. 3

Condotte dei colleghi di lavoro

Il datore di lavoro e i superiori gerarchici, ogniqualvolta ricevano dal lavoratore o dalle associazioni sindacali e di rappresentanza dello stesso denuncia o ne abbiano comunque conoscenza, hanno l'obbligo di verificare la fondatezza della lamentela e, in caso positivo, di intervenire anche sugli altri lavoratori colleghi della parte lesa, per fare cessare eventuali condotte illecite, avente le caratteristiche di cui al precedente articolo.

In caso di mancato intervento senza giustificato motivo, il datore di lavoro o i suoi preposti rispondono a titolo di concorso con gli autori degli atti persecutori.

Art. 4

Misure di prevenzione ed informazione. Il datore di lavoro e i suoi collaboratori hanno l'obbligo di porre in essere all'interno del luogo di lavoro, tutte le misure atte a prevenire comportamenti ed atti persecutori a danno ed in pregiudizio dei lavoratori.

In difetto di adozione delle misure necessarie, il datore di lavoro e i suoi collaboratori o preposti risponderanno a titolo di concorso con gli autori degli atti persecutori.

Ai fini della prevenzione, i datori di lavoro, pubblici e privati - in collaborazione con le organizzazioni sindacali e con i servizi di prevenzione e protezione della salute dei lavoratori sui luoghi di lavoro delle aziende sanitarie locali, unitamente ai centri regionali per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dei disturbi di disadattamento lavorativo - organizzano iniziative periodiche obbligatorie di informazione ai lavoratori anche al fine di individuare tempestivamente sintomi o segnali di atti persecutori.

Art. 5

Obblighi del datore di lavoro

Il datore di lavoro, pubblico o privato, qualora riceva segnalazione da parte dei lavoratori, delle associazioni sindacali, dei rappresentanti per la sicurezza e dal medico competente, ha l'obbligo di verificare, tempestivamente e senza indugio, la fondatezza di tali denunce e di intervenire immediatamente per fare cessare tali comportamenti illeciti, adottando tutte le misure, anche disciplinari, necessarie per porre fine a tali atti persecutori.

Art. 6

Azioni di tutela giudiziaria.

Fatta salva la responsabilità penale, qualora sia denunciati dal lavoratore o dalle associazioni sindacali la presenza sul luogo di lavoro di atti persecutori a danno del lavoratore medesimo, il giudice del lavoro del Tribunale territorialmente competente, *inaudita altera parte* o previa convocazione delle parti ed assunte sommarie informazioni, ordina al responsabile, commissivo od omissivo, con provvedimento immediatamente esecutivo, la cessazione del comportamento illecito ed adotta tutte le misure necessarie a tal fine, prevedendo una penale per ogni giorno di ritardo nell'esatta esecuzione dello stesso provvedimento. Tra il

momento dell'avvenuto deposito del ricorso in cancelleria e l'emanazione del provvedimento giudiziale non potranno passare più di trenta giorni.

Il tutto fatta comunque salva ed impregiudicata la responsabilità penale dell'autore dell'atto persecutorio.

Su richiesta della parte interessata, il giudice dispone che al provvedimento sia data pubblicazione - a spese del responsabile - su almeno due quotidiani, l'uno a tiratura nazionale, l'altro a tiratura locale.

Art. 7

Inversione dell'onere della prova e tutela della fonte testimoniale.

Nei procedimenti civili aventi per oggetto la repressione degli atti persecutori ed il risarcimento del danno subito, in presenza della prova di atti persecutori e danno per il lavoratore, è onere del datore di lavoro provare di avere posto in essere tutte le condotte e di avere assunto tutte le misure necessarie per prevenire le condotte illecite all'interno del luogo di lavoro.

Nessun lavoratore può essere sanzionato, licenziato o discriminato, in modo diretto o indiretto, per avere denunciato atti persecutori o vessatori all'interno dell'azienda o per avere prestato testimonianza, in giudizio civile o penale, su tali fatti. Ogni eventuale atto o provvedimento in tal senso è da ritenersi nullo.

Art. 8

Responsabilità penale.

Salvo che il fatto non costituisca più grave reato, chiunque si renda responsabile degli atti persecutori indicati negli articoli precedenti, è punito con la reclusione da sei mesi a quattro anni.

La pena è aumentata fino ad un terzo, se il fatto è commesso a danno di una lavoratrice in stato di gravidanza o di persona affetta da disabilità o se la condotta illecita comporta al lavoratore uno stato di malattia fisica o psichica.

Il delitto è punibile d'ufficio.



Ivrea - Asilo nido Olivetti-
Luigi Figini e Gino Pollini -
1939-41



Ma l'Inal è ancora utile ai lavoratori?

di Maurizio LOSCHI*

Sicuramente è una domanda provocatoria, che però vi inviterei a leggere sotto due aspetti.

Quello più evidente è l'intento polemico: ma l'INAIL è ancora utile?

Certo che sì, e ce lo teniamo ben stretto.

È impensabile che i lavoratori possano fare a meno di una loro forma assicurativa che, quantomeno, dopo che hanno subito un danno li aiuti in qualche maniera ad avere una forma di risarcimento. Ma l'altra accezione della domanda è: in che misura l'INAIL oggi è effettivamente utile ai lavoratori?

E qui invece le cose, in base alle esperienze che abbiamo maturato a Savona attraverso lo sportello salute, si fanno più dolenti

La nostra percezione è molto negativa ma prima di dire sotto quale profilo cominciamo dal dire cosa fa lo sportello salute di Savona.

Lo sportello esercita una sorta di attività di appoggio al patronato; benché noi non siamo un patronato, facciamo in modo che quando la pratica arriva al patronato sia una pratica ben costruita, preparata nel migliore dei modi.

Per cui, ogni volta che i lavoratori si rivolgono al nostro sportello salute – e qui faccio riferimento esclusivamente alle pratiche che seguiamo relative a malattie professionali o ad infortuni e non alle altre che possiamo seguire come sportello, tipo malasanità, danni da vaccinazione o altro, – facciamo quello che abbiamo imparato a fare da Castellanza, e cioè li aiutiamo coinvolgendoli nella ricostruzione del ciclo produttivo, fino nei minimi dettagli per far emergere in quali specifici momenti dello stesso vi fossero le maggiori punti di nocività, in che cosa consistessero, e possibilmente anche

quantificando l'esposizione, per poi rivolgerci ai tecnici che ci aiutano per dimostrare il nesso di causalità tra l'esposizione e le patologie contratte.

Detta così potrebbe sembrare facile anche per il fatto che siamo supportati in questo dall'esistenza di decine e decine di patologie cosiddette tabellate, ma cosa significa tabellate?

Significa che la presunzione che quella patologia sia correlabile all'esposizione subita a sostanze tossico nocive è data per scontata per coloro che hanno eseguito quelle mansioni, e cioè che è già stato riconosciuto a livello di Legge che l'esecuzione di quelle mansioni a contatto con quelle sostanze provoca statisticamente uno specifico tipo di danno.

Purtroppo però nella realtà avviene ben diversamente, perché noi ci troviamo di fronte a un INAIL che tende troppo spesso a negare e altrettanto spesso lo fa con motivazioni decisamente incomprensibili, e non mi riferisco solamente alle lettere che tipicamente negano il riconoscimento della patologia o ritengono che vi sia un'assenza di rischio nello svolgimento di quelle specifiche attività, parlo proprio di una negazione aprioristica anche quando ci siamo sforzati di descrivere nel dettaglio l'attività svolta dal lavoratore, evidenziando i momenti di maggior esposizione e dimostrando in questo modo la relazione causale.

Questo significa che comunque dobbiamo presentare opposizione, ma è una opposizione che a volte non ci viene neanche consentito di esporre nell'ambito di un collegiale, perché in molti casi l'INAIL sostiene che tanto non ci darebbe ragione o che le valutazioni del danno sono troppo distanti e quindi i lavoratori per cercare di ottenere il

**Referente locale di Medicina Democratica e dello Sportello Salute di Savona.*

risarcimento sono costretti ad andare in causa.

Ne deriva, tanto per fare una percentuale anche se tagliata con l'accetta, che a fronte di una decina di casi respinti 5, 6 o 7 lavoratori decidono di rinunciare.

Perché andare in causa significa doversi impegnare, significa aspettare molto tempo, spesso significa dover anticipare i soldi all'avvocato, significa dover sopportare l'ansia di un giudizio e infine anche il rischio di perdere e venire condannati alle spese, quantomeno quelle dei legali della controparte.

E a volte il danno non è così elevato da giustificare questo impegno e questi rischi da parte del lavoratore.

Ipotizzando che dei tre casi che restano due si concludano con la vittoria del lavoratore è uno con la vittoria dell'INAIL ciò significa che l'ente ha evitato nell'80% dei casi di riconoscere alle vittime un giusto risarcimento.

Poi vi sono i numerosi *escamotage*, che sono altrettanto importanti, che abbiamo imparato a comprendere tramite l'esperienza diretta e cioè i metodi che l'INAIL utilizza per ottenere questi risultati contro il lavoratore.

Ad esempio l'uso del DVR, il Documento di Valutazione del Rischio, che dovrebbe rappresentare un elemento a favore dei lavoratori poiché per la propria natura dovrebbe andare ad individuare non tanto il danno già riconosciuto ma il danno potenziale, cioè il rischio a cui i lavoratori vanno incontro nello svolgimento di quelle mansioni, ma che viene utilizzato al contrario.

Ciò avviene perché purtroppo questi documenti molto spesso sono fatti malissimo, sono completamente scorretti e non raccolgono i reali rischi, tante volte vengono scritti direttamente dai datori di lavoro i quali solamente a lavoro finito chiamano gli RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza) a siglarlo.

E se il RLS non è competente, non è preparato, perché la formazione gliela fa direttamente il datore di lavoro che più che renderlo effettivamente competente si preoccupa di spaventarlo, mettendolo a conoscenza più che altro dei rischi che corrono i lavoratori nel non rispettare le disposizioni azien-

dali, questi sottoscriverà un documento che un domani potrà essere utilizzato contro se stesso e contro i suoi colleghi.

I DVR inoltre spesso non sono legati alle reali condizioni di lavoro subite nei casi in discussione, perché quando portiamo avanti una pratica ci riferiamo quasi sempre a esposizioni o rischi inerenti periodi precedenti, a volte avvenute molto indietro nel tempo, e quindi a periodi nei quali probabilmente i DVR non esistevano ancora.

Mi riferisco ad esempio al lavoro degli OSS (Operatori Socio Sanitari) negli ospedali e nelle RSA (Residenze Assistenziali Assistenti) e ad esposizione a rischi quali quelli alla colonna o al rachide, che a volte richiedono molto tempo prima di evidenziare i danni che queste esposizioni possono causare.

In questi casi succede che l'INAIL sostenga di avere interrogato il datore di lavoro, il quale a sua volta riferisce che questo rischio non è presente e di conseguenza l'INAIL respinge la domanda, ma senza tenere conto che la realtà attuale può essere molto diversa da quella del passato.

Un altro dettaglio è legato al fatto che quando si arriva in causa il giudice, non potendo essere competente in tutte le materie, si appoggia a consulenti specifici, in questo caso di solito medici legali che svolgono la funzione di CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio).

Questi sono quasi sempre gli stessi, a volte sono cattedratici anche se a volte sono poco competenti rispetto al tema che vengono chiamati a trattare ma soprattutto non possono essere considerati e non sono sempre al di sopra delle parti, ed inoltre hanno la possibilità di introdurre surrettiziamente all'interno della giurisprudenza, tramite le sorti di quel procedimento – poiché quella consulenza diventerà parte integrante della sentenza se il giudice la accoglierà acriticamente, – concezioni per noi "*aberranti*" ma comunque lontane dallo spirito della legge. Voglio portare ad esempio lo stralcio di una CTU formulata da un medico locale, recepita poi nella sentenza del procedimento, che chiarisce meglio di molte spiegazioni il concetto che ho appena espresso:

"Come è noto la Tabella delle Malattie Professionali nell'Industria di cui all'art. 3

del D.P.R. 1124/1965, la cui più recente versione è contenuta nel D.M. 9 aprile 2008, riporta alla voce 57, lettera f, il “carcinoma polmonare” quale malattia e le “lavorazioni che espongono all’azione delle fibre di asbesto” quali lavorazioni assicurate. Quest’ultima dizione, volutamente aperta, si presta però a interpretazioni diverse.

È evidente che se l’esposizione poteva essere identificata in termini meramente qualitativi molti decenni fa – quando la vita lavorativa delle persone era per lo più senza variazioni, le esposizioni massicce e non controllate, le malattie unifattoriali e nosologicamente ben caratterizzate (ad es. silicosi, saturnismo) – lo stesso non può più dirsi per i decenni più recenti, nei quali la vita lavorativa è divenuta spesso frazionata e varia, le esposizioni molteplici ma quantificabili e non di rado modeste, le malattie multifattoriali ed aspecifiche.

Ne consegue che l’identificazione delle “lavorazioni che espongono all’azione delle fibre di asbesto” deve comprendere un’adeguata valutazione, quanto più possibile quantitativa, del rischio che tali esposizioni hanno comportato. Questa necessaria rilettura della cosiddetta presunzione legale di origine lavorativa delle malattie professionali tabellate deve talora essere temperata quando, in assenza di dati quantitativi documentali – ciò che avviene in molti dei casi di esposizioni precedenti le normative degli anni ‘90 –, si deve fare riferimento a informazioni sommarie ottenute per analogia, mediante testimonianze e così via: in tal caso, quando le ipotesi circa la significatività dell’esposizione appaiono fondate ma non possono essere quantitativamente dimostrate, sembra ragionevole pretendere un maggior rigore nell’escludere l’idoneità quantitativa di una sicura, seppur non misurata, esposizione, piuttosto che nell’affermarla.

Ciò premesso, risulta dunque necessario tentare una precisazione dei rapporti eziologici tra amianto e tumore polmonare e quindi, se possibile, una quantificazione dell’esposizione subita dal periziando.”

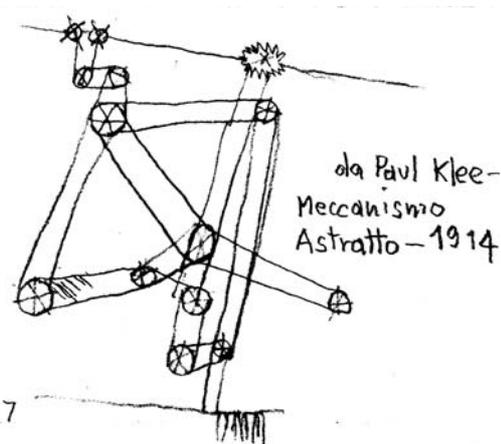
Questo significa che anche le patologie tabellate, una conquista del mondo del lavoro, dei lavoratori e anche delle organizzazioni sindacali degli anni passati, hanno per-

duto la loro validità e la loro forza.

E ne deriva altresì per i lavoratori la necessità di dover dimostrare, sempre che ci riescano, quello che invece in forza di queste tabelle avrebbe dovuto essere un dato di fatto acquisito, cioè la presunzione di causalità.

Di fronte a questa situazione il problema diventa: che cosa possiamo fare?

La nostra strada non è tanto quella di chiedere un maggior rigore dal punto di vista legislativo, cosa che sicuramente ci sta bene ed è interessante, ma è quella di utilizzare una metodica qual è quella che si usa in fabbrica quando avviene un infortunio per cer-



care di trarvi un ragionamento positivo.

Dall’analisi dell’infortunio, quando avviene, quasi sempre si verifica che non vi è un solo fattore che lo ha determinato ma vi sono un insieme di fattori coincidenti che hanno fatto sì che avvenisse e proprio in quel dato momento, per cui è stata tolta una sicurezza, per cui il lavoratore Tizio in quel momento ha fatto una manovra, ma proprio mentre passava Caio, per cui la macchina è partita proprio mentre il lavoratore aveva le mani sotto, e la conclusione qual è ?

È che se anche uno solo di tutti quei fattori che sono stati indispensabili per creare quell’incidente, in quel posto ed in quel determinato momento su quel lavoratore e su quella parte anatomica avesse potuto essere eliminato, l’infortunio non sarebbe avvenuto.

Allora qual è il ragionamento che abbiamo fatto all’interno delle attività che svolgiamo come sportello salute e che cerchiamo di rasmettere ai lavoratori quando li coinvol-

giamo, quando facciamo noi l'analisi degli infortuni o quando facciamo noi i corsi per gli RLS?

È quello di sottolineare che ci sono diversi soggetti che hanno tutti una loro parte di responsabilità nella tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, sia dal punto di vista degli infortuni sia dal punto di vista delle malattie professionali.

Il datore di lavoro innanzitutto che ha il dovere per legge di tutelare la salute e la sicurezza dei propri dipendenti.

Poi ci sono gli ispettori, poi ci sono gli RSPP, poi ci sono gli RLS, ma poi ci sono anche i lavoratori.

È qui che secondo noi c'è la chiave di volta per un cambiamento dell'atteggiamento: a tutti gli altri può non fregargliene niente, possono fare il male il loro lavoro, al massimo rischiano qualcosa sotto il profilo penale o sanzionatorio, ma il lavoratore è quello che mette in gioco la propria salute e la propria integrità fisica. In parole povere la propria pelle.

Allora ne deriva che il lavoratore non può permettersi di continuare a guardare esclusivamente le responsabilità degli altri e a delegare sempre agli stessi la propria tutela, ma deve guardare anche il potenziale che c'è nel suo comportamento, nel poter ridurre o addirittura eliminare i rischi.

E cioè dire: ma se io avessi guardato, se io avessi utilizzato gli strumenti che avevo a mia disposizione, se mi fossi informato, se mi fossi impegnato in prima persona e avessi preteso un modo diverso di lavorare, al di là delle responsabilità degli altri può darsi che quell'infortunio non sarebbe avvenuto o non avrei contratto quella patologia.

Da questo deriva la necessità di una maggiore partecipazione diretta dei lavoratori in tutte queste fasi, ma soprattutto una partecipazione organizzata, perché come già emer-

so dagli interventi precedenti la vita all'interno dei posti di lavoro non è rose e fiori, anzi, i casi di *mobbing* sono decisamente in crescita e non perché i datori di lavoro siano più cattivi di prima ma perché oggi si sono modificati i rapporti di forza e i padroni hanno più potere.

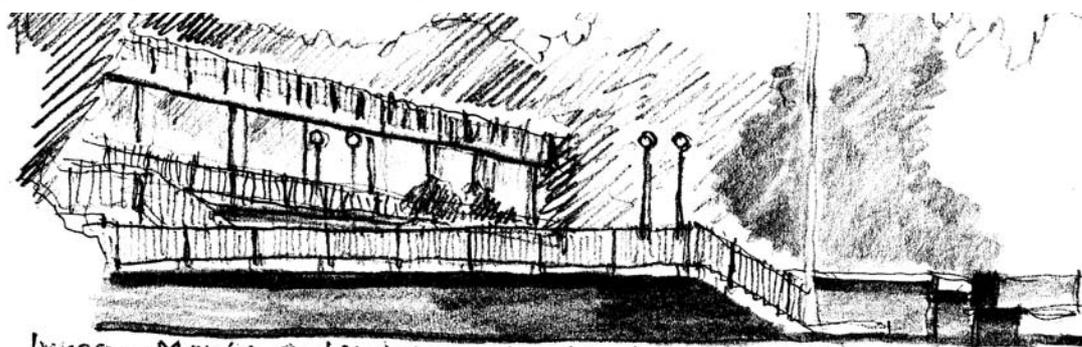
Il padrone in realtà mobilita tutti e non solo Tizio, Caio, Sempronio.

Il padrone il suo potere lo esercita nei confronti di qualunque lavoratore, perché rimanga schiavo, perché non si ribelli, perché gli garantisca il massimo profitto ed è ovvio che il lavoratore più debole o più fragile sia il primo che subisce questa situazione, e la subisce innanzitutto sotto il profilo psicologico, ma tutti siamo mobbizzati e tutti abbiamo la necessità di reagire.

Tanto è vero che nei periodi in cui l'organizzazione c'era, i lavoratori avevano la capacità di reagire. Non è che avessero raggiunto il socialismo, ma i casi di *mobbing* li contavi sulla punta delle dita, mentre oggi invece sono in crescita.

Allora il problema è riprendere la partecipazione, non delegare più a nessuno, in modo che quando ci si rivolge all'ispettore dell'Asl, alla Direzione Territoriale del Lavoro o al magistrato si avvia un percorso, ma non gli si delega la soluzione del problema, gli si chiede uno specifico intervento ma si controlla quali saranno le modalità con cui lo stesso verrà effettuato.

Senza l'applicazione di queste nuove strategie, potremo sì continuare nella nostra attività di sportello ad aiutare singoli lavoratori ad ottenere un minimo risarcimento per il danno alla salute subito, utilizzando i residui di conquiste normative e contrattuali ottenute nel passato, ma non illudiamoci perché se non ci sarà una adeguata reazione siamo destinati a perderle del tutto.



Ivrea - Mensa aziendale e strada ricreativa Olivetti.
Ignazio Gardella con Roberto Guiducci - 1953 - 81

I servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, ieri e oggi

di Fulvio AURORA*

Alla iniziativa del convegno del 40esimo, accanto all'intervento di Gino Carpentiero, medico del lavoro di Firenze, è intervenuta anche Tiziana Vai, medico del lavoro di un Dipartimento di Prevenzione di Milano, rifacendosi anche alla linea e alle proposte della Società Italiana Operatori della Prevenzione (SNOP) "I Servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro, ieri e oggi". Poiché per ragioni di tempo non ha potuto tradurre le sue slides in articolo, ritenendo comunque importante l'argomento abbiamo pensato di intervenire in merito, con qualche considerazione critica, propria della storia e della linea di Medicina Democratica.

(Abbiamo pubblicato le slides sul sito di Medicina Democratica- medicina democratica.org). Il dibattito è comunque aperto.

Dire che il lavoro è profondamente mutato negli anni 2000 può essere una banalità. Sono cambiati anche i lavoratori per livello di coscienza, forse anche per cultura e per capacità di organizzazione. Naturalmente sono cambiate le leggi. Complessivamente possiamo dire che il sistema di base per la salvaguardia della salute dei lavoratori è mutato.

I soggetti istituzionali proposti alla verifica e al controllo delle condizioni di lavoro hanno assunto caratteristiche diverse. Sono più distaccati e più lontani, i lavoratori sono diventati anche più soli. Gli stessi sindacati operano in altro modo o, forse, in questo frangente, non operano molto, sono deboli e silenti.

Eppure sono nati gli RLS ovvero i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Dovrebbero essere coloro che organizzano con i lavoratori le lotte contro la nocività ambientale, ma in questo hanno mancato e

mancano: la partecipazione dei lavoratori alla salvaguardia della loro salute non c'è o è molto rara. Gli RLS a volte sono vissuti come separati dagli altri, e nemmeno è infrequente che alcuni di questi appaiano più come una longa manus delle direzioni aziendali.

Se ci sono problemi a riconoscere gli RLS come parte propria dei lavoratori, ancora più problematico è considerare i servizi e le strutture istituzionali della prevenzione quale effettivo aiuto a migliorare le condizioni di salute nei luoghi di lavoro. Non si può prescindere dall'attuale contesto: molti lavoratori sono precari, molti altri sono soggetti a licenziamento se protestano, non solo perché non più coperti dall'articolo 18 dello Statuto dei Diritti dei Lavoratori, ma per il clima complessivo che si è instaurato. Altri lavoratori soffrono per essere isolati oppure sottoposti a mobbing. E vi sono altre difficoltà oggettive: difficile conoscere ed interpretare le nuove nocività dovute ai mutamenti organizzativi, i nuovi sistemi e forme di lavoro; non sempre sono conosciute le modalità per avere le informazioni sulle sostanze che vengono utilizzate e nemmeno, in campo sanitario, sull'utilità delle visite di legge e sui compiti dei medici competenti.

Vi è stato, in sintesi, un forte mutamento dello scenario economico e sociale con riduzione delle risorse disponibili e con un macroscopico aumento delle disuguaglianze dovuto alla crisi economica e del welfare, all'aumento delle malattie croniche, agli effetti dei cambiamenti climatici, alle migrazioni, non ultimo come già notato alla precarietà, atipicità e delocalizzazione del lavoro. Nella società neoliberista il lavoro, oggi più di ieri, è subordinato al profitto; il diritto

**Medicina Democratica, Sezione di Milano.*

to alla sicurezza e alla salute è del tutto secondario, si potrebbe dire è un accidente. Come ci stanno, in questa fase, i servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro il cui scopo centrale è proprio di garantire la salute e la sicurezza? L'impiego di risorse inferiori ha portato ad una riduzione della presenza territoriale: le Usl dalle 642 che erano dopo la riforma del 1978, sono, allo stato attuale 97, quindi i territori di riferimento sono diventati più ampi, più difficili il contatto da parte dei soggetti aventi diritto. La stessa cultura degli operatori è mutata; per effetto delle nuove normative e delle direttive dei dirigenti ASL sono prevalentemente diventati dei "revisori di carte". Si ricostruiscono ancora i cicli produttivi?, si interviene a modifica dell'organizzazione del lavoro? Pare proprio di no.

La prevenzione quale centro dell'intervento che riscopre le cause che conducono a disagi e malattie, compresi gli infortuni, deve essere programmaticamente ripresa. Il futuro a livello territoriale sta in una logica concretamente, scientificamente "dipartimentale", in cui gli interventi risultano essere integrati e multidisciplinari. Lo indica lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, ma come avviene di solito per i piani, anche se considerati strategici, manca il controllo sulla loro applicazione. Per definirli vi è un gran lavoro di studio, di commissioni e di convegni, che alla fine mostrano di essere autoreferenziali. Così come è successo per il Piano Nazionale Amianto, scaturito dalla Conferenza nazionale del 2012, con un iter molto complesso di rapporti fra stato e regioni, ma dove non si vede che cosa in pratica cambia in termini sanitari, soprattutto di realizzazione delle bonifiche, nonché di vantaggi previdenziali e giuridici per gli ex esposti.

Dunque che fare di fronte alla abdicazione del Ministero della Salute, alla mancata interazione con il Ministero del Lavoro? Si è finito per lasciare la palla esclusivamente alle Regioni che operano, quando operano, in maniera diversa una dall'altra. E non sarebbe stato meglio, qualcuno potrebbe dire, riaccentrare i compiti allo Stato così come sarebbe stato nel caso di un esito diverso del referendum costituzionale? Noi riteniamo che meglio sarebbe stato ritornare

al testo costituzione del 1948 nel quale era stabilito che le regioni potevano legiferare in campo sanitario, ma lo Stato era al di sopra e aveva il compito di controllare. Ciò che va sostenuto ed è essenziale è il controllo dal basso. Sono i soggetti interessati che devono organizzarsi ed intervenire, piuttosto che inventare una nuova agenzia per la prevenzione di cui da tanto tempo si parla, ma che, a parere di chi scrive, svia dalle effettive necessità, che sono quelle di avere risorse sufficienti a disposizione, di un numero congruo di operatori qualificati e idealmente motivati. All'interno di questo discorso si deve ridiscutere il ruolo dell'INAIL che non può essere un soggetto della prevenzione, in quanto è un'assicurazione e, come tale, lo si vede nella pratica quotidiana, opera in modo tutt'altro che favorevole ai lavoratori. Non sono i finanziamenti che l'INAIL concede alle aziende per rinnovare macchinari e impianti per evitare gli infortuni, piuttosto sono i denari (molti) degli assicurati, in mano all'INAIL che dovrebbero essere versati ai dipartimenti di prevenzione per i compiti loro propri. Nel merito il riconoscimento degli infortuni e delle malattie professionali dovrebbe di nuovo ritornare alle A-USL, con una semplice modifica legislativa, ritornando alla norma del 1978.

L'organizzazione della prevenzione deve restare all'interno del Servizio Sanitario Nazionale come previsto dalla legge 833 del 1978. Non rifacciamo gli errori che hanno portato alla nascita delle Agenzie regionali di Protezione Ambientale e nemmeno quelli che si vogliono fare istituendo una apposita agenzia per l'amianto (come da disegno di legge della Commissione Senatoriale sugli infortuni e malattie professionali). Non si risolve il problema della prevenzione con artifici istituzionali o legislativi, occorre piuttosto tornare al decentramento territoriale, come era ai tempi delle USL iniziali. Occorre lavorare per conoscere in modo preciso la condizione di nocività del lavoro in ogni territorio, coinvolgere i lavoratori e i cittadini con un piano costruito insieme a loro, così come subito dopo la legge di riforma sanitaria si erano pronunciati i sindacati (Documento di Ariccia 6/7/8 febbraio 1979):

"... *la legge 833 nonostante i limiti e le con-*

tradizioni, può permettere la creazione di un sistema basato sull'approccio preventivo, anche per quanto riguarda la cura e la riabilitazione, capace di autoregolarsi rispetto alla ricerca, alla conoscenza, al controllo, alla eliminazione dei rischi e dei danni più gravi e più diffusi che interessano i lavoratori e la popolazione. Per avviare questo processo di progressiva sostituzione del vecchio assetto sanitario basato sull'approccio individuale e privatizzato della malattia, fatto di domande di intervento sparpagliate ed incontrollabili, sia per quanto riguarda l'efficacia degli interventi stessi, sia per quanto riguarda la spesa, con un sistema basato sulla programmazione, la prevenzione e la partecipazione, occorre una grande mobilitazione ed una grande iniziativa di popolare e di massa... La

Federazione CGIL-CISL-UIL assuma e colmi il vuoto legislativo di strutture partecipative, avviando a soluzione il problema scientifico della individuazione, del controllo e della eliminazione partecipata dei rischi e dei danni, tramite la costituzione di comitati di partecipazione come prima aggregazione nel territorio della USL di tutti coloro che hanno esperienza dei luoghi di vita e di lavoro nella lotta contro la nocività...”

Non si può tornare indietro, è certo, ma per ricreare un elevato livello di coscienza individuale e collettiva occorre ripartire dalla memoria storica, trovando forme e modi più adeguati e più moderni, organizzandosi su tempi lunghi considerando che la degenerazione politica e sociale di oggi ci sta portando, nonostante i social network, al liberismo dei secoli passati.





Due riforme decisive e una iniziativa strategica per la Sanità italiana

a cura del Dr. Alberto DONZELLI*

LA RIFORMA STRUTTURALE DI FONDO IN SANITÀ POTREBBE ESSERE: ALLINEARE LE CONVENIENZE DEI DIVERSI ATTORI AD ETICA E SALUTE DELLA COMUNITÀ DEI CITTADINI

È dimostrato che i comportamenti degli operatori sanitari, come quelli degli altri esseri umani, non sono determinati anzitutto dagli obiettivi enunciati dalle normative, ma - in larga misura - dal loro “*sistema premiante*”, cioè dai loro interessi o convenienze.

Poiché il sistema di pagamento di un professionista e quello di remunerazione/finanziamento dell'Organizzazione che gli dà lavoro sono fra i costituenti maggiori di un “*sistema premiante*”, cioè degli interessi/convenienze di ogni professionista e di ogni Organizzazione, ne deriva che la coerenza del sistema di pagamento/finanziamento con gli obiettivi desiderati dal sistema è decisiva per far sì che tali obiettivi siano davvero perseguiti.

Gli obiettivi fondamentali di un Sistema Sanitario Pubblico si potrebbero così riassumere:

- ottimizzazione della produzione di salute, liberazione dalla sofferenza e assicurazione per la comunità dei cittadini;
- soddisfazione dei cittadini/assistiti rispetto al Sistema Sanitario e ai servizi fruiti;
- equilibrio economico/sostenibilità del sistema sanitario da parte della Società.

Se si vuole che questi obiettivi siano perseguiti, è necessario allineare ad essi il sistema premiante (gli interessi/convenienze) degli attori del Sistema Sanitario.

Se gli “*architetti di sistema*” non sono abbastanza consapevoli di questa necessità basilare e disegnano un sistema premiante che divarica le convenienze degli attori princi-

pali in sanità rispetto agli obiettivi fondamentali di un Servizio Sanitario Pubblico, il Sistema non riuscirà affatto a ottenere i risultati che dichiara di voler raggiungere. Purtroppo è proprio quanto sta accadendo oggi, e il problema sta diventando globale. *Come si può sperare di far lavorare per la salute chi è pagato per (ha interessi allineati al)la malattia?*

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori, già in atto storicamente in discreta misura ed esteso con il DL.vo 502/92, presenta un grave problema strutturale quando è applicato in sanità. Infatti un limite strutturale per il “*mercato*” in sanità è l'insufficiente informazione del consumatore, che non gli consente di adottare le scelte tendenzialmente più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (ASL/AUSL/ATS), che in molti casi non sa quale sia la risposta ottimale per grandi tipologie di problemi sanitari, e a maggior ragione spesso non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica.

Molte linee-guida rispecchiano più gli interessi degli erogatori che le hanno prodotte (e dei produttori che le sponsorizzano) che quelli della salute della comunità dei cittadini. Ma anche dove linee-guida valide su interventi efficaci e costo-efficaci siano ben definite, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno, per quanto qualificato, di verificare l'appropriatezza (l'intervento efficace alla persona giusta) dell'applicazione di una linea-guida a un caso clinico.

Quanto sopra spiega la “*assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione, se lo vogliono, di incoraggiare la domanda di servizi ... i medici sono in grado di attutire l'impatto di*

*Consiglio direttivo e membro del Comitato scientifico della Fondazione Allineare Sanità e Salute.

riduzioni tariffarie aumentando la quantità dei servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il livello di reddito desiderato ... (Saltman et al. Quaderni SPOMS, 1998).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione può essere descritto in sintesi come un sistema che paga la malattia.

Con il finanziamento a prestazione degli Erogatori (Strutture e singoli professionisti), il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti diventa sempre più grave, man mano che gli operatori verificano e di conseguenza comprendono cos'è che fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o Dipartimento/Unità Operativa, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro. Tale profonda divaricazione tra obiettivi di salute proclamati e interessi reali alla malattia degli erogatori in Sanità sta alla base del fenomeno del *disease mongering*, che ha suscitato un vasto quanto (finora) inconcludente dibattito internazionale.

Per frenare gli effetti distortivi del suddetto sistema di remunerazione sul comportamento erogativo si è teso a mettere in piedi sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano quote crescenti delle risorse del sistema senza tuttavia produrre salute (ma solo per controllare/contenere i guasti, assunti come inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale). Si noti che negli USA, dove tale modello predomina, la spesa amministrativa e di controllo è ormai salita a più del 30% della spesa sanitaria totale (Himmelstein et al, 1986; Woolhandler et al, 1991, 1997, 2003...), che è già la più alta nel mondo. Ciò nonostante gli USA hanno risultati molto insoddisfacenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva, dell'efficienza (rapporto efficacia/costi - OECD Health Data; in tendenza peggiore per le Organizzazioni for profit - Devereaux et al. Can Med Ass J e JAMA, 2002; Vaillancourt et al, Soc Sci Quarterly, 2003; Silverman et al, NEJM) e della soddisfazione di cittadini e medici.

Un'altra contromisura escogitata per frenare i descritti effetti inflattivi e distortivi è l'accordo contrattuale che stabilisce tetti di spesa e volumi e tipologie di prestazioni per

ogni erogatore. Ciò riduce parte degli effetti indesiderati del pagamento a prestazione, ma causa forti aumenti di costi amministrativi e di transazione e dà un eccesso di potere (e una buona dose di arbitrio) ai programmatori. Però tende a mancare ugualmente l'equilibrio economico nel medio(-lungo) periodo, sia perché una prestazione di necessità discutibile può essere più conveniente di una necessaria, sia perché prestazioni non soggette a tetto, libera professione e Fondi sanitari costituiscono comunque uno sbocco per l'eccesso di prestazioni extracontratto, che i cittadini sono comunque chiamati a pagare.

La crescente percezione degli aspetti negativi di tale sistema anche nell'induzione di una grande quantità di prestazioni inutili o complessivamente dannose legittima lo sforzo di considerare anche nuove strade e nuovi paradigmi per il finanziamento e la remunerazione dei principali attori in Sanità.

I saggi di cui all'All. A approfondiscono l'analisi di questo problema e propongono articolate soluzioni per la maggior parte degli attori in sanità.

NB: il contributo teorico alla costruzione di modelli più virtuosi di sistema premiante per gli attori in Sanità avrebbe decine di occasioni per concretizzarsi a livello di una grande ASL, lavorando con Dipartimento SSB e Distretti nella costruzione di sistemi di incentivazione/di-sincentivazione di comportamenti prescrittivi negli accordi aziendali con MMG e PdF (anche all'interno di sperimentazioni autorizzate dalle DGSan delle Regioni), nella formulazione innovativa di contratti con le strutture erogatrici, con possibilità di testare d'intesa con la Regione di competenza e di validare possibili innovazioni strategiche in seguito proponibili a su più ampia scala.

Riprendendo la precedente proposta, il riallineamento alla salute degli interessi dei vari attori in sanità ottenibile con i diversi sistemi di remunerazione/finanziamento descritti in All. A non riesce a includere alcuni attori chiave, tra cui l'industria (farmaceutica, dei dispositivi e della diagnostica medica). Per evitare gli effetti negativi sulla produzione di conoscenze scientifiche del "conflitto di interessi con la salute" degli

sponsor industriali, si potrebbe proporre la riforma di cui al punto seguente.

FAVORIRE LA PRODUZIONE DI CONOSCENZE SCIENTIFICHE INDIPENDENTI DA INTERESSI COMMERCIALI E RECIPROCAMENTE UN NODO PRIMARIO DEL CONFLITTO D'INTERESSI NEL FINANZIAMENTO DELLA RICERCA IN SANITÀ

È facile “chiedere che lo Stato e il SSN si faccia carico di finanziare una ricerca scientifica indipendente da interessi commerciali, non lasciando il monopolio della ricerca in sanità a case farmaceutiche e altri produttori for profit”. Purtroppo di norma la risposta a questa richiesta poco originale sarà che “si concorda, ma non vi sono le risorse per farlo”.

È meno scontato, ma non impossibile, ottenere l'obiettivo n. 2 a costo (virtualmente) zero per il SSN e le casse pubbliche, riuscendo anche a fare gli interessi di Farmindustria e Assobiomedica, in una logica “io vinco-tu vinci”.

La proposta contenuta nel saggio *Problemi emergenti nella sperimentazione clinica controllata in medicina generale e pediatria di libera scelta* (Politiche sanitarie, Aprile-Giugno 2004; 5, 2: 100-5), di cui si allega uno stralcio, potrebbe aiutare a risolvere il dilemma.

<< (...) Si è documentato che le convenienze degli sponsor si sono dimostrate in grado di:

1. condizionare i risultati della ricerca.
2. determinarne gli oggetti e gli obiettivi.

Per integrare in modo opportuno il punto 2, il SSN potrebbe impegnarsi direttamente a finanziare le ricerche con maggiori probabilità di aumentare rapidamente il valore dell'assistenza sanitaria, dove:

valore = $\frac{\text{efficacia netta in termini di salute}}{\text{risorse}}$

a partire da quelle che, mantenendo un'efficacia almeno pari, promettono una marcata riduzione dei costi, e pertanto di solito risultano meno appetibili per l'industria. Per questo tipo di ricerca l'intervento dello Stato è probabilmente insostituibile e si comprende come sia anche conveniente dal punto di vista del SSN.

Per tutta la rimanente ricerca, che rappre-

senta la proporzione maggiore, non è realistico pensare che Stato e ricercatori possano fare a meno del finanziamento dell'industria. Oggi quest'ultima contatta in modo diretto o tramite una CRO un Centro di ricerca di fiducia e commissiona la ricerca. In genere il lavoro dei ricercatori è ben remunerato, e una parte di questi potrebbe sentirsi condizionata a non deludere le aspettative dello sponsor, ad es. accettando clausole contrattuali restrittive sulla pubblicazione dei risultati, ecc., sia per ricevere la commessa sia per essere più facilmente destinatari di commesse future. È provato che di fatto ciò tende a innescare distorsio-



ni sistematiche nei risultati della ricerca.

In alternativa, però, importanti agenzie regolatorie pubbliche (MinSal, Agenas, Regioni/Agenzie Sanitarie Regionali o loro consorzi, ...) potrebbero mappare e accreditare (previa verifica dei requisiti) Centri di Ricerca che si dichiarino in grado di condurre SCC nei vari campi; i requisiti di accreditamento dovrebbero essere severi a sufficienza da garantire l'industria che giustamente pretenda servizi efficienti e di alta qualità, il che è certo anche nell'interesse del SSN e della intera comunità.

Gli sponsor industriali interessati allo sviluppo di un farmaco o di una tecnologia biomedica sarebbero invitati a rivolgersi a tali Agenzie regolatorie, presentando progetto di ricerca e stanziamento (oltre a eventuali requisiti preferenziali dei Centri di ricerca da selezionare, che l'Agenzia regolatoria potrà accogliere in casi particolari, con motivazioni adeguate e non strumentali), con diritto a presenziare al sorteggio pubbli-

co, tra tutti i Centri specificamente accreditati, di quello a cui sarà effettivamente affidata la ricerca.

In tal modo le probabilità di affidamento, presenti e future, a uno specifico Centro di ricerca non dipenderanno dalla possibile compiacente soddisfazione delle attese dello sponsor, né di alcun altro portatore di interessi, e si sarà fatto un passo avanti sostanziale a tutela dell'indipendenza della ricerca scientifica, pur senza rinunciare ai finanziamenti industriali.

Certo a tale percorso, che richiederebbe in partenza una coraggiosa presa di posizione di grandi Agenzie regolatorie, servirebbe tempo per affermarsi, non potendo essere imposto con decreto, ma dovendosi affidare a scelte volontarie delle industrie. Queste tuttavia potrebbero essere incentivate in modo opportuno a incamminarsi in tale direzione.

Una volta avviato, però, è probabile che il processo diventi catalitico. Infatti la credibilità di ricerche che abbiano seguito questo percorso sarebbe maggiore, e tale caratteristica potrebbe essere adeguatamente divulgata e considerata da decisori e prescrittori, creando una pressione sociale nei confronti delle altre industrie perché adottino a loro volta percorsi analoghi, finché questa arriverà a costituire la modalità dominante e ordinaria.

A chi potrebbe convenire tutto ciò? Certamente al SSN e alla comunità dei cittadini, che potrebbero contare su ricerche con risultati più validi e trasferibili, ma anche alla credibilità della ricerca, che ne ha sempre più bisogno. Inoltre ai ricercatori e alla loro integrità. Infine la scelta suggerita favorirebbe una più equa ripartizione dei fondi di ricerca e delle opportunità di accesso, in presenza di adeguati requisiti di qualità.

Infine è possibile che anche Farmindustria e Assobiomedica, che rappresentano l'insieme delle industrie del settore, ravvisino vantaggi nel favorire condizioni di concorrenza più corretta tra le proprie rappresentate, apprezzino di avere da subito risposte chiare anche su linee produttive su cui forse non è il caso di investire e, nel caso di risposte positive interessanti e altamente credibili, di avere parte delle spese di promozione vero-

similmente sostenute dalle stesse strutture del SSN, che avrebbero in questi casi interessi perfettamente allineati. Inoltre, in una situazione in cui si stabilisce un tetto anche per la spesa farmaceutica pubblica, può diventare relativamente ininfluenza per l'Organizzazione delle Case farmaceutiche sapere che si spende il denaro pubblico per l'uno o per l'altro farmaco, purché il flusso complessivo di denaro sia garantito, e se possibile accresciuto con la successiva Legge Finanziaria, grazie alla migliore reputazione generale del settore e alla più credibile documentazione della sua efficacia relativa nel contesto del SSN.

A chi potrebbe invece non convenire ?

A singole Aziende Farmaceutiche o dei dispositivi/Sponsor che vogliano avvantaggiare il proprio prodotto in un'ottica di breve-medio periodo, come pure ai vertici di qualche Organizzazione medica che aspirino ad essere gli interlocutori delle suddette Aziende/Sponsor, e a chi temesse che in tal modo gli Sponsor farebbero affluire meno fondi, per motivi che non avessero strettamente a che vedere con la ricerca e con le sue esigenze.

Ma il SSN e il Sistema Sociale non dovrebbero essere troppo sensibili a tali motivazioni. >>

In attesa che Stato e/o Regioni assumano iniziative come quelle sopra descritte, e che di conseguenza si affermi in modo progressivo un nuovo sistema di produzione delle conoscenze scientifiche mediche, è necessario affrontare in modo più efficace e deciso il problema della disseminazione di conoscenze indipendenti da interessi commerciali, che assumano il punto di vista della Sanità Pubblica e degli interessi della salute della comunità dei cittadini.

AFFRONTARE CON STRUMENTI APPROPRIATI LA DISSEMINAZIONE DI CONOSCENZE INDIPENDENTI DA INTERESSI COMMERCIALI, CHE ASSUMANO IN MODO ESPLICITO IL PUNTO DI VISTA DI UN SSN E DEGLI INTERESSI DELLA COMUNITÀ DEI CITTADINI

Il finanziamento di più dell'80% delle ricerche scientifiche da parte di sponsor commerciali e la sempre maggior pressione dei loro interessi nei confronti di ricercatori,

Università e Sanità ha introdotto pesanti distorsioni nella stessa produzione delle conoscenze scientifiche (v. *la bibliografia in proposito riportata in www.fondazioneallineaesanita.esalute.org*) e nella loro interpretazione e diffusione. Tale pressione arriva a distorcere la comunicazione ai medici e alla popolazione dei risultati, quando questi siano in contrasto con potenti interessi commerciali.

Ciò toglie credibilità alla ricerca finanziata da sponsor commerciali, suscitando un dibattito internazionale sul conflitto d'interessi nella ricerca e su possibili azioni correttive. Ma ha causato anche una sistematica riduzione nell'efficacia potenziale dell'assistenza sanitaria ed è fra i maggiori determinanti dei suoi costi crescenti. Oggi le ricerche indipendenti e quelle le cui priorità sono definite in base al punto di vista del SSN o della comunità dei cittadini sono una minoranza, e i loro risultati non sono adeguatamente portati all'attenzione dei professionisti della sanità o dei cittadini legittimamente interessati alla tutela della propria salute.

L'iniziativa di seguito segnalata si pone fra i possibili correttivi, con l'esplicito intento di aumentare l'efficacia delle cure e la produzione di salute, diminuendo al tempo stesso i costi a carico delle articolazioni del SSN e della comunità dei cittadini.

Si configura inoltre fra i possibili strumenti di governo della domanda, in grado non solo di migliorare le prescrizioni mediche, ma anche di aumentare l'*empowerment* e la soddisfazione dei cittadini.

STORIA E SCOPI DELL'INIZIATIVA "PILLOLE DI BUONA PRATICA CLINICA" PER MEDICI (143 PUBBLICATE FINORA)

A fine 2002 l'ASL Città di Milano ha iniziato a inviare ai propri Medici di famiglia comunicazioni di contenuto scientifico (*Pillole di buona pratica clinica*, d'ora in avanti BPC) per fornire un'informazione scientifica semplice, indipendente e incisiva, che aumenti il valore dell'assistenza sanitaria da loro fornita ai cittadini.

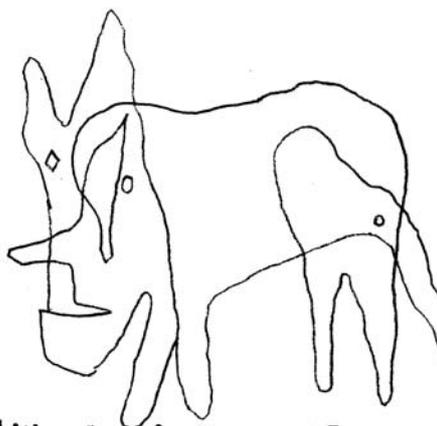
Volendo esprimere con una semplice formula il valore dell'assistenza sanitaria, si riporta la definizione (*Slawson, J Fam Pract*

2001; 50:584):

$$\text{Valore} = \frac{\text{Efficacia netta (espressa in termini di salute)}}{\text{Risorse}}$$

Le proposte formulate per razionalizzare i comportamenti assistenziali attraverso questo strumento devono soddisfare tutte le seguenti *caratteristiche generali* (in base allo stato attuale delle conoscenze):

- efficacia netta nella pratica, espressa in termini di salute, superiore (o almeno pari) rispetto ad altre pratiche correnti, alla luce dell'EBM (Medicina/Assistenza Sanitaria fondata sulle prove di efficacia)
- costi netti inferiori rispetto a pratiche correnti direttamente confrontate



da Paul Klee - Perché corre - 1932

- rilevanza nella pratica delle cure primarie. I riferimenti forniti sono espliciti, sintetici e con bibliografia, tratti da pubblicazioni che tengano conto del contesto della medicina generale e del territorio. I medici che desiderano ricevere o consultare la documentazione originale, in formato cartaceo, o elettronico, ne possono fare richiesta. Ogni professionista è comunque pienamente libero di valutare i dati forniti e di accogliere i suggerimenti formulati o di regolarsi in modo diverso, secondo scienza e coscienza, nei confronti del paziente che lo ha scelto.

(il documento fin qui riportato è stato sottoscritto nel 2002 da tutte 00.SS. della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta dell'ASL Città di Milano, insieme al Dipartimento Servizi Sanitari di Base).

Per rendere ancor più esplicito e trasparente il punto di vista cui si ispirano le *Pillole* di BPC, si riporta su una tabella come intestazione di colonna l'efficacia pratica incre-

mentale (rispetto alla prassi corrente) di un intervento sanitario e come intestazione di riga i suoi costi incrementali (sempre rispetto alla prassi corrente).

Si possono riconoscere nove possibili diverse combinazioni. (Cfr. Figura 1.)

In ciascuna delle celle corrispondenti è indicata la raccomandazione che ne scaturisce, adottando il punto di vista del SSN e degli interessi della comunità dei cittadini. Mentre per le tre celle “*Scartare/Eliminare con priorità*” e le tre “*Adottare/Adottare con priorità*” le indicazioni sono chiare e le informazioni *evidence-based* disponibili sull'intervento non generano dilemmi rispetto alla decisione da assumere, per le ultime tre combinazioni (e in particolare per < efficacia e < costi, e > efficacia e > costi) c'è un potenziale dilemma. La Sanità Pubblica si può accontentare di non dare per il momento indicazioni in questi casi, concentrandosi con priorità sulle aree dove vi sono evidenti ragioni per adottare un intervento, o su quelle dove vi sono ragioni altrettanto forti per scartarlo, o per considerarlo realmente di 2^a, 3^a o 4^a scelta rispetto a quello che dovrebbe essere dominante (in base alle prove scientifiche e al rapporto efficacia netta/risorse).

Per fortuna le aree dove si può raccomandare di “*fare ordine*” nelle decisioni cliniche senza creare casi di coscienza sono tali e tante che si può tranquillamente accettare di mettere in *stand-by* le indicazioni su aree meno certe per i prossimi anni, in attesa che il progresso delle conoscenze scientifiche le faccia virare verso aree più definite.

Nel 2004 l'iniziativa è proseguita in partnership con alcune Associazioni di tutela dei consumatori estese a livello nazionale (Associazione Consumatori-Utenti, Federconsumatori, Lega Consumatori, Movimento Consumatori), e il sottoscritto come direttore editoriale, insieme a un nucleo di validi collaboratori interni

all'ASL e alcune delle migliori firme della Sanità italiana indipendente dagli interessi di produttori e corporazioni. Dal 2006 direttore responsabile della rivista è il Dott. Franco Berrino, che era Direttore del Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva dell'Istituto Tumori di Milano. Le *Pillole* hanno esteso il proprio target a Medici di famiglia, ma anche a specialisti ambulatoriali (e ospedalieri), soprattutto attraverso ASL/AUSL e Regioni che hanno mostrato interesse a uno strumento con queste caratteristiche.

La pubblicazione di *Pillole* di buona pratica clinica (10 numeri/anno) avviene su temi scelti sempre assumendo il punto di vista del SSN, della comunità dei cittadini e della salute dei pazienti, a partire dalla selezione dei temi fino alle conclusioni, che non è facile attaccare sotto il profilo della forza delle prove scientifiche e delle argomentazioni a sostegno.

INIZIATIVA “PILLOLE DI EDUCAZIONE SANITARIA” PER I CITTADINI-CONSUMATORI (123 PUBBLICATE FINORA)

La partnership con le Associazioni di Tutela dei Consumatori ha fatto affiancare alle *Pillole* di BPC per Medici altrettante *Pillole* di educazione sanitaria per cittadini-consumatori.

Scopo di questo ulteriore strumento è far sì che i cittadini:

- facciano un buon uso dei servizi sanitari e siano consapevoli dei propri diritti;
- non sollecitino i medici a prescrizioni irrazionali sotto la pressione consumistica dei media;
- acquisiscano e mantengano un salutare senso critico, conoscendo anche limiti, eventuali rischi e costi di trattamenti e indagini proposte e le alternative disponibili, senza porsi in modo passivo verso ogni prescrizione e proposta sanitaria;
- conoscano gli elementi fondamentali di

Figura 1.

		Efficacia incrementale		
		-	=	+
+	Eliminare con priorità	Scartare	? Analisi incrementale	
Costi incrementali =	Scartare	Ci sono altre ragioni per adottare?	Adottare	
-	? Analisi incrementale	Adottare	Adottare con priorità	

autogestione della propria salute e acquisiscano migliori capacità per metterli in pratica.

Anche le *Pillole* di educazione sanitaria sono strumenti originali, che rivolgono ai cittadini messaggi che contano per la salute, espressi con chiarezza, senza farsi condizionare dai conflitti di interesse che attraversano gran parte della divulgazione sanitaria.

Esse interessano potenzialmente la maggioranza dei cittadini, cui possono essere veicolate anzitutto dai propri Medici di fiducia; ma anche da: ASL/AUSL; Associazioni di tutela dei consumatori, attraverso i propri canali informativi; riviste mediche e sanitarie indipendenti.

I risultati ottenibili a fronte del minimo investimento richiesto sono di grande interesse.

Uno specifico progetto di ricerca, finanziato dall'AIFA in partnership con la Regione Lombardia, ha valutato l'impatto di un programma di informazione ai MMG, e per loro tramite ai pazienti, attraverso gli strumenti *Pillole* di BPC e di ES, con risultati positivi in termini di appropriatezza prescrittiva, gradimento dei target e recuperi ingenti di risorse sanitarie, quantificate in decine di milioni di Euro nei tre anni di valutazione formale.

ALLEGATO

Da tempo abbiamo messo a fuoco il problema del *conflitto di interessi tra molti degli Attori in Sanità*, soprattutto tra gli erogatori (non solo dunque tra i produttori di tecnologie sanitarie), e *la Salute*. Tale conflitto che sta alla base anche dell'insostenibile crescita della spesa sanitaria in tutti i paesi, per quanto ricchi siano, costituisce un determinante ben più potente dell'invecchiamento della popolazione o dello sviluppo di nuove tecnologie.

Abbiamo anche cercato di elaborare una proposta strutturale che possa risolvere questa grave contraddizione tra gli interessi della maggior parte di chi opera in sanità e i fini istituzionali/obiettivi dichiarati dai Sistemi sanitari, e dai SSN in particolare.

Siamo convinti di aver colto un aspetto fondamentale di questo problema, e una possibile soluzione, che ci sembra tuttavia ancora lontana dal dibattito in corso tra le diver-

se correnti di pensiero in campo.

Proponiamo un contributo per favorire una maggiore consapevolezza in proposito, con l'intento di far crescere una *massa critica* di sostenitori di questa strategia e di far maturare la disponibilità a una sperimentazione gestionale della soluzione ipotizzata.

A chi desidera approfondire il modello, si suggerisce di entrare nel sito <http://fondazioneallinearesanita.esalute.org/> al percorso: Iniziative e produzione scientifica à Convegni/Incontri/Eventi à Workshop 3 dicembre 2016 (direttamente raggiungibile <http://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2016/11/giornata-di-studio-3-dicembre-2016/>) e consultare, meglio nell'ordine, i seguenti documenti:

1-3) Slide dei Relatori nell'ordine: A. Donzelli 1a parte, E. Scafuro, A. Donzelli 2a parte. passare al Workshop del 20 settembre 2014 <http://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2014/09/convegno-20-settembre-2014/>, per consultare:

4) *Articolo base (Mecosan): un saggio di base per l'illustrazione del modello*, pubblicato anni fa sulla rivista Mecosan;

5) *Applicazione del Modello a Ospedali (ASI): un articolo su ASI che illustra la possibile applicazione del modello con Ospedali e AA.OO.* o assimilabili.

6) *Farmacia dei servizi... (evidence.it): un'appendice relativa alla declinazione della proposta per l'attore "farmacie", che nel saggio-base non era incluso, ma che la deriva in atto del contratto nazionale di categoria verso la "Farmacia dei Servizi" mi ha stimolato a redigere*

7) *Esempio di 1ª applicazione del Modello: una proposta più operativa di prima applicazione del modello*, sotto forma di *sperimentazione* che dovrebbe coinvolgere un paio di ASL/AUSL/ULSS/ATS italiane, preferibilmente in due diverse Regioni.

A questo punto si può tornare al Workshop 3 dicembre 2016 <http://fondazioneallinearesanita.esalute.org/2016/11/giornata-di-studio-3-dicembre-2016/>, consultando:

8) *Manuale con obiezioni e relative risposte alla proposta di un sistema di finanziamento/remunerazione che "paga la salute": un manuale delle obiezioni* che la presentazione del modello suscita più di frequente, e di risposte che sono in genere risultate convin-

centi al riguardo..

9) *Progetto di Legge N. 0188 (Regione Lombardia) "Sperimentazione di un sistema di finanziamento delle strutture sanitarie e di remunerazione dei professionisti che paghi la salute"*, che era stato presentato quando era in discussione la Riforma sanitaria lombarda.

10-11) *Esempi indicativi 1 e 2 di incentivazione dei Pediatri di Famiglia coerente con Modello che paga la Salute: Promozione dell'allattamento materno e Controllo di obesità e sovrappeso (giugno 2009)*, che consentono di capire come il modello si potrebbe applicare ai Pediatri, indicativamente per bambini da 0 a 7 (o più) anni.

12-18) seguono i pdf di *alcuni Materiali distribuiti nelle cartelle del Workshop del 3 dicembre 2016*.

19) per iniziare a capire, inoltre, *dove si potrebbe iniziare a metter concretamente mano per migliorare l'appropriatezza riducendo nel contempo i costi* (cosa che i molti

interventi sul tema in genere non *scendono* a dire), sul sito trovate alcune *liste* di 10 esempi ciascuna (tra le centinaia di esempi illustrati nelle *Pillole* di buona pratica clinica e *Pillole* di educazione sanitaria), inviati dalla Fondazione a varie riprese a: Presidente del Consiglio, Ministra della Salute, Commissione Sanità del Senato, ecc. 19') Altri esempi concreti, con l'occasione della discussione sul Pdl sulla responsabilità professionale, sono riassunti in una presentazione alla Conferenza Nazionale GIMBE <http://fondazioneallinearesanitaesalute.org/wp-content/uploads/GIMBE-Slide-Donzelli-Longoni-presentazione-integrale.pdf>

20) Sul sito www.allinearesanitaesalute.org trovate anche la *Filosofia delle Pillole* di buona pratica clinica (*Pillole à BPC Filosofia*), insieme a *Mission, Vision e Statuto della Fondazione Allineare Sanità e Salute*, e ci sono le istruzioni per attivare possibili abbonamenti alle *Pillole*.



Quarant'anni dopo: dove stiamo andando?

di Rossana BECARELLI*

Le relazioni introduttive, pronunciate in occasione del quarantennale di Medicina Democratica, delineano in modo inconfutabile quale differenza divida da quegli anni “gloriosi” il tempo che stiamo attualmente vivendo.

Fra Sessanta e Settanta, la situazione politica, ideologica e culturale italiana, che percorreva il solco aperto dal movimento della resistenza che aveva fondato la democrazia in Italia, si andava concretizzando in grandi azioni di pensiero e di militanza che toccavano anche la ricerca scientifica.

Le analisi profonde e non conformiste di Giulio Maccacaro, come quelle di Ivan Illich, e di molti altri, furono in grado di mettere in discussione e di sottoporre il potere autoritario della medicina a una critica radicale, aprendo sostanziali prospettive di cambiamento.

La questione della salute entrò come tema politico nell'azione dei movimenti – quello operaio, quello studentesco, e non meno quello femminista- facendola diventare cruciale nel confronto e nelle riflessioni.

Crebbe e si diffuse una nuova cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro dove i lavoratori cominciarono a rendersi conto che la loro salute non era una merce e che non andava monetizzata. La salute dei lavoratori in fabbrica, correlata alle condizioni di lavoro pregiudizievoli nel medio e lungo termine, da sempre ignorata e negletta, diventò un tema cruciale nelle lotte operaie fino ad allora unicamente finalizzate alle rivendicazioni salariali e turnistiche.

Attraverso di essa si operò un'autentica “rivoluzione” di approccio concettuale, sottraendo per la prima volta ai professionisti esperti – di fatto *longa manus* del padronato- la capacità esclusiva di valutazione e giu-

dizio clinico

per consegnarla alla figura degli “esperti grezzi”, cioè di coloro che -sulla loro pelle di lavoratori- vivevano quotidianamente il rischio e ne conoscevano dal di dentro la genesi e le possibilità di prevenzione.

Il modello concepito da Ivar Oddone a Torino ebbe allora un'eco mondiale di cui si fece portavoce addirittura Vincente Navarro, editor della rivista *Public Health* e professore alla prestigiosa Johns Hopkins University di Baltimora (MA).

Sull'onda delle battaglie condotte, e per l'opera di sensibilizzazione che si andava facendo coi testi pubblicati nella collana *Medicina e Potere* e con la rivista “*Epidemiologia e Prevenzione*”, la magistratura cominciò ad occuparsi in maniera puntuale della salute dei lavoratori. Iniziò così la stagione dei grandi processi per gli effetti e le conseguenze a cui espongono le sostanze e le lavorazioni pericolose.

Il tema della prevenzione primaria venne ad assumere un posto di primo piano e lentamente soppiantò la classica idea della Medicina unicamente riparativa di morbi e lesioni.

Alla fine degli Anni '70, a seguito dell'intensa e prolungata mobilitazione generale, portata avanti da forze diverse e su diversi fronti, vedemmo approvate le tre leggi che più hanno marcato in senso democratico e civile lo sviluppo e il progresso della società italiana: la Legge n.180/78 di chiusura degli Ospedali psichiatrici, la legge n.194/78 per l'interruzione di gravidanza (poi sottoposta a quesito referendario), e infine la Legge di Riforma Sanitaria, n.833 del 1978, che sancì in modo definitivo l'esercizio universale e paritario del diritto alla salute.

La chiusura degli ospedali psichiatrici nel

**Presidente Rete Euromediterranea per l'Umanizzazione della Medicina, già Dir. Sanitaria Osp. S.Giovanni Vecchio Torino.*

nostro Paese, iniziata audacemente da Franco Basaglia nell'ospedale di Gorizia, resta un caposaldo, e rimane tuttora un avamposto praticamente unico, nel mondo occidentale.

Fu la campagna di stampa de L'Espresso che rese pubblico l'orrore e la vergogna delle condizioni in cui versava una parte di popolazione, segregata -a volte per sempre- in antiche strutture fatiscenti, sottoposta a innominabili sevizie e angherie, e privata di fatto di qualsiasi diritto civile. Gli ospedali psichiatrici, lungi dall'essere istituzioni di valore sanitario, costituivano un retaggio quasi "medievale" di esclusione sociale e di repressione violenta dei soggetti più insubordinati e a vario titolo indesiderabili per le proprie famiglie e per le loro comunità.

Entrare in queste strutture e liberare i pazienti dalle cinghie che li tenevano legati ai pagliericci immondi, negli stambugi in cui avevano vissuto per anni senza nome, nudi, immersi nelle feci e nel vomito, fu un'azione collettiva quasi paragonabile alla presa della Bastiglia, e che strappò la maschera alla medicina più arcaica e violenta, strumento bieco perfettamente organico al sistema di potere.

La legge 190 riuscì ad affermare e a rendere sistemica la potente richiesta di libertà che pervadeva il paese e a rispondere con dignità teorica alle paure più ancestrali del diverso e dell'escluso, di cui Foucault ci aveva dato le chiavi storiche e simboliche di interpretazione.

Sul versante del movimento di liberazione delle donne e delle istanze dei diritti civili portate avanti con azioni plateali dalle dirigenti storiche del Movimento Radicale, in particolare da Adelaide Aglietta, fu posto finalmente fine alla piaga dell'aborto clandestino, che continuava a mietere vittime fra le donne più povere dal Nord al Sud del Paese.

La legge 194 rovesciò uno dei pilastri del famigerato Codice Rocco, cancellando l'aborto come "delitto contro la razza".

Portare alla luce il fenomeno dell'interruzione di gravidanza e renderla una prestazione sanitaria a pieno titolo, e come tale fornita dalle strutture pubbliche, fu una transizione epocale nel processo di emancipazione delle donne che si (ri)appropriavano così

del proprio corpo e del diritto ad una libera sessualità.

Infine, la conclusione più completa e strutturale della grande stagione legislativa fu l'entrata in vigore della L.833 che riordinava e rendeva finalmente pubbliche le strutture sanitarie, sottraendole all'egemonia religiosa che le aveva istituite e gestite ininterrottamente per oltre cinquecento anni. L'esito di questo cambiamento fu il salto qualitativo che visse immediatamente la medicina, passando dalla cultura clinica dell' "attesa" all'ingresso nell'epoca tecnologica dell' "interventismo" a oltranza.

Certamente nel giro di pochissimi anni, si assistette a un processo di "democratizzazione" massiva dell'uso delle strutture il cui indizio più emblematico fu il ricovero dell'Avv. Agnelli per infarto cardiaco alle Molinette di Torino nel 1983.

Se soltanto pochi anni prima la sua "commissione" con gli indigenti lì ricoverati sarebbe stata improponibile, il cambiamento avvenne non già perché l'Avv. Agnelli fosse nel frattempo diventato più democratico, ma perché nessuna struttura privata della città possedeva ormai il livello tecnologico assicurato da una grande struttura pubblica come le Molinette.

A distanza di quarant'anni, appare oggi evidente come si sia dissolta a livello sociale la coscienza ideologico e politica, e ancor di più la cultura, audace e veramente innovativa, che ispirò le riforme di quel tempo.

Esse furono il frutto di intensi dibattiti e di confronti, non riservati ai professionisti in pochi ed esclusivi circoli ristretti, ma estesi a un grande movimento popolare, di donne, di studenti, di lavoratori, che avevano elaborato e maturato idee, teorie e si erano dati gli strumenti politici per la loro attuazione. Nel 2009, ospitando in un convegno internazionale a Torino Vincente Navarro, che rese in quell'occasione un commosso omaggio alla figura e al pensiero di Ivar Oddone, non ho potuto fare a meno di notare come certi suoi concetti ed espressioni, connotati in senso decisamente ideologico, riuscissero desueti e datati fino a suscitare (perfino in me!) una reazione di imbarazzo e una qualche latente resistenza psicologica.

Quanto siamo cambiati! Siamo diventati alquanto timorosi e irresoluti...

Senza quasi accorgercene, siamo ormai prossimi al crollo, alla dissoluzione definitiva delle conquiste che avevamo raggiunto. Mi chiedo con sbigottimento cosa succederà quando le nostre strutture sanitarie, su cui per anni abbiamo contato, saranno del tutto disfatte. Eppure questo esito si è fatto sempre più imminente.

Le abbiamo lasciate andare lentamente alla deriva forse perché abbiamo creduto che esse fossero inestinguibili.

Una volta approvate le leggi che concretizzavano la spinta dei movimenti nella forma istituzionale, abbiamo pensato che questa garantisse la permanenza dei nostri scopi ideali, che non ci fosse più bisogno di tutelare e di vigilare su quanto eravamo stati capaci di realizzare.

La nostra “*desistenza*” attuale segnala però una crisi che parallelamente attraversa il sistema: una crisi che attanaglia la medicina dal di dentro, che ha precipitato i medici nel burn out e che, poco alla volta, ha disgustato anche i pazienti.

Oggi, sempre più numerosi sono i medici e i pazienti che si allontanano consapevolmente da questa medicina, inaridita nell’anima, dis-umanizzata dalla tecnologia e dal continuo accentuarsi della distanza “*fisica*”

fra medici e pazienti.

La richiesta che da molte parti sale dal basso è di poter accedere liberamente a una pluralità di approcci, anche non convenzionali, anche se sprovvisti di oggettive prove di efficacia ma apprezzati dai pazienti in virtù di caratteristiche più globali ed “*olistiche*”, così come di rifiutare invece quanto la medicina tenta di imporci, a torto o a ragione: vaccinazioni, procedure invasive, terapie farmacologiche inutili o pericolose, come dimostrano molti studi indipendenti condotti dalla Cochrane Collaboration o segnalati dalla rivista francese Prescrire.

Emerge la diffusa necessità di affermare, più compiutamente che per il passato, il diritto all’esercizio di una effettiva libertà delle cure, così come alle non-cure, fino al diritto di decidere come e quando morire, strappando il nostro corpo alle macchine, che ormai riescono - e quindi pretendono - di tenerlo in vita a qualunque costo.

Può darsi che alle nostre ideologie del Sessantotto faccia seguito, quarant’anni dopo, una nuova coscienza che apre la strada al futuro, inaspettato e sorprendente, ma magari non meno affascinante di quanto fu allora l’avventura a cui ci iniziò Maccacaro con Medicina Democratica.



IL parto: necessità di una rivoluzione culturale

di Barbara GRANDI*

L'intensa medicalizzazione della gravidanza e del parto, un fenomeno che in Italia ha assunto caratteristiche particolarmente preoccupanti, è un processo che interessa gli ultimi secoli ma si è intensificato negli ultimi decenni. Progressivamente in nome della sicurezza tutte le nascite sono state portate in ospedale e i medici si sono appropriati completamente del corpo delle donne, relegando le ostetriche a figure secondarie alle loro dipendenze.

Non possiamo non riconoscere in questo un'espressione della società patriarcale in cui la donna viene vista come un essere debole e inaffidabile che va protetta da una natura ostile e capricciosa. Deve dunque affidarsi ai medici, che stabiliscono in base a criteri statistici come deve essere il parto, un evento considerato sempre rischioso che può essere definito normale solo a posteriori.

Si iniziano a introdurre sempre nuovi interventi per riconoscere il rischio, prevenire il rischio, trattare il rischio.

Ma gli interventi usati routinariamente senza necessità possono creare nuova patologia, che richiede altri interventi in un circolo vizioso senza fine, con conseguenze anche a lunga distanza per la salute. E' quanto accade nei nostri ospedali, che si vogliono sempre più grandi, dove l'assistenza è sempre più standardizzata, dove la tensione si respira e crea nuova tensione, e i bisogni veri delle persone non vengono rispettati.

L'infatuazione per la tecnologia ci ha fatto dimenticare che il corpo ha una sua saggezza che è stata affinata in migliaia di generazioni, e che gli ormoni della nascita sono ancora oggi al servizio della sopravvivenza della nostra specie.

La neuro-endocrinologia ci dimostra che in travaglio madre e bambino vengono preparati, con l'attivazione e lo sviluppo di certe aree cerebrali, all'incontro e alla relazione reciproca.

Nel piccolo questo incontro sarà alla base del suo senso di sicurezza, si disegna il suo assetto psichico futuro e si condiziona la sua capacità di aprirsi a relazioni positive.

Gli ormoni del parto impregnano il cervello della donna in modo profondo, inducono risveglio e trasformazione, danno forza, e una conoscenza intuitiva dei bisogni del bambino.

Se si interferisce nel delicato sistema neuro ormonale la nascita diventa più dolorosa, difficile e meno sicura e il neonato è meno protetto dal punto di vista psico-emotivo e immunitario.

Migliorare la nascita vuol dire fare prevenzione primaria e promozione della salute nel senso più alto.

L'assistenza alla nascita da noi non corrisponde ai criteri dell'appropriatezza.

Dell'eccesso di tagli cesarei, un vero scandalo italiano, si parla molto. E' ormai riconosciuto da tutti che il taglio cesareo fa crescere i rischi per la madre, immediati e a distanza.

La morte materna aumenta di 3,6 volte, e aumentano i rischi di emorragia, di infezioni, di tromboembolia. Nelle successive gravidanze sono più frequenti le placentazioni invasive con rischio di emorragie catastrofiche.

Nei bambini nell'immediato è più frequente la depressione respiratoria, e successivamente avranno una minor capacità di difendersi dalle infezioni, più rischio di asma e allergie, più rischio di anemia.

Negli ultimi anni si stanno evidenziando gli

*Ginecologa -
Associazione
ANDRIA
<http://www.associazioneandria.it/>

effetti negativi a distanza sui bambini del mancato contatto con l'ambiente batterico materno nel passaggio vaginale, necessario alla formazione del microbioma, da cui dipende lo sviluppo di un efficiente sistema immunitario.

Che l'eccessiva medicalizzazione della nascita sia un problema serio è riconosciuto da tutti, ed è stato affrontato soprattutto a partire dal 2010 quando la Conferenza unificata Stato-Regioni ha prodotto le *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali per il percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.”*

Nel documento un posto centrale assume la chiusura dei piccoli ospedali, prima quelli con meno di 500 e poi di 1.000 parti all'anno, considerati poco sicuri e con un alto tasso di tagli cesarei. Da allora ogni occasione è buona per ribadire che la mancanza di

sicurezza è collegata alla piccola dimensione dei punti nascita.

Se giustamente negli ultimi decenni il numero dei piccoli ospedali è stato ridotto drasticamente, continuare con questa politica in modo indiscriminato deve farci riflettere.

Certo bisogna potenziare il lavoro in rete inviando negli ospedali più attrezzati i parti che lo necessitano, come i parti prematuri. Ma non è solo il fattore numerico che conta, esistono sia grandi che piccoli ospedali che non offrono un'assistenza appropriata, sia grandi che piccoli ospedali con un alto tasso di cesarei, e questi si trovano soprattutto al Sud.

E' interessante notare che nelle strutture private, accreditate e non, si osservano tassi di cesarei anche superiori all'80% dei parti, come si vede dalla tabella sottostante tratta dall'analisi dei dati dei Certificati di assistenza al parto del 2013.

Tabella 1 – Distribuzione dei parti cesarei secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono. Percentuale di cesarei rispetto al totale dei parti (2013)

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	29,5			29,5
Valle d'Aosta	20,9			20,9
Lombardia	27,8	26,6	87,1	27,8
Prov. Aut. Bolzano	23,9		45,1	24,1
Prov. Aut. Trento	25,1			25,1
Veneto	27,0			27,0
Friuli V. G.	24,3	19,4		23,9
Liguria	34,4		80,8	34,5
Emilia Romagna	27,7	62,8		28,1
Toscana	20,9		45,3	21,0
Umbria	31,5			31,5
Marche	30,5			30,5
Lazio	39,4	44,1	81,5	40,8
Abruzzo	37,8			37,8
Molise	46,9			46,9
Campania	49,6	71,2	84,6	59,5
Puglia	43,3	49,2		44,0
Basilicata	39,4			39,4
Calabria	35,4	28,2		34,2
Sicilia	41,3	59,8		44,2
Sardegna	38,7	37,0		38,5
Totale	33,1	53,8	78,4	35,5

Fonte: Ministero della Salute *“Certificato di Assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - anno 2013”*.

Una pratica riconosciuta ampiamente dalle evidenze scientifiche, quella di permettere a chi ha avuto un taglio cesareo di partorire per via vaginale, in Italia è particolarmente difficile indipendentemente dal tipo di ospedale. Nel Sud è quasi impossibile, e tante coppie per averlo si trasferiscono più a Nord. (cfr Tabella 2)

La *Rete Sostenibilità e Salute*, nel 2016 in un documento, disponibile in rete:

“*Maternità e nascita in Italia. E’ tempo di cambiare*” cerca di delineare alcune iniziative da prendere per curare la nascita.

Noi pensiamo che sia necessario muoversi in queste direzioni:

1) Ridare alle ostetriche un ruolo centrale nell’accompagnare la gravidanza, il parto e il puerperio, che solo nel caso di patologia andrebbero affidati al ginecologo.

Sappiamo che questo si accompagna a esiti migliori per la madre e il bambino, a ridu-

zione degli interventi, a una maggior soddisfazione delle donne e a un miglior successo nell’allattamento al seno (1) L’Istituto Superiore di Sanità nelle linee guida sulla gravidanza fisiologica (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf) raccomanda che sia l’ostetrica la principale figura di riferimento per la donna, ma questa raccomandazione è stata purtroppo accolta in modo molto limitato.

In tutti gli ospedali le ostetriche dovrebbero poter lavorare in autonomia, garantendo un’assistenza *one-to-one* empatica e personalizzata in ambienti intimi e confortevoli.

2) Mettere in discussione l’opinione diffusa che l’ospedale sia il luogo migliore per partorire se la gravidanza è normale.

Un importante studio prospettico inglese che ha interessato più di 79.000 donne e ha valutato gli esiti dei parti avvenuti in diversi settings (Reparti ospedalieri, Centri

Tabella 2 - Distribuzione regionali dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto. Dati percentuali (2013)

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	16,8			19,8
Valle d’Aosta	38,0			38,0
Lombardia	16,9	31,4	1,9	18,3
Prov. Aut. Bolzano	39,5		26,3	39,1
Prov. Aut. Trento	21,0			21,3
Veneto	21,1			21,2
Friuli V. G.	26,7	18,9		26,3
Liguria	9,5		14,3	9,5
Emilia Romagna	17,0			16,7
Toscana	25,4		11,1	25,3
Umbria	10,7			10,7
Marche	10,7			10,7
Lazio				
Abruzzo	7,5			7,5
Molise	2,2			2,2
Campania	6,9	5,2		6,0
Puglia	5,2	5,7		5,2
Basilicata	3,0			3,0
Calabria	7,7	18,5		9,6
Sicilia	5,1	2,1		4,4
Sardegna	11,2	1,2		10,4
Totale	13,0	7,6	6,0	12,0

Fonte: Ministero della Salute “*Certificato di Assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell’evento nascita - anno 2013*”.

Nascita accanto all'Ospedale, Case Maternità o domicilio), ci indica gli effetti positivi del parto extraospedaliero con l'assistenza delle ostetriche e conclude che la scelta deve essere e disponibile a tutte le donne in assenza di patologia (2).

I Centri Nascita e le Case Maternità sono pochissime in Italia e il parto a domicilio oggi da noi è poco diffuso, e le donne che lo desiderano spesso non possono permettersi di pagare un'assistenza privata. Sarebbe importante invece facilitarlo e promuoverlo attivamente istituendo servizi pubblici con le ostetriche dei Consultori (o almeno garantire il rimborso quando avviene con ostetriche libero-professioniste, come accade da tempo in alcune Regioni).

Questo avrebbe un grande impatto nello stimolare una diversa cultura della nascita fatta di rispetto e di fiducia nelle risorse delle donne. Assistere ai parti a casa (o in Case del parto) dovrebbe essere inserito nei percorsi formativi di ostetriche e ginecologi, perché in tanti ospedali la fisiologia non riesce a esprimersi, e non si conosce più. Ma il parto in casa è un tabù, dai ginecologi viene demonizzato, e le donne che lo desiderano e le ostetriche che lo propongono vengono considerate delle pazze incoscienti. In tanti altri paesi non è così, ad esempio in Canada, in Australia, in Inghilterra, in Olanda rientra nei servizi offerti dai sistemi sanitari nazionali. Nella revisione della Cochrane sui parti a domicilio (3) solo nelle primipare i dati ci indicano con i parti in casa un piccolo aumento di rischio di esiti avversi, ma così lieve che nelle linee guida del NICE del 2014 (4) nel Regno Unito si raccomanda che in tutto il paese si organizzino servizi che permettano alle donne la scelta del luogo del parto, casa compresa, per gli indubbi effetti positivi sulla salute delle persone. E si dimostra che i costi si riducono.

3) Opporsi allo smantellamento del SSN e alla privatizzazione dilagante. Da un'indagine campionaria dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) effettuata negli anni 2008-2011 risulta che il 78 % delle donne si fa seguire in gravidanza da un ginecologo privato, probabilmente perché così si sente assistita meglio. La continuità delle cure in gravidanza è fondamentale e non viene garantita

nei Consultori e negli ambulatori ospedalieri. La donna così rischia di ricevere un'assistenza inutilmente medicalizzata, con una media ad esempio di 6-7 ecografie, molto di più delle due ecografie raccomandate nelle linee guida dell'ISS.

4) Arrestare la tendenza a concentrare le nascite solo in grandi strutture. Chiudere i piccoli punti nascita basandosi solo sul dato numerico dei parti (con l'eccezione di punti nascita situati in aree geografiche particolarmente difficili), senza considerare la qualità e l'appropriatezza delle cure offerte, comporta la chiusura di centri d'eccellenza.

L'ospedale di Vipiteno chiuso nell'autunno scorso malgrado la mobilitazione di donne, operatori e amministratori locali, ne è una conferma.

I servizi ostetrici sono una componente sociale importante delle piccole comunità, permettono di partorire senza fare lunghe distanze, in ambienti più conosciuti e familiari.

Se donne a basso rischio partoriscono in ospedali orientati all'alto rischio, il loro trattamento può essere "contaminato" dall'approccio al rischio, e questo può interferire con il progresso naturale del travaglio e portare ad un eccessivo interventismo.

Quando le distanze fra casa e ospedale aumentano, il numero di parti extra-ospedalieri non pianificati non può che aumentare.

In base a queste considerazioni, e rilevando che nei loro piccoli ospedali le nascite erano sicure, alcuni paesi come l'Australia (5), la Norvegia (6) e la Finlandia (7) stanno abbandonando le politiche di accentramento.

I nostri piccoli ospedali vengono oggi lentamente uccisi togliendo risorse strutturali e professionali e riducendo i percorsi formativi, mentre manca completamente la volontà di renderli più sicuri con risorse adeguate. Per cambiare la nascita dobbiamo riconoscere quanta inutile sofferenza, sopraffazione, violenza vivono oggi le donne nelle nostre sale parto. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità in un documento del 2015 indica la necessità di lottare in tutto il mondo contro l'abuso e la mancanza di rispetto in ostetricia (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR

_14.23_eng.pdf?ua=).

Una delle definizioni più conosciute di violenza ostetrica è quella che troviamo nella legge organica sul diritto delle donne ad essere libere dalla violenza emanata in Venezuela il 16 marzo 2007: “*La violenza ostetrica è l’appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi della donna da parte del personale sanitario, che si esprime in un trattamento disumano e abuso di interventi che trasformano il processo naturale in patologia, portando le donne a meno autonomia e meno capacità di decidere sul proprio corpo, con impatto negativo sulla qualità della vita.*”

L’anno scorso nella campagna “*Basta Tacere*” su Facebook migliaia di donne in poche settimane hanno scritto le loro testimonianze, denunciando il modo in cui erano state trattate nel parto, e la sofferenza vissuta presente ancora dopo anni dentro di loro.

La violenza ostetrica è stata inserita fra i temi affrontati dalle donne nella grande mobilitazione “*Non una di meno*” del 26 e 27 novembre a Roma. Il diritto a scegliere sul proprio corpo e su come, dove e con chi parторire faceva parte delle rivendicazioni della giornata di sciopero contro la violenza di genere dell’8 marzo, proclamato in 40 paesi.

NOTE

1) Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8.

2) *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study*, BMJ 2011;343:d7400

3) Olsen O, Clausen JA. *Planned hospital birth versus planned home birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9.

4) National Institute for Health and Care Excellence. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. (Clinical Guideline 109.)

Ma siamo ancora agli inizi, dobbiamo mettere in discussione la cultura della negatività e della paura che esiste attorno alla nascita. Dobbiamo incoraggiare le donne ad avere più alte aspettative per il loro parto, invitarle a diffondere le belle esperienze che arricchiscono e rinforzano, aumentare la consapevolezza dei propri diritti. In tutto il mondo sta crescendo il movimento verso una nascita positiva (<http://www.positive-birthmovement.org/>).

L’ostetricia non sembra scalfita ancora dal dibattito sul cambiamento di paradigma necessario a trasformare il modello di cura paternalistico in un modello in cui la persona sia al centro del processo decisionale, e in cui vi sia il diritto ad essere informati degli effetti degli interventi proposti.

Sembra che non si sappia che il dovere del medico è di rispettare comunque la volontà della persona.

Come dice *Freedom for Birth, Rome action group*, “*dobbiamo avere fiducia nelle donne, e aspettarci che se ricevono corrette informazioni e un’assistenza rispettosa, faranno scelte che vanno nella direzione della salute propria e del proprio bambino*”. (<http://freedomforbirthromeactiongroup.blogspot.it>)

December 2014.

5) Sally K Tracy et al. *General obstetrics: Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women*. BJOG 2006 Jan, Volume 113, Issue 1,

6) Grytten J et al. *Regionalization and local hospital closure in Norwegian maternity care—the effect on neonatal and infant mortality*. Health Serv Res. 2014 Aug;49(4):1184-204. doi: 10.1111/1475-6773.12153. Epub 2014 Jan 30.

7) Hemminki E, Heino A, Gissler M. *Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalised health care in Finland*. BJOG 2011; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02977.x

Le reti per la difesa e l'affermazione del Servizio Sanitario Nazionale

di Jean Louis ALLION*

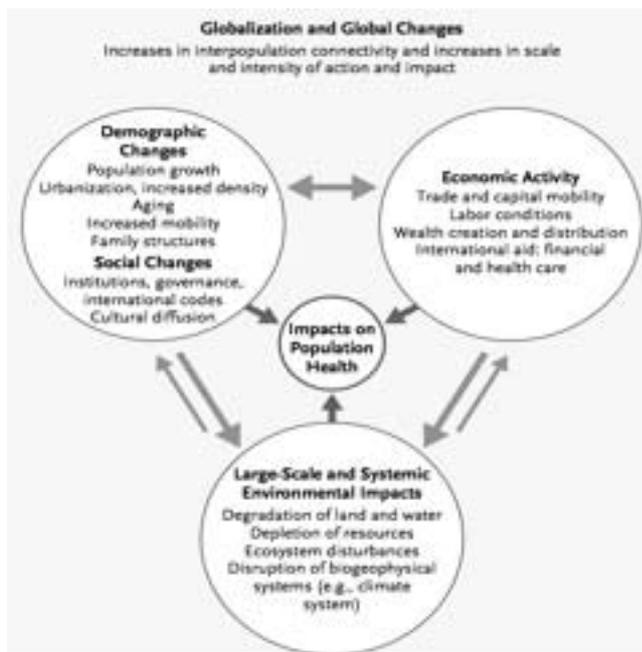
FARE RETE DI FRONTE A SFIDE GLOBALI E MULTIDIMENSIONALI

Oggi ci troviamo di fronte sempre più a sfide che sono di carattere globale e multidimensionale. Un esempio paradigmatico è quello dei cambiamenti climatici e dei limiti dello sviluppo. Già nel lontano 1972 Meadows e colleghi ci mettevano in guardia sul fatto che una crescita economica illimitata non fosse sostenibile nel lungo periodo (1) ed oggi le evidenze disponibili confermano quanto descritto dagli scienziati. La concentrazione di anidride carbonica ha raggiunto un tasso superiore alle 400 parti per milione (mai raggiunto negli scorsi 300.000 anni) e se non invertiremo la rotta, cercando di limitare l'aumento della temperatura al di sotto di 1,5 gradi centigradi rispetto all'epoca pre-industriale, si potrebbe addirittura superare la soglia dei 4 gradi, rischiando la sopravvivenza della specie

umana. (2) A ciò si sommano tutta una serie di effetti negativi legati allo sviluppo economico e la globalizzazione (cambiamenti sociali, ambientali, crescita demografica, etc.) che, contestualmente ai cambiamenti climatici stanno avendo e avranno un enorme impatto sulla salute umana (fig. 1). A riguardo Mc Michael afferma sul *New England Journal of Medicine*, in un articolo intitolato "Globalizzazione, cambiamenti climatici e salute umana", che "affinchè le popolazioni vivano in maniera sostenibile e in buona salute nel lungo periodo, il settore sanitario deve lavorare con gli altri settori nel rimodellare il modo in cui le società umane pianificano, costruiscono, spostano, producono, consumano, condividono e generano l'energia". (3)

I cambiamenti climatici, in particolare, sono stati oggetto di una attenzione crescente da parte della comunità medica. La rivista

Figura 1: Influenza sulla salute umana di vari cambiamenti legati alla Globalizzazione (4)



*Medico-psicoterapeuta, dottorando in antropologia e psicologia all'Università di Genova, portavoce della Rete Sostenibilità e Salute

“The Lancet” ha dedicato all’argomento una serie di numeri e una specifica commissione ha prodotto importanti risultati, portando gli esperti a concludere che “i cambiamenti climatici costituiscono la più grande minaccia per la salute del 21° secolo”, (5) le cui conseguenze dirette e indirette, sono stimate dalla Organizzazione mondiale della Sanità in 250.000 morti aggiuntive l’anno fra il 2030 e il 2050 (6)

Lo sviluppo indiscriminato e l’aumento di anidride carbonica a esso connesso non conoscono confini ed è quindi possibile scongiurare la minaccia dei cambiamenti climatici solo agendo a un livello globale e attraverso multipli settori sia relativi alle istituzioni (non solo la sanità, ma l’istruzione, l’agricoltura, i trasporti, l’energia etc.) che alla società civile. È necessario costruire una moltitudine di reti (sia a livello locale che globale) di cittadini, associazioni, operatori sanitari, politici e rappresentanti delle varie istituzioni che possano spingere e guidare l’auspicato cambiamento. Un esempio di un tentativo in quest’ottica è quello portato avanti dalla Rete Sostenibilità e Salute.

LA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE E LA CARTA DI BOLOGNA

La Rete Sostenibilità e Salute nasce in seguito al convegno “Decrescita, Sostenibilità e Salute: associazioni e politica a confronto” organizzato dal Movimento per la Decrescita Felice nell’Ottobre del 2013 presso la Camera dei deputati. In quest’occasione varie realtà che si occupano di salute in maniera critica hanno potuto intervenire e confrontarsi. È emersa sin da subito l’esigenza di unirsi per far fronte alle sfide legate alla sostenibilità del nostro ecosistema:

“Per far fronte a tali sfide è stato deciso di sviluppare forme di collaborazione fra le varie realtà, allo scopo di avviare la costruzione di una rete volta alla creazione di sinergie e di iniziative condivise, nonché un percorso di discussione e riflessione sulle tematiche inerenti la sostenibilità e la salute”.

Dalla conferenza è iniziato un percorso che ha visto le varie associazioni confrontarsi in merito alla visione e alle strategie di cambiamento desiderate. Tale processo non è stato esente da difficoltà ed ostacoli, ma è

riuscito ad avere un esito positivo sia perché era chiaro alle varie realtà che da sole non vi sono possibilità di riuscita, sia perché si è scelto inizialmente di concentrarsi sulle comunanze, invece che sulle differenze. L’esito di tale processo ha dato vita ad un manifesto, La Carta di Bologna per la Sostenibilità e Salute (7) (Figura 2), che riassume la visione comune a tutte le variegate realtà che fanno parte della rete, attualmente venticinque (8).

Di particolare rilevanza e innovatività sono la premessa e il primo punto della carta dove è racchiusa la visione politica della Rete, in cui viene messo in chiaro che l’attuale modello di sviluppo, basato su una crescita illimitata e indiscriminata dell’economia, sfruttando la natura e gli esseri umani, non è sostenibile dal punto di vista della salute, ovvero non è in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future. In quest’ottica “*per proteggere, promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi di servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a sé stessa*”: una nuova società. Contestualmente la salute viene intesa come bene comune di cui prendersi cura in modo attivo, promuovendo un modello di cura olistico centrato sulla persona in un’ottica sistemica, l’utilizzo appropriato di farmaci e dispositivi sanitari, la lotta alla corruzione e al conflitto d’interesse, nonché la promozione di una medicina di comunità e di un Servizio Sanitario Nazionale universalistico e finanziato attraverso la fiscalità generale progressiva.

La Rete, in questi anni, ha portato le varie associazioni aderenti a sviluppare diverse sinergie fra loro e contestualmente sono stati organizzati alcuni convegni (in un’ottica sia di informazione che di formazione) e sono state lanciate varie campagne di divulgazione, sensibilizzazione ed *advocacy* tramite la produzione di documenti di consenso su diverse tematiche d’attualità: Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) (9), maternità e nascita (10), vaccini (11), il

decreto Lorenzin (12), linee guida sulla responsabilità professionale (13) e un documento programmatico per i parlamentari europei (14).

Figura 2. Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute

CARTA DI BOLOGNA PER LA SOSTENIBILITA' E LA SALUTE

PREMESSA

L'attuale modello di sviluppo, fondato su una crescita illimitata e indiscriminata dell'economia, senza attenzione all'equa redistribuzione della ricchezza e ai diritti delle persone, non è sostenibile dal punto di vista economico, sociale e ambientale, ma soprattutto non è in grado di assicurare la piena tutela della salute delle generazioni presenti e future.

Le Associazioni costitutive della RETE SOSTENIBILITA' E SALUTE condividono e sottoscrivono quanto segue:

1. Per proteggere, promuovere e tutelare la salute non è sufficiente occuparsi di servizi sanitari ma occorre, soprattutto, dar valore ed agire sui determinanti ambientali, socio-economici e culturali che influenzano la salute, nonché costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a sé stessa.

2. La salute è intesa non solo come diritto da tutelare, ma anche come bene comune, di cui prendersi cura in modo attivo, attraverso la partecipazione responsabile e diretta delle persone e delle comunità anche nella definizione e nell'attuazione delle politiche.

3. I modelli di salute, sanità e cura devono porre al centro la Persona in continuo rapporto con il circostante ambiente fisico e relazionale. Devono favorire le capacità di resilienza, partecipazione e autodeterminazione dell'individuo e della collettività adottando un approccio che privilegi la cura del paziente piuttosto che della malattia e l'attenzione alla salutogenesi e ai determinanti della salute, piuttosto che alla patologia.

4. I temi della salute e della sanità devono essere affrontati attraverso un approccio sistemico, in modo da favorire l'interazione dei saperi, dei professionisti e delle organizzazioni. In questo contesto si sottolinea l'importanza dello sviluppare dialogo e sinergie tra la Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

5. È necessario contrastare la diffusione di prestazioni sanitarie prescritte in modo inappropriato; riconoscere i limiti della medicina e della scienza in generale, evitare il luogo comune secondo il quale per migliorare la salute fare di più significa fare meglio, impedire la medicalizzazione della salute e l'invenzione di false malattie a scopo di profitto.

6. Occorre sostenere la lotta alle frodi, alla corruzione e smascherare e combattere i conflitti d'interesse. È necessario favorire la completa indipendenza e trasparenza del sistema sanitario e del mondo della ricerca rispetto agli interessi del mercato e dell'industria, in particolare per quanto riguarda la diffusione e il commercio di farmaci, dispositivi medici e tecnologie sanitarie.

7. Si devono adottare forme di organizzazione e di gestione dei servizi sanitari basate sull'assistenza primaria e sull'integrazione con i servizi, le reti sociali e il volontariato, promuovendo il sistema di tutele e garanzie di comunità.

8. Per realizzare pienamente il dettato dell'articolo 32 della Costituzione e i contenuti della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale è indispensabile che il SSN resti universalistico e sia adeguatamente finanziato attraverso la fiscalità generale e progressiva, al fine di rimuovere le disuguaglianze di accesso. Il finanziamento deve basarsi su un sistema che valuti i risultati in termini di salute e non la sola produzione di prestazioni. Di conseguenza occorre modificare i criteri di scelta dei Livelli Essenziali di Assistenza e di pagamento a prestazione.

Tenuto conto di quanto sopra esposto, le Associazioni firmatarie e fondatrici della RETE SOSTENIBILITA' E SALUTE s'impegnano a:

a) Avviare un percorso di reciproca conoscenza, confronto e collaborazione riguardo ai temi attinenti alla salute, ai suoi determinanti e alla sostenibilità.

b) Sviluppare possibili sinergie, coerenti con quanto sopra enunciato, in modo da avvalersi dei contributi relativi agli specifici interessi perseguiti da ciascuna associazione, quali, ad esempio, l'avvio di progetti comuni di buone pratiche in ambito di ricerca, formazione, cura e cambiamento culturale.

c) Organizzare eventi di reciproco interesse.

d) Promuovere e attivamente patrocinare specifiche azioni volte a sensibilizzare e coinvolgere verso i temi di una salute sostenibile le istituzioni nazionali e sovranazionali.

e) Favorire lo scambio d'informazioni, esperienze e documenti tra i soci delle rispettive Associazioni.

f) Costruire una Rete, denominata "Sostenibilità e Salute", al fine di attuare quanto sopra esposto.

UN FRONTE COMUNE PER LA DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La Rete Sostenibilità e Salute aderisce all'appello per la difesa del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) promosso da Medicina Democratica e dalla Rete Europea contro la privatizzazione e la commercializzazione della Salute. Sull'altare della crescita economica e del neoliberismo il SSN viene lentamente e gradualmente eroso da politiche che promuovono la liberalizzazione e contestualmente tagli di carattere indiscriminato (e non volti a promuovere l'appropriatezza, ovvero "meno e meglio"). Crediamo sia arrivato il tempo di agire collettivamente per contrastare questa deriva e per questo sosterremo

con forza la manifestazione del 7 Aprile 2017. Tuttavia, crediamo che per avere delle possibilità di riuscita occorra mettere insieme il maggior numero di realtà possibile e a tal fine, per comprendersi e cooperare al meglio, sia necessaria una base di partenza comune. A tal fine proponiamo il seguente "manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del sistema sanitario nazionale" (15) a cui invitiamo a aderire tutte le realtà che vi si riconoscono (figura 3). Questo documento non è definitivo, ma consiste in una proposta, una base per una futura discussione e la redazione di un orizzonte e di un progetto alternativo da parte di coloro che decideranno di partecipare a questo processo.

Figura 3: Manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del sistema sanitario nazionale

MANIFESTO PER LA CREAZIONE DI UN FRONTE COMUNE PER LA DIFESA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

1. Non è vero che la sanità pubblica è insostenibile. Un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto si vuole che lo sia. Secondo le valutazioni dell'OMS degli ultimi dieci anni, gli indicatori di salute dimostrano che il sistema sanitario in Italia è stato efficace e meno costoso che nella maggior parte dei Paesi occidentali ad alta industrializzazione. Un sistema sanitario sostenibile non prevede l'utilizzo illimitato delle risorse ma persegue il fine di determinare la migliore e più adatta risposta ai differenti bisogni.
2. Le varie forme assicurative integrative o sostitutive di ogni natura ed il cosiddetto secondo welfare rischiano di produrre livelli differenti di copertura sanitaria che potrebbero colpire profondamente il solidarismo del sistema sanitario basato sulla fiscalità generale, tendendo ad aumentare il consumismo sanitario e a non migliorare l'appropriatezza degli interventi. Gli attuali 35 miliardi di euro della spesa sanitaria privata italiana potrebbero costituire solo la spesa iniziale in un mercato privato che ha come sua principale finalità la massimizzazione degli utili e la minimizzazione del rischio d'impresa: la tendenza che ne risulterebbe potrà aumentare di conseguenza anche la spesa sanitaria complessiva scaricando sempre sul pubblico gli interventi più complessi e costosi (emergenza-urgenza, rianimazione, oncologia, patologie cronico-degenerative).
3. E' deleteria l'ideologia della salute equivalente alla quantità di prestazioni erogate che significa indurre la popolazione a credere che il mantenimento della salute dipenda dal numero di visite, esami, indagini e dal consumo di farmaci: ciò è solo funzionale al sistema medico-industriale nella logica di una crescita economica illimitata ed indiscriminata e dell'accrescimento dei profitti.
4. La prevenzione primaria, intesa come andare alle cause delle cause che producono malattie e disagi nell'ambiente di vita e di lavoro, deve tornare ad essere elemento fondamentale del sistema sanitario e non può essere confusa né sostituita da pratiche di diagnosi precoce, pur se dimostrate utili. Altrettanto importanti sono le azioni di promozione della salute e del benessere, da perseguire in modo intersettoriale con approccio di "salute in tutte le politiche": prevedere interventi di cura per poi riportare le persone nei luoghi di provenienza senza modificare le condizioni che le hanno fatte ammalare contraddice il buon senso, l'efficacia e la giustizia sociale.
5. La dimensione relazionale è centrale al rapporto di cura, e coinvolge il paziente come persona all'interno delle proprie reti familiari e sociali. Per questo serve un approccio multidisciplinare, in stretta sinergia con l'ambito d'intervento sociale.
6. Secondo l'art. 32 della Costituzione, la gratuità delle prestazioni in funzione del bisogno è dovuta in quanto il servizio sanitario è sostenuto dalla fiscalità generale secondo la logica della progressività; ciò vale specialmente in fase di crisi economica che riduce una crescente percentuale della popolazione sotto il livello di povertà.
7. Il ricorso a forme di assistenza privatistica in ambito pubblico deve essere profondamente rivi-

sto incentivando da un lato modalità d'effettiva continuità assistenziale del processo di cura dei pazienti, dall'altro valorizzando gli operatori sanitari che aderiscano a progetti con questa finalità. L'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa non può prescindere dalla valutazione dell'efficacia degli interventi.

8. Il servizio sanitario è un sistema che si realizza nel decentramento territoriale: appare opportuno che i responsabili siano conosciuti e identificati dai cittadini in modo tale che questi ultimi possano esercitare forme partecipate di controllo. Tale possibilità, finora peraltro mai contemplata, diventa sempre più ardua a causa della continua estensione territoriale delle ASL che allontanano sempre più dai territori locali i responsabili istituzionali.

9. Il servizio sanitario deve essere riformato dai principi costituzionali di cui agli articoli 3, 32, 41 della Costituzione, ripresi ed estesi dagli articoli 1 e 2 della legge di Riforma Sanitaria del 23 dicembre 1978.

10. Una nuova riforma sanitaria e sociale non può prescindere da una riforma del sistema di formazione dei professionisti della salute, che comprenda i criteri e le procedure di reclutamento, selezione e accesso (riduzione del gradiente sociale); gli approcci metodologici (formazione al pensiero critico); i contenuti (multidisciplinarietà); le sedi di formazione (territorio, comunità); e le modalità operative (lavoro integrato in equipe all'interno di un sistema sanitario pubblico).

Non riusciremo a cambiare il mondo tramite una manifestazione in piazza, la quale è pur tuttavia necessaria, anche se non sufficiente. Solo se riusciremo a utilizzare quest'occasione per costruire un'ampia rete di soggetti pronti a lottare per il cambiamento (società civile, politici, associazioni, ordini dei medici, operatori della salute, sindacati etc.) avremo la possibilità di riuscire a difendere il SSN e di organizzarci per le grandi sfide future che ci aspettano.

Si tratta di protestare per chiedere la tutela dei nostri diritti, di appellarsi alle istituzioni perché agiscano rettamente e con lungimiranza, ma soprattutto di organizzarci localmente come cittadini per tutelare la salute come bene comune, cominciando a praticare su noi stessi e nella nostra comunità "il cambiamento che desideriamo

vedere nel mondo" (M. Ghandi). Da questo punto di vista un orto urbano partecipativo, come quello che il Circolo per la Decrescita Felice di Torino sta portando avanti, può costituire un esempio di quanto alcune pratiche abbiano il potere di rompere l'immaginario dominante e di dare la possibilità alle persone di essere protagoniste della costruzione della propria salute e di quella della loro comunità, vivendo nel qui e ora e al contempo prefigurandosi all'orizzonte quell'"*utopia concreta*" che tentano di inseguire.

L'utopia, d'altronde, "è come l'orizzonte: cammino due passi, e si allontana di due passi. Cammino dieci passi, e si allontana di dieci passi. L'orizzonte è irraggiungibile. E allora, a cosa serve l'utopia? A questo: serve per continuare a camminare" (Eduardo Hughes Galeano).

NOTE

1. Meadows, Donella H., et al. *The limits to growth: a report to the club of Rome (1972)*. Universe Books, New York, 1972.
2. IPCC, 5 Intergovernmental Panel on Climate Change, disponibile all'indirizzo: <https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/>
3. McMichael, Anthony J. "Globalization, climate change, and human health." *New England Journal of Medicine* 368.14 (2013): 1335-1343.
4. McMichael, Anthony J. "Globalization, climate change, and human health." *New England Journal of Medicine* 368.14 (2013): 1335-1343.
5. Costello, Anthony, et al. "Managing the

health effects of climate change." *The Lancet* 373.9676 (2009): 1693-1733.

6. WHO, disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>
7. Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute, disponibile all'indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/wp-content/uploads/2014/06/Carta-di-Bologna4.pdf>
8. Associazione Dedalo 97, Associazione Frantz Fanon, Associazione Medici per l'Ambiente ISDE, Associazione per la decrescita, Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona Onlus, Associazione

Scientifica Andria, Medicina Democratica ONLUS, Movimento per la Decrescita Felice, NoGrazie Pago Io; Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano - Bicocca, People's Health Movement, Psichiatria Democratica, Rete Arte e Medicina, Rete Mediterranea per l'Umanizzazione della Medicina, Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM), Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS), Slow Food Italia, Slow Medicine, SIMP Società Italiana di Medicina Psicosomatica, Italia che Cambia

9. TTIP e Salute, disponibile all'indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/ttip-e-salute/>

10. Maternità e nascita in Italia: è tempo di cambiare. La posizione della Rete Sostenibilità e Salute, [internet] disponibile all'indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/maternita-nascita-italia-tempo-cambiare-la-posizione-della-rete-sostenibilita-salute/>

11. Comunicato stampa della Rete Sostenibilità e Salute: dibattito sul Piano Vaccini. Disponibile all'indirizzo:

<http://www.sostenibilitaesalute.org/comunicato-stampa-della-rete-sostenibilita-e-salute-dibattito-sul-piano-vaccini/>

12. Osservazioni al Decreto Lorenzin da parte della Rete Sostenibilità e Salute, disponibile all'indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/osservazioni-al-decreto-lorenzin-da-parte-della-rete-sostenibilita-e-salute/>

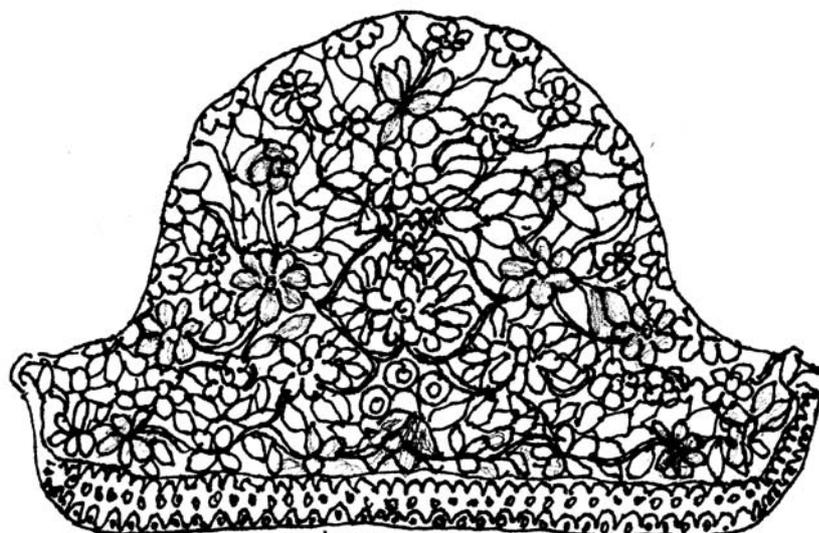
13. *Responsabilità professionale. Chi decide le Linee Guida?* Lettera aperta all'Onorevole Gelli, disponibile all'indirizzo:

<http://www.sostenibilitaesalute.org/responsabilita-professionale-chi-decide-le-linee-guida-lettera-aperta-allonorevole-gelli/>

14. Documento per i parlamentari europei: un impegno per la Sostenibilità e la Salute, disponibile all'indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/comunicato-stampa-documento-per-i-parlamentari-europei/>

15. Manifesto per la creazione di un fronte comune per la difesa del Sistema Sanitario Nazionale, disponibile all'indirizzo:

<http://www.sostenibilitaesalute.org/wp-content/uploads/2017/03/Manifesto-per-la-creazione-di-un-fronte-comune-per-la-difesa-del-Sistema-Sanitario-Nazionale.-RSS.-.pdf>



Cuffia del costume popolare slovacco - Secolo XIX

Per il quarantesimo di Medicina Democratica

di Paolo FIERRO*

Giungiamo a celebrare i 40° anniversario della fondazione di Medicina Democratica, in buona salute nonostante le molte difficoltà incontrate nello sforzo di adeguamento ai mutamenti epocali che hanno caratterizzato il passaggio al terzo millennio e nonostante i molti attacchi subiti da potenti forze esterne e da operazioni di frazionismo di non chiara natura.

Giulio Maccacaro ed il gruppo di ricercatori, docenti e studenti dell'Istituto di Statistica medica e biometria dell'Università di Milano, negli anni '70 dello scorso secolo, escono dalle sedi accademiche ed incontrano il soggetto sociale più avanzato e consapevole dell'epoca, il movimento dei lavoratori delle grandi fabbriche del nord. Un movimento tanto avanzato da elaborare proposte di progresso per tutta la società come l'attuazione del dettato costituzionale che riguarda la salute, un movimento così consapevole da porsi come reale controparte ai governanti ed agli interessi da loro difesi.

Quella consapevolezza sui temi del diritto alla salute crebbe anche grazie al nostro movimento che si confrontò con i lavoratori e acquisì a sua volta coscienza della possibilità di creare una scienza medica non accademica ma realmente propulsiva. Il progetto era creare un'idea della salute rivoluzionaria, che andasse nel senso della trasformazione della medicina e dell'intera società. Il frutto di questa unione fu la riforma sanitaria del 1978, la legge 833, ma anche l'apertura di una lunga stagione di lotte per la salute nei luoghi di lavoro, che ebbero in Luigi Mara e nel gruppo di Castellanza un riferimento nazionale.

Il passaggio al nuovo millennio ha visto un profondo mutamento sociale non solo in Italia ma in tutta Europa: i lavoratori per-

dono progressivamente potere contrattuale e con esso anche quella consapevolezza di essere soggetto sociale di avanguardia. Si fa avanti di nuovo il predominio ideologico delle classi più ricche che impongono la legge del profitto a discapito di ambiente e salute, un ritorno al passato che smonta pezzo per pezzo la coscienza dei diritti. Si propaga quindi l'idea del tramonto del lavoro salariato e, con esso, l'idea che la conoscenza e la scienza dovessero rientrare nelle sedi universitarie per rivestire un ruolo istituzionale. Il contributo richiesto alla medicina viene dato in convegni scientifici o tutt'al più elargito come apporto alla cittadinanza per grandi temi e senza porsi il problema dei soggetti sociali coinvolti.

Nascono quindi nuove forme associative che a vario titolo intervengono in gravi problemi che coinvolgono la popolazione e l'ambiente ma tutte con un profilo molto settoriale e limitato al singolo tema.

Anche al nostro interno si verificano dei conflitti, tensioni, un certo smarrimento determinato da questi mutamenti e dal venir meno di un forte riferimento sociale e di figure di ricercatori, scienziati, medici o tecnici che fossero disposti a calarsi nelle realtà sociali al di fuori dei circuiti universitari o delle corporazioni sanitarie.

In questa fase Medicina Democratica rischiava di rimanere un elemento residuale degli anni '70, la cui sopravvivenza rimaneva legata al protrarsi di una serie di vicende giudiziarie, ove l'associazione risultava parte in causa e supporto di operai e famiglie colpite dalla nocività di fabbriche in gran parte in declino.

Ci siamo chiesti quindi più volte negli ultimi decenni: ha ancora senso, nel terzo millennio, cercare di continuare a proporre

**Vicepresidente,
Sezione di
Medicina
Democratica,
Napoli.*

un'idea di movimento di lotta per la salute coniugato a soggetti sociali che possano farsi portatori di un progetto di benessere per tutti ?

E' possibile ritrovare un soggetto sociale capace di combattere i poteri forti, gli interessi di una classe dominante che per il profitto è contraria alla giustizia sociale ed al diritto alla salute?

La risposta è ancora affermativa. Per ritrovare questo riferimento dobbiamo però liberarci degli schemi mentali del '900, fare i conti con l'oggi e magari scoprire che di soggetti in campo ve ne sono più di uno.

Nella esperienza concreta questi nuovi soggetti li possiamo vedere in una condizione storica che viene considerata di arretratezza, marginale rispetto al "cuore economico" della nostra società italiana: il meridione.

Nella realtà del Sud la precarietà e la disoccupazione sono una condizione molto diffusa ma a differenza del resto d'Italia essa riesce a coagularsi intorno alla coscienza dei diritti (diritto al lavoro, diritto al reddito, diritto a vivere una prospettiva di dignità) divenendo soggetto sociale: i disoccupati organizzati napoletani hanno mostrato in una lotta ininterrotta di decenni ed un confronto conflittuale spesso duro con le istituzioni, la capacità di ottenere vittorie epocali, di produrre proposte, di inquadrare il problema in analisi generali condivisibili e rifuggire da facili ipotesi di ostilità con altri settori sociali marginali, come gli immigrati. Il non lavoro quindi diviene consapevolezza e coscienza collettiva attorno all'idea del lavoro e in buona sostanza lo sostituisce come soggetto sociale attivo, vertenziale, capace di porsi come controparte alla politica ed addirittura proporre soluzioni che la politica sottace per motivi di interesse.

Questo movimento, a più riprese, oltre a divenire polo di attrazione per precari, lavoratori al nero e studenti, nella situazione della terra dei fuochi, pone la questione della prevenzione, della raccolta differenziata e del risanamento ambientale, come risposte ad esigenze generali ma anche come sbocco occupazionale. I comitati rifiutano quindi sbocchi clientelari e assumono progetti di grande significato civile in una fase storica di gravissima esposizione generale a sostanze nocive.

I disoccupati di Napoli a più riprese pongono anche il problema dei tickets, troppo costosi ed estesi anche agli inoccupati, quindi alla maggioranza dei senza lavoro, e dell'accesso alle cure reso sempre più difficile dall'organizzazione sanitaria.

Altro soggetto emergente nel meridione ed in tutta Europa sono i lavoratori immigrati. Interi settori della nostra economia italiana si reggono sul lavoro dei lavoratori provenienti da altri paesi: l'agricoltura, l'edilizia, la ristorazione, l'assistenza alla persona, la logistica, la pastorizia sono i settori più interessati dall'apporto della manovalanza estera ed in prospettiva questo apporto sembra essere destinato a crescere .

I fatti di Rosarno hanno mostrato in maniera distorta e sotto un taglio securitario il problema delle condizioni di vita di questi lavoratori stagionali che fanno delle migrazioni interne secondo le fasi di raccolta (agrumi, frutta, ortaggi, uva) e si accampano in bidonvilles ai margini delle aree coltivate in attesa dei caporali. Essi si sottopongono a pesantissimi turni lavorativi in condizioni ambientali difficili.

Un flusso periodico si muove quindi verso Puglia, Calabria, Campania, Basilicata ma anche Veneto, Emilia e Lombardia: sono lavoratori invisibili che si muovono in gruppi numerosi, creano insediamenti di fortuna, prestano la loro opera per la fase di raccolta o semina e poi scompaiono .

Si diceva nel recente passato che il lavoro bracciantile fosse scomparso, per la meccanizzazione, per le nuove tecniche etc... ma le rivolte scoppiate in Calabria e Basilicata e i tanti focolai di tensione presenti sul territorio nazionale dimostrano che semplicemente i lavoratori della terra hanno cambiato lingua, colore della pelle e nazionalità per effetto della globalizzazione e, calcolando il peso che nel settore rivestono le agromafie, le condizioni di vita e di lavoro cui sono sottoposti i braccianti hanno ripristinato scenari da fine '800.

Il terribile incidente di Piacenza nel quale il 14 settembre 2016 muore Abd Elsalam, operaio egiziano di 53 anni, travolto davanti alla ditta GLS di Montale durante un blocco delle merci dell'azienda di trasporti, dimostra che la presenza di manodopera immigrata non è limitata all'agricoltura ed al sud,

ma è addirittura maggioritaria in molti settori della logistica, dell'indotto e delle grandi catene di distribuzione del Nord.

Nella nostra esperienza questo settore sociale è molto recettivo ai processi aggregativi e alla mobilitazione attorno a problemi concreti come l'accesso ai servizi sanitari o la salute.

Queste aggregazioni vengono determinate dai rapporti di lavoro e di deprivazione e sono disponibili al superamento di divisioni etniche, religiose o linguistiche per la spinta istintiva all'acquisizione di diritti.

E' grazie alla lotta unitaria delle diverse comunità del centro storico napoletano, senegalesi, srilankesi, maghrebini, ucraini e slavi, insieme al gruppo dei medici dipendenti e studenti dei policlinici, che si riesce ad acquisire il primo ambulatorio pubblico dell'Asl Napoli 1 e di tutto il meridione circa 15 anni fa.

Questa traccia è stata seguita nel tempo da altre realtà, di nuova acquisizione, come i rifugiati e richiedenti asilo, ammassati nei centri di accoglienza e relegati nel limbo dell'attesa di un riconoscimento che può durare anni e che intanto è segnato dalla privazione del diritto all'assistenza.

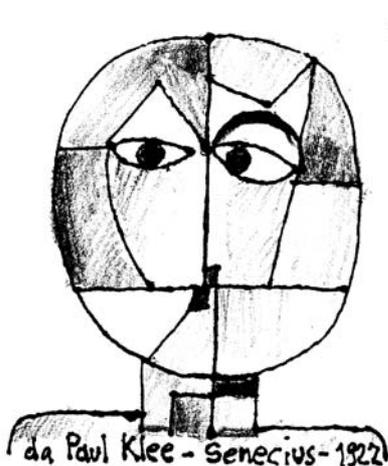
Nelle ultime vicende campane, che hanno visto il servizio sanitario regionale sconvolto dalle politiche di commissariamento e dai piani di rientro, il movimento di difesa degli ospedali del centro storico, riunito in una Rete cittadina, poi divenuta regionale, la presenza costante dei due soggetti sociali, i disoccupati e gli immigrati, ha dato un impulso unitario straordinario alle popolazioni dei quartieri dove l'emarginazione è storia secolare e dove però nessun fenomeno significativo di xenofobia si è mai sviluppato.

Uno dei punti cruciali di questo movimento è l'ospedale San Gennaro, nel rione Sanità, tristemente famoso per le "stese"(1), dove però il comitato che occupa da mesi parte dei locali del nosocomio ha fatto dell'ambulatorio STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) un punto di forza e una garanzia per il futuro della struttura.

Questi stessi soggetti hanno partecipato direttamente a pratiche di lotta che sono andate in conflitto con le regole vertenziali da tempo assunte dai sindacati.

Verificata la inutilità delle normali modalità di confronto, il movimento, che nell'occasione ha coinvolto veramente tutta la comunità, dai disoccupati ai parroci, dagli eletti alla municipalità allo stesso presidente, dai commercianti agli immigrati, ha praticato blocchi stradali, occupazioni delle direzioni, interruzione del pagamento dei tickets ed erogazione gratuita di prestazioni al pubblico afferente agli ambulatori.

Lo sciopero al contrario è stato definito come "*blocco delle casse ma non dell'assistenza*". Si tratta di forme che hanno travalicato le regole formali ma che sono servite ad affermare legittimità di un diritto, quello



alla salute.

Simili pratiche sono state adottate dal comitato dell'ospedale Maresca di Torre del Greco e dell'Annunziata di Forcella e si può dire che se lo smantellamento dei due ospedali è stato frenato prima della chiusura definitiva, lo si deve a queste mobilitazioni. Certamente non bisogna mitizzare questi risultati poiché non sono certamente vittorie definitive: il pericolo di una definitiva chiusura non è scongiurato ed il nemico rimane molto potente e determinato.

Queste esperienze pongono però degli interrogativi sugli stessi strumenti di lotta sinora adottati dal nostro movimento: quello che è immediatamente chiaro per tanti soggetti coinvolti in questa nuova stagione di conflitti non lo è altrettanto per molti di noi abituati a costruire il contrasto alla speculazione ed alla nocività solo negli uffici legali.

Il Sistema si diceva una volta per definire la struttura di potere che domina la nostra società, "*o' Sistema*" è il termine usato dalla

malavita per definire il suo potere: questi due termini si sono identificati in una realtà come quella napoletana nella quale l'organizzazione del malaffare dei colletti bianchi nelle ASL è parallelo e spesso interconnesso a quello della malavita organizzata.

Costoro agiscono da sempre in spregio a tutte le regole e le leggi: il popolo lo sa ed interpreta le regole imposte solo come intralci all'affermazione dei diritti, degli ostacoli d' "o' sistema", che vengono riconosciuti illegittimi e pertanto da travalicare. Allora abbiamo individuato almeno due soggetti di riferimento in realtà come il meridione dove le lotte che si sviluppano escano spesso dalle regole canoniche della protesta, ma possiamo dire che se seguiamo la traccia del lavoro salariato, senza preclusio-

ni mentali, al nord come al sud altri soggetti possono rivestire lo stesso ruolo.

In conclusione Medicina Democratica riesce a prospettare un futuro, quando ristabilisce quel legame con soggetti sociali che reagiscono allo sfruttamento ed all'attacco alle condizioni di vita, un rapporto senza il quale sarebbe condannata a divenire un'associazione di consulenti, un ufficio legale, un circolo accademico magari interessante per i cultori della medicina o della storia della medicina ma che avrebbe perso definitivamente la sua ragion d'essere.

Noi crediamo che stringendo forti rapporti con le aree sociali più dinamiche e meno compromesse con il potere, l'idea di Giulio Maccacaro abbia ancora molto futuro dinanzi a sè.

NOTE

1. La stesa è una sventagliata di proiettili che viene fatta da un clan sulla facciata di un palazzo occupato dal clan rivale. Sono raid effettuati da ragazzini su motorini, armati di

fucili mitragliatori o armi automatiche.

E' una tradizione propria della malavita del rione Sanità, il quartiere che ospita da secoli l'ospedale e dal quale trae il nome.



Sintesi finale del gruppo di lavoro “Salute della Donna”

a cura di Elisabeth COSANDEY*

SALUTE DELLA DONNA

La Fertilità maschile e femminile vorremmo fosse riconosciuto come un valore positivo da difendere lavorando sul mantenimento di un ambiente di vita e di lavoro non inquinato che possa garantire per uomini e donne un buono stile di vita rispettoso dei bisogni umani e della natura.

Vorremmo che sia chiaro che rispetto alla fertilità si può garantire una vera libertà di scelta per le donne solo con adeguati standard lavorativi, non con il precariato ed i lavori stressanti e sottopagati, spesso anche nocivi per i ritmi di lavoro e per gli agenti inquinanti presenti nell'ambiente.

“No Work? No children” gridavano le ragazze in piazza già molti anni fa e da allora la precarietà è solo aumentata.

Denunciamo l'eccesso di medicalizzazione nella gravidanza e nel parto, di cui il tasso esorbitante di tagli cesarei è solo uno degli indicatori, e la rarità con cui le donne possono oggi avere un parto indisturbato in cui al centro vi siano i bisogni propri e del bambino che nasce: sappiamo ogni giorno di più che se questi vengono rispettati ci saranno esiti migliori nella salute futura.

Per le carenze dei servizi pubblici che non vengono adeguatamente organizzati e finanziati, le donne per essere seguite con continuità in Italia si rivolgono nel 78% dei casi ai ginecologi privati, una sconfitta del nostro sistema sanitario nazionale.

Riconosciamo oggi che una delle forme in cui si esercita il potere del patriarcato è anche la violenza ostetrica contro la quale in tutto il mondo le donne stanno lottando.

Affermiamo che la libertà di scelta si deve applicare a tutto il percorso della gravidanza e fino al parto ed al puerperio/allattamento, quindi vorremmo chiedere servizi adeguati dove le donne siano libere di farsi seguire dall'equipe Consultoriale ed in cui le ostetri-

che, in base alle norme europee, possano occuparsi realmente della fisiologia della nascita, seguendo in autonomia le gravide anche prescrivendo gli esami previsti dai LEA su apposito ricettario.

E' importante che in tutti gli Ospedali possano esserci percorsi per la fisiologia o Centri Nascita gestiti dalle ostetriche, perché è dimostrato che così si riducono gli interventi inappropriati.

Denunciamo la politica attuale che afferma la necessità per motivi di sicurezza di chiudere i piccoli ospedali. La chiusura non deve basarsi solo su criteri numerici, ma deve essere valutata assieme alle popolazioni interessate considerando i disagi che esse possono incontrare, tenendo conto della qualità e dell'appropriatezza dei servizi offerti.

Anche il parto extra ospedaliero (case di maternità e parto a domicilio) deve essere libero e offerto gratuitamente, o almeno rimborsato dalle ASL, permettendo a tante ostetriche e/o gruppi di ostetriche/doule (1) di praticare una ostetricia, come dice l'OMS più vicina alla vita familiare e con adeguati gradi di sicurezza anche a domicilio, come confermato dalla più recente letteratura scientifica.

Rispetto alla scelta di una interruzione volontaria di gravidanza (IVG), di nuovo vorremmo Servizi che siano in grado di garantire davvero la scelta della donna e quindi con tempi e spazi per l'ascolto dei suoi bisogni, per la risposta alla sua richiesta di aiuto, anche economico. Ma chiediamo che questa risposta possa essere data in tempi adeguati con l'uso più allargato della RU486. Siamo infatti l'unico Paese Europeo dove si può usare l'aborto medico (Myfegine) solo fino al 49mo gg e non fino a 63mo gg come previsto per questo farmaco in tutto il mondo.

Questo rende molto difficile il reale e diffuso uso del metodo, troppo poco usato ancora a

**Gruppo di lavoro
“Salute della
Donna” di
Medicina
Democratica.
Hanno dato il loro
contributo: PUZZI
Pietro, ginecologo,
presso Cons accreditati
Brescia; BULGARINI Giusy
ASST. Ospedali
Brescia; Castellarin
Laura Ostetrica Osp
Novara; PLOETEGGER
Violetta, ginecologa
Ass. Reg. TRENTO; GRAGLIA
Inf Prof pensione,
casa delle donne
Gallarate; ROSSI
francesca Casa delle
donne Milano;
CORTESE Silvia
Medicina
Democratica
Milano; JANNELLI
giuseppina;
GRANDI Barbara,
ginecologa Toscana,
TOSCHI ginecologa
Consultoriale
Umbria,
DI PIERRI Marica*

livello nazionale, specie al SUD. Infatti, in questo modo i tempi spesso sono troppo stretti rispetto a quando la donna si accorge di essere gravida e quindi viene richiesta una certificazione in urgenza per la IVG, cosa che pochi medici sono disposti a fare.

Rimane la piaga della obiezione di coscienza che fa sì che siano sempre meno i medici che svolgono servizio per le IVG, perché pochissimi giovani si vogliono occupare di questo che viene considerato un “*lavoraccio*”, poco retribuito e poco riconosciuto. Molte/i specializzandi non sono mai entrati in sala operatoria o nel reparto delle IVG e nulla sanno di cosa significa occuparsi del tema, anche dopo 4 anni di specialità, nè mai hanno messo piede in un Consultorio e non sanno come ci si lavora e cosa significa prendersi in carico una donna o una famiglia e non solo rispondere alla emergenza del problema che porta in quella seduta. Il Ministro, di fronte ai dati sulla obiezione di coscienza e sullo scarso uso di RU486, risponde con la teoria del Pollo, per cui dividendo le IVG per il numero dei medici, a lei i conti tornano. Per lei, i pochissimi medici non obiettori ne fanno “*solo*” pochi a settimana e per loro ferie e malattie non sono previste.

Abbiamo avuto dall’Europa due procedimenti di infrazione dal Tribunale di Strasburgo, a cui era ricorsa anche la CGIL, ma nulla si è mosso.

Una buona notizia che vorremmo evidenziare è stato il calo del 10 % delle IVG nella ultima rilevazione dell’ ISS del 2015, legata certamente al fatto che la contraccezione di emergenza CE o pillola del giorno dopo, dal 2015 non ha più bisogno di ricetta per le maggiorenni ed è ormai più efficace. Sarebbe opportuno allargare anche alle ragazze minori tale pratica.

I consultori familiari istituiti con la legge 405 del 1975 hanno subito molte trasformazioni; la cultura dei servizi territoriali e il primato della prevenzione sono naufragati all’interno di una sanità aziendalistica sottodimensionata nel numero e nel personale, raramente le équipes sono davvero complete di tutte le figure professionali.

NOTA

1. Figura professionale che segue, consiglia e aiuta le donne durante la gravi-

La legge 405 all’ art.4 prevedeva la gratuità delle prescrizioni di “*prodotti farmaceutici*” e di tutte le altre prestazioni; ciò era dovuto alle donne italiane e anche agli stranieri residenti o solo presenti temporaneamente sul territorio italiano. Va riconquistato questo diritto perduto regione per regione.

Chiediamo che i Consultori siano strutture riconosciute e riconoscibili e che non si torni indietro rispetto a quanto stabilito nel POMI (Piano Obiettivo Materno-Infantile definito dalle Linee guida del Ministero della Salute) del 2000 che prevedeva una struttura consultoriale ogni 20.000 abitanti con una équipe multiprofessionale. Solo il Piemonte ha un vero Coordinamento molto efficace di tutta la Rete dei Consultori, si è dato linee guida sulle attività. La gran parte delle Regioni Italiane, ignora anche solo quanti Servizi esistono nel suo Territorio, chi ci lavora e cosa fa veramente. Pochissimi raccolgono dati a livello Regionale con Indicatori chiari, verificati e verificabili che controllino effettivamente cosa è quanto viene fatto e con che qualità. Per fare un esempio nessuno controlla quante IUD/IUS (Spirali), vengono introdotte nei Consultori, un metodo spesso scelto dalle donne che ormai non si riesce più ad inserire nei Servizi Consultoriali per problemi di ordine medico legale eseguendo un atto che viene considerato chirurgico e che invece in altri Paesi come la Francia o la Svezia, viene eseguito anche dalle ostetriche. Denunciamo la politica della Regione Lombardia che favorisce le convenzioni con i consultori privati, spesso di ispirazione cattolica i quali fanno obiezione di coscienza “*di struttura*” sulla applicazione della legge 194.

E’ invece assolutamente necessaria la collaborazione tra l’ospedale e il consultorio in materia di IVG. Infine vogliamo ancora affermare che vogliamo i consultori come luogo di informazione, aiuto, confronto sui temi della sessualità e della riproduzione, come un luogo che sappia capire e seguire i cambiamenti della società e che sappia rispondere ai bisogni di partecipazione delle persone viste come soggetti e non oggetto di salute.

danza, il parto e i primi mesi di vita del bambino

Intervento del gruppo di lavoro “Disabilità Cronocità”

a cura di Laura VALSECCHI*

DISABILITÀ, NON AUTOSUFFICIENZA E RIABILITAZIONE

I due pilastri centrali per una reale battaglia antidiscriminatoria nei confronti delle persone con disabilità sono i temi riguardanti il diritto alla salute e il diritto alla vita indipendente.

La disabilità è una condizione di difficoltà in cui si trovano molte persone nel corso della loro vita; la disabilità riguarda tutte le fasce di età, anche se è evidente che nella popolazione più anziana l'incidenza di patologie cronico-degenerative a carico dei diversi sistemi e apparati è maggiore rispetto alle altre fasce di età.

Dal sito dell'ISTAT si trovano alcune stime sull'incidenza della disabilità:

“Oltre 1 miliardo in tutto il mondo (15% della popolazione) e quasi 3 milioni in Italia (4,8%) della popolazione. Sono le persone che vivono con una disabilità. Anche se avere un quadro preciso del fenomeno non è possibile. Questo perché “la definizione di disabilità non è universale”, perché “è molto più difficile rilevare le disabilità mentali rispetto a quelle fisiche” e perché “non vi sono informazioni sul numero dei bambini disabili”, come sottolinea l'ISTAT nell'ultima rilevazione italiana sulla disabilità che risale ormai al 2004, quando si contavano in Italia 2 milioni e 600 mila persone disabili di 6 anni e più che vive in famiglia e altre 190.134 residenti nei presidi socio-sanitari, per un totale di circa 2 milioni 800 mila persone con disabilità nel nostro Paese, per lo più anziani (circa 1,9 milioni) e per lo più donne (66,2% del totale).

Crescono gli anziani e i “grandi vecchi”.

E' noto che l'Italia è un paese che invecchia. I dati dell'ultimo censimento pubblicati recentemente dall'ISTAT permettono di

analizzare meglio il fenomeno: in dieci anni dal 2001, anno del precedente censimento, al censimento del 2011, la percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) al 20,8% (12.384.963 persone); nel 1991 era al 15,3% (8.700.185 persone).

I dati aggiornati al 2010 dicono che l'indice di vecchiaia ha raggiunto in Italia il 144%, avvicinandoci al rapporto di 3 anziani ogni 2 giovani.

Chiaramente la variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane.

Il dato più interessante è l'aumento dei “grandi vecchi”: gli ultra 85enni, infatti, passano dal 2,2% al 2,8% sul totale della popolazione residente, con un aumento del 78,2% nella classe 95-99 anni e addirittura del 138,9% in quella degli ultracentenari.

Nel nostro Paese oltre 600 mila persone sono affette dalla malattia di Alzheimer, la più diffusa tra le demenze: persone spesso molto anziane, con un'età media di 78 anni, diagnosticate in media due anni dopo l'insorgere dei primi sintomi. Segno, questo, di una ritardata capacità del sistema sanitario e dei suoi attori (medici di famiglia, specialisti, etc.) ad arrivare a una diagnosi, come di un rifiuto delle famiglie a riconoscere e ad accettare la condizione del loro congiunto, nella consapevolezza che l'Alzheimer avrà un impatto drammatico sulla vita del paziente e della sua famiglia”.

Il concetto di disabilità negli ultimi anni è cambiato e coinvolge oggi (con il nuovo modello di Classificazione ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health, promosso dall'OMS) anche la parte riferita all'ambiente in cui vive la persona con disabilità. Si genera un quadro

**Medicina Democratica, Sezione di Milano e Provincia e Coordinamento Nazionale Operatori Professionali Unità Spinali (CNOPIUS)*

complessivo più articolato all'interno del quale l'obiettivo principale è permettere alla persona con disabilità di recuperare capacità e attività, compatibilmente con la propria condizione fisica, mentale, sensoriale per garantire la massima inclusione nella collettività, con il pieno sviluppo della propria personalità e le proprie ambizioni di vita.

La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità approvata il 13 dicembre 2006 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite rappresenta il punto di partenza sia per la miglior inclusione sia per l'applicazione di atti non discriminatori.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità si compone di 50 articoli, se ne riportano alcuni tra i più significativi e utili per il lavoro del Gruppo.

Scopi principali della Convenzione sono la tutela della dignità umana e la partecipazione sociale della persona con disabilità.

L'art. 1 afferma che:

- Scopo della presente Convenzione è promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali.

- Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali, che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.

L'art. 3 riporta:

- Il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte e l'indipendenza delle persone.

- La non discriminazione.

- La piena ed effettiva partecipazione ed inclusione nella società.

- Il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa

- La parità di opportunità.

- L'accessibilità.

L'art. 5 sostiene che:

- Gli Stati Parti riconoscono che tutte le persone sono uguali dinanzi alla legge ed hanno il diritto, senza alcuna discriminazione, a uguale protezione e uguale benefi-

cio della legge.

- Gli Stati Parti devono vietare ogni forma di discriminazione fondata sulla disabilità e garantire alle persone con disabilità uguale ed effettiva protezione giuridica contro ogni discriminazione qualunque ne sia il fondamento.

L'art. 9 affronta il tema dell'accessibilità ed afferma che *"al fine di consentire alle persone con disabilità di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli aspetti della vita, gli Stati parti adottano misure adeguate a garantire alle persone con disabilità, su base di eguaglianza con gli altri, l'accesso all'ambiente fisico, ai trasporti, all'informazione, e alla comunicazione, compresi i sistemi e le tecnologie di informazione e di comunicazione, e ad altre attrezzature e servizi aperti o forniti al pubblico, sia nelle aree urbane che in quelle rurali..."*

Nell'art.19 si tratta il diritto di vita indipendente ed inclusione nella società: gli Stati Parti riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società...

L'Art- 20 riguarda la mobilità personale e si propone di garantire alle persone con disabilità l'autonomia al movimento e negli spostamenti, rendendole capaci di espletare autonomamente le attività della vita quotidiana.

L'art. 24 tutela l'educazione: gli Stati Parti riconoscono il diritto all'istruzione delle persone con disabilità.

L'art.25 ribadisce che le persone con disabilità senza alcuna discriminazione devono godere del diritto alla salute: gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del miglior stato di salute possibile e adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l'accesso ai servizi sanitari che tengono conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione.

L'art. 26 riguarda la riabilitazione e l'abilitazione: gli Stati Parti adottano misure efficaci ed adeguate al fine di permettere alle perso-

ne con disabilità di ottenere e conservare la propria autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali, professionali ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita. Gli Stati Parti organizzano, rafforzano e sviluppano servizi e programmi complessivi per l'abilitazione e la riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali.

L'art. 27 riconosce il diritto al lavoro e all'occupazione: gli Stati Parti riconoscono il diritto al lavoro delle persone con disabilità su base di uguaglianza con gli altri...

La Convenzione istituisce anche il Comitato sui Diritti delle Persone con Disabilità che deve ricevere, esaminare e formulare suggerimenti e raccomandazioni nazionali dai vari Paesi.

Con la Legge 3 marzo 2019, n.18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo Opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità", l'Italia ha ratificato la Convenzione ONU ed il Protocollo Opzionale.

L'Osservatorio Nazionale sulle condizioni delle persone con disabilità si occupa della definizione delle politiche e dei programmi e vede al suo interno i membri delle Associazioni Nazionali maggiormente rappresentative del territorio nazionale.

Si può affermare che negli anni grazie alle lotte delle persone con disabilità e degli operatori professionali che si sono occupati della loro condizione di vita e di salute, il concetto di disabilità ha subito un importante processo di trasformazione, sostituendo anche termini come "invalido, handicappato, portatore di handicap, non-autosufficiente, diversamente abile, disabile" con quello di persona con disabilità (ICF-2001).

Alcuni di questi termini però caratterizzano ancora la normativa italiana, la quale si è sviluppata molto in questi anni, individuando benefici, agevolazioni, provvidenze, criteri di accesso a servizi e diverse modalità di accertamento a contenuto prevalentemente sanitario.

Eppure nonostante la normativa vigente, a partire dall'art. 3 della Costituzione italiana,

dalle normative per l'accessibilità, per l'inserimento lavorativo e scolastico sino alla 328/00 che prevede la piena inclusione sociale e sino alla L.18 del 2009 di ratifica della Convenzione ONU, le persone con disabilità si trovano ancora troppo spesso emarginate e senza la possibilità di vivere una vita ricca di attività e di aiuti basilari. I diritti fondamentali per persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza riguardano una serie di carenze sociali e sanitarie.

Le carenze sociali ancora una volta investono sulla necessità di partecipare alla vita quotidiana attraverso: l'assistenza persona-



le, la vita indipendente, la realizzazione del progetto sociale, la mobilità, i trasporti, l'accessibilità (universale, ovvero il Design for All), l'integrazione sociale, scolastica, professionale, l'inserimento al lavoro, le provvidenze economiche (pensione e riconoscimento dell'invalidità), le residenze protette in piccole comunità o nelle residenze per anziani o per disabili.

Le carenze sanitarie riguardano: una presa in carico rispetto alla situazione clinica, la prevenzione, la cura, la riabilitazione della persona con disabilità, la prevenzione di ulteriori complicanze (prevenzione secondaria e terziaria), la fornitura degli ausili tecnici e tecnologici, l'assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa, la realizzazione dei centri per l'autonomia per migliorare le condizioni di indipendenza attraverso diverse metodiche e l'utilizzo di ausili adeguati, i servizi di riabilitazione territoriali e ambulatoriali, i centri specialistici di riabilitazione.

Detto questo...:

Il diritto alla salute e alla vita indipendente delle persone con disabilità e anziane non autosufficienti transita attraverso una serie di risposte sociali e sanitarie che andrebbero analizzate in modo dettagliato:

1. Prevenzione dello stato di malattia e di conseguenza di disabilità.
 - a. Primaria rispetto all'insorgenza di malattie (Medicina preventiva, MMG, PLS).
 - b. Secondaria per evitare ulteriori complicanze e favorire l'autonomia con soluzioni adeguate (MMG, PLS, Servizio Sociale del Territorio o Ospedaliero, Servizio di Assistenza Infermieristica, di Fisioterapia, di Terapia Occupazionale, di Logopedia).
2. Cure adeguate (MMG, PLS, SSN).
3. Riabilitazione.
 - a. Domiciliare.
 - b. Ambulatoriale.
 - c. Ospedaliera.

Il concetto di riabilitazione all'interno di un progetto sanitario e sociale che deve comporre il vero progetto individuale per la persona con disabilità, progetto individuale che racchiude le risposte sanitarie e sociali indispensabili per garantire la miglior risposta alle necessità curative, assistenziali, di inserimento sociale, familiare e professionale.

Ogni ATS (ex ASL) dovrebbe avere un Servizio Sociale in grado di valutare le necessità della persona. Questo Servizio dovrebbe lavorare in Equipe con gli altri professionisti che si occupano sia della riabilitazione neuromotoria che di quella funzionale, cognitiva e per proporre un percor-

BIBLIOGRAFIA

PROGRAMMA D'AZIONE REGIONALE 2016-2018 – Regione Umbra Osservatorio Regionale

so di reintegrazione sociale e professionale. Inoltre deve essere valutata la possibilità di realizzare comunità locali e/o RSD (Residenza Sanitaria per Disabili) o RSA (Residenza Sanitaria Assistita) con al loro interno servizi sanitari e sociali nell'ottica sia della presa in carico che della possibilità dell'accompagnare la persona con grave disabilità in una condizione di reinserimento sociale.

Oggi sono in vita giovani e medio-giovani con problematiche neuro-motorie importanti, dipendenti per gli aspetti respiratori, costretti, nonostante la giovane età a vivere nelle RSA o in RSD che servono esclusivamente come posto-letto, senza minimamente prendere in considerazione la vita della persona che rimane parcheggiata in queste strutture a pagamento come garanzia di una sopravvivenza veramente minimale..!

Durante il Convegno di Medicina Democratica che si è svolto nelle giornate del 20 e 21 gennaio 2017 a Milano c/o la Camera del Lavoro in Corso di Porta Vittoria 43, il gruppo di lavoro su questi temi ha individuato molteplici difficoltà in relazione alle necessità assistenziali e sanitarie per familiari con gravi disabilità per consentire loro la possibilità di vivere nel proprio contesto ambientale con aiuti adeguati.

Il Gruppo ha ravvisato la necessità di ulteriori incontri per approfondimento e per corsi di formazione sui temi individuati, prendendo spunto dalla lotta per il progetto Casa Gabriella di Firenze, in modo di far rispettare i diritti di salute e di assistenza in qualunque situazione ogni persona si trovi.

sulla condizione delle persone con disabilità Perugia, Novembre 2015.

Quarant'anni di lotte per Medicina Democratica, Reti nazionali ed europee per il diritto alla salute

di Maurizio LOSCHI*

Quarant'anni di lotta per la salute. E' il titolo del convegno che si è svolto alla Camera del Lavoro di Milano il 20 e 21 gennaio 2017. Al Convegno indetto da Medicina Democratica – Movimento di Lotta per la Salute, per ricordare e riprendere il pensiero espresso nel primo Congresso Nazionale del 1976 a Bologna hanno partecipato la Rete Sostenibilità e Salute, la Rete per il Diritto alla Salute di Milano e Lombardia, la Rete per il Diritto alla Salute di Napoli e Campania, non di meno la Rete Europea contro la Privatizzazione e Commercializzazione della Salute e della Protezione Sociale (Bruxelles), Sud Santé Socieaux Solidaire (Nizza).

Il pensiero e l'elaborazione sul tema del diritto alla salute, espresso da Giulio Maccacaro, da Franco Basaglia e da Luigi Mara, è la diretta conseguenza delle lotte di fabbrica, sociali, politiche e culturali dalla fine degli anni '60 ad oggi.

Il diritto al lavoro, alla salute, alla protezione sociale sono stati messi molto in discussione. Si è voluto ragionare su come fare per invertire la tendenza, quali iniziative di movimento, di lotta e di cultura proporre, in che modo affermare i diritti acquisiti.

Si deve operare per unire i movimenti di lotta per la salute, in particolare “*le Reti*”, individuare quali sono i nodi fondamentali teorici e pratici da cui partire.

Siamo di fronte ad un pesante ridimensionamento del diritto al lavoro, simbolicamente rappresentato dalla soppressione dell'art. 18 dello Statuto dei Diritti dei Lavoratori (Legge 300/1970) che ha comportato e comporta disoccupazione, prevalentemente giovanile, nonché precarietà, riduzione salariale. Siamo di fronte a un ricatto permanente che attenta alla salute.

Ci si deve opporre a tutte le forme di involuzione legislativa e di “*liberalizzazione*” del lavoro. In particolare non deve passare la proposta di legge del Senatore Sacconi, il quale non solo si oppone a qualsiasi proposta innovative (si veda ad esempio il progetto di legge Casson sull'amianto), ma vuole stravolgere i principi fondamentali del decreto legislativo 81/2008.

Occorre riconoscere l'importanza e la necessità di utilizzare lo strumento giuridico, con ricorsi appropriati alla Magistratura – sia penale che amministrativa – quando le leggi vengono negate o disattese, si pensi, per esempio, al crimine ferroviario di Viareggio e alle lotte dell'associazione delle vittime. Il processo in corso si concluderà in primo grado il 31 gennaio con la lettura della sentenza. (1)

Sono molte le iniziative che mettono in relazione il diritto alla salute al sistema sanitario pubblico. Un esempio reso esplicito al convegno è quello del Comitato delle Mamme in difesa della Maternità dell'ospedale di Angera (VA) che temporaneamente chiuso (come molte altre maternità) perché si effettuano parti al di sotto dei 500 ogni anno.

Un altro argomento affrontato a riguardo della salute nei luoghi di lavoro è quello del riconoscimento delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro in capo all'INAIL che in molti casi opera in modo rovesciato, più per non riconoscere piuttosto che per riconoscere. Si deve ritornare alla riforma sanitaria che in un articolo, poi abrogato, stabiliva che il compito spettava alle Unità Sanitarie Locali (ora ASL).

In ordine alla organizzazione sanitaria si deve riaffermare la subordinazione della sanità alla salute. L'attuale normativa, a seguito della riforma De Lorenzo (legge

*Referente locale di Medicina Democratica e dello Sportello Salute di Savona.

502/1992) che ha stabilito la nascita delle aziende sanitarie e ospedaliere rette da un direttore generale, deve essere rivista a favore di un sistema istituzionale basato sulla partecipazione e il controllo dei cittadini organizzati. Il finanziamento delle strutture e dei servizi deve essere basato non sulla quantità (le prestazioni) ma sulla qualità (i risultati di salute).

Sono inaccettabili le misure degli ultimi governi, di taglia alla sanità, anche degli operatori nel numero e nelle mansioni. Non è vero che la spesa sanitaria è incontrollabile. E' vero che aumenta fortemente in funzione dell'oligarchia sanitaria dominante. E' la corruzione e il clientelismo nonché le inefficienze che fanno aumentare la spesa. Il sistema sanitario deve essere pubblico e universale, gratuito, fondato sulla fiscalità generale.

L'attività privata è libera, ma deve essere svolta al di fuori del servizio pubblico. Infatti, che la salute non sia una merce e la sanità non sia un affare non è solo uno slogan, ma sottende la necessità di respingere le forme di privatizzazione striscianti. Non si vuole arrivare al punto di destrutturazione del sistema universalistico come avviene in altri paesi europei, particolarmente in

Inghilterra e in Spagna.

In Italia la privatizzazione passa dalla sanità integrativa. Si vogliono convincere i cittadini, i lavoratori e i sindacati che con essa si evitano i tempi lunghi di attesa per visite ed esami evitando di entrare nel merito della loro funzione e dei loro risultati.

In conclusione i partecipanti al convegno che si sono riuniti in gruppi di lavoro hanno discusso, entrando nel merito, dei temi più importanti relativi al diritto alla salute:

1. Salute e organizzazione sanitaria;
2. Salute e lavoro;
3. Salute e ambiente;
4. Salute della donna;
5. Salute mentale, epidemiologia e prevenzione;
6. Disabilità, cronicità, non autosufficienza, livelli essenziali di assistenza;
7. Salute e servizi sanitari in Europa.

I risultati dei gruppi di lavoro, insieme alle testimonianze di lotta presentate, saranno inserite nel sito di Medicina Democratica e delle Reti.

La discussione continuerà soprattutto in vista dell'iniziativa comune ai paesi europei di mobilitazione per la giornata mondiale della salute prevista per il 7 aprile prossimo.
Milano 21 gennaio 2017

NOTE

1. La sentenza di primo grado ha riconosciuto le responsabilità dei principali impu-

tati, dalla rete ferroviaria ai proprietari e manutentori del carro ferroviario.



Scuola e rifiuti zero

di Rino ERMINI

In questa rubrica spesso ci siamo trovati nostro malgrado a scrivere di scuola pubblica che viene pesantemente danneggiata dalle politiche governative, in particolare dai continui tagli di bilancio. Ci siamo quindi trovati a scrivere di personale che manca e che è mal retribuito, di strutture carenti, di volontà di affossare un buon servizio pubblico, che riguardo alla qualità regge bene il confronto con quelli di altri Paesi, e di simili altre cose. Siamo stati e siamo costretti a farlo perché lo Stato e più specificamente il Governo, e dietro di loro quelli che noi ci ostiniamo a chiamare “padroni”, si affannano a dimostrare che questa scuola non funziona, che il personale è costituito da un ammasso di fannulloni e di fannullone da trattarsi con la frusta e minacciare di licenziamento per farli rigare diritto, che i tagli dei finanziamenti sono necessari per migliorarla, e via di questo passo. Ormai però di tali problemi si potrebbe anche smettere di parlarne perché da anni pure le pietre hanno compreso, se volevano comprenderlo, che non c’entrano niente la bravura del personale e la qualità del servizio, ma è solo questione di privatizzazioni, e fare cassa sulla pelle degli utenti e degli addetti per dirottare montagne di denaro dalle tasche della gente comune, dei lavoratori, dei cittadini, dei poveri, a quelle di coloro che non solo godono di vergognosi pri-

vilegi, ma vogliono vederli confermati ed aumentati nel nome del neoliberismo, dell’ingiustizia e dell’ineguaglianza elevate a morale corrente e stile di vita.

Anche i recenti provvedimenti della legge 107 del 2015, tanto per intenderci quelli orwellianamente denominati della “buona scuola”, vanno in questa direzione: dirottare risorse verso la scuola privata e nel contempo rendere meno efficiente e meno appetibile quella pubblica attraverso i tagli, in modo tale che, a fronte dell’inevitabile degrado di quest’ultima, chi può permetterselo si sposti come utenza verso la privata. Accade come nella sanità, dove i peggioramenti delle prestazioni hanno il duplice scopo di risparmiare denaro da dirottare altrove, ma anche di spostare quell’utenza che, essendo in condizioni di pagare, vada a incrementare il mercato del privato, a dar fiato alle aziende ospedaliere che predicano e praticano il neoliberismo, salvo poi, fra l’altro, esigere anche l’appoggio finanziario, diretto o indiretto che sia, da parte del pubblico.

E’ questa la situazione in cui siamo da anni e che va peggiorando sempre più. Una situazione sulla quale poco si riesce a incidere, se non saranno gli utenti e gli operatori interessati a trovare la strada giusta da percorrere. Nello specifico, trattandosi di scuola, a reagire dovrebbero essere in primo luogo i docen-

ti, gli studenti, le loro famiglie e il personale ausiliario, tecnico e amministrativo. Chi altri, sennò? Non sarà facile, ma di strade non ne vediamo altre. Non sarà facile soprattutto perché quei docenti che può dirsi avessero una certa attitudine alla lotta perché formati nel clima fervido degli anni Sessanta e Settanta del Novecento, sono ormai tutti in pensione, mentre chi è venuto dopo, cresciuto in ben altri frangenti, sembra avere più l’attitudine alla sottomissione, alla passività e al consenso piuttosto che alla lotta. A rigore di logica ci si aspetterebbe che si muovessero le nuove generazioni, visto che il futuro dovrebbe appartenere soprattutto a loro, ma evidentemente esse stanno pensando ad altro o non hanno gli strumenti adatti per costruire opposizione. Oppure, perché no, il mondo così com’è lo condividono e non vedono alcuna buona ragione per provare a cambiarlo.

Per dare intanto una risposta alle politiche governative e padronali sull’istruzione, riterremmo importante scrivere su che cosa è in realtà questa scuola tanto deprecata e tanto bisognosa della loro attenzione, cioè, tradotto dal loro linguaggio, per essere distrutta come ente pubblico e privatizzata; e accennare alle cose che essa quotidianamente fa, e soprattutto ha fatto nei decenni trascorsi, non solo in tema di trasmissione dei

saperi, ma di lavoro educativo per formare cittadini più consapevoli, non quelli delle famose tre i: impresa, inglese e informatica. Scrivere qualche cosa, insomma, non su tutto ciò che meriterebbe conto di essere citato, perché allora dovremmo scrivere decine di libri, ma almeno fare cenno ai temi specifici della salute e della sicurezza. Fra l'altro, in un certo senso, riprendendo le questioni di cui dicevamo nel numero precedente. Bisogna chiarire e precisare che questa scuola intanto funziona; non sempre in modo eccellente, è vero, ma sovente sì; e nonostante i suoi detrattori e coloro che le rimangono contro, i quali, quasi sempre se non sempre, adducono motivazioni del tutto strumentali che nulla c'entrano con la didattica o con un cattivo o un buon funzionamento. La scuola intanto cammina e va addirittura oltre quelli che sarebbero gli ambiti suoi propri e gli obiettivi previsti dalla sua funzione istituzionale, promuovendo anche, magari a macchia di leopardo e con qualche contraddizione, una didattica che non sempre è da disprezzare; in particolare là dove essa innesca processi che investono la società e la migliorano, per esempio contribuendo a creare democrazia vera o a diminuire l'inquinamento e migliorare l'ambiente, quindi ad aumentare il benessere delle persone e della società nel suo complesso. Non come i fabbricanti di armi o gli speculatori finanziari o coloro che governano i quali, ogni volta che aprono bocca o muovono un dito, alle persone e alla società fanno solo gravi danni. Ora a molti, dicendo che la scuola funziona bene ed ha situazioni di eccellenza, verranno in mente le scuole primarie di Reggio Emilia di cui spesso si dice e che gli esperti vengono a visitare e studiare da tutto il mondo, scuole che nel

tempo hanno creato progresso e innovazione. Ma non c'è soltanto Reggio Emilia. Ci sono centinaia di altre realtà, spesso sconosciute se non ai diretti interessati, che fanno corpo e sostanza e che, come scrivevamo in un precedente numero di questa rivista, di certo non sono al centro delle attenzioni dei cosiddetti mezzi di informazione. Fatti, persone, esperimenti quindi che rimangono nell'anonimato o quasi e sono invece i luoghi dove si costruiscono un presente e un futuro migliori e una scuola con un senso che non sarebbe propriamente quello del potere e dei padroni.



Dal punto di vista ambientale le cose fatte o in atto sono molte, vedi, ad esempio, la questione "Rifiuti zero", di cui sicuramente in questa rivista non è la prima volta che si scrive. A dir la verità, qui si è parlato e si parla molto anche di "rischio zero", poiché partiamo dal presupposto che quando si tratta di danni alla salute umana ed all'ambiente la tolleranza deve essere appunto uguale a zero, sempre e comunque, in qualunque settore.

Non ci sono ragioni che tengano: un'azione che sia nociva per la salute della donna, dell'uomo e dell'ambiente deve essere evitata. Vale lo stesso discorso per un prodotto: se esso non è del tutto sicuro

sia in fase di produzione che di consumo bisogna smettere di produrlo o progettarlo secondo altri criteri. Utopisti? L'utopia è quella che ha mosso e caratterizzato il cammino migliore dell'umanità. Ma al di là dell'utopia, ci si trovi una sola ragione per cui si dovrebbero compiere azioni e produrre oggetti che fossero nocivi.

Naturalmente per noi non sono "ragioni" quelle del capitale, ad esempio fare profitto. Esiste gente che nel nome del profitto ritiene normale che si possano mandare lavoratori in un cantiere senza le dovute misure di sicurezza o bombardare le città siriane. Ragioni del genere per noi sono soltanto abominio e crimine. E qui la chiudiamo, non c'è altro da aggiungere.

Il movimento "rifiuti zero" è diffuso in modo significativo sia in Italia che in altri Paesi. In Italia sono circa duecento i Comuni che aderiscono a questa idea e che sia a livello istituzionale sia con la collaborazione e la spinta di comitati di cittadini, puntano al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre a zero la produzione dei rifiuti. Alcuni sembra con una buona impostazione e buoni risultati, altri forse un po' meno. Ma non è propriamente di questo che intendremmo riferire bensì, visto che questa rubrica è dedicata all'interrelazione fra scuola e società, del ruolo che la scuola in questa vicenda ha avuto. Molti anni fa, ormai una ventina, un maestro di scuola elementare della provincia di Lucca svuotò un sacco "nero" dei rifiuti sulla cattedra e con i suoi scolari si mise a separare in vari mucchietti, a seconda della loro natura, i materiali in esso contenuti. Le scolare e gli scolari non ci misero che pochi minuti a capire di che si trattava e che cosa sarebbe stato giusto fare.

Contrariamente ai grandi cervelli

della politica e del capitale che ci mettono decenni per capire cose semplicissime e a volte non le capiscono affatto nemmeno in tutto il corso della loro vita. Il gesto di quel maestro, che si inseriva nelle lotte in quella zona contro la costruzione di nuovi inceneritori i quali, si chiamino termovalorizzatori o altro, siano di nuova o di vecchia generazione, sono altamente inquinanti e demenziali, era il gesto primo che avrebbe portato a un vasto movimento, tuttora attivo e in espansione per riciclare tutto e quindi non produrre i rifiuti e non avere bisogno di incenerirli o di soterrarli in discarica. Non siamo qui per rifare quella storia. Il maestro era Rossano Ercolini, e la vicenda cui ci riferiamo può essere conosciuta sia consultando la rete sia sfogliando i numerosi libri a disposizione, valga per tutti *Non bruciamo il futuro*, Garzanti, Milano, 2013. Questa storia della scuola che si muove e produce lotte e cambiamenti è una bella storia. Certo, non ci saranno stati solo il maestro Ercolini ed i suoi scolari, ma anche le famiglie, i colleghi, i comitati, certi amministratori pubblici, la gente del territorio dove stava la scuola e tanto altro ancora. E' però significativo che sia da un'aula scolastica di una scuola elementare, per merito di un insegnante che senza dubbio ha avuto più sensibilità, più coraggio, più chiarezza di idee di altri, che nasce una scintilla e si mettono in moto un processo, una serie di eventi che cambiano il pensare e l'agire di decine e centinaia di migliaia di persone. Una rivoluzione. Perché no? E' da lì che nasce un percorso che ha portato lontano e che ci si augura prosegua fino a far sparire dalla faccia della terra consumismo e rifiuti. Un percorso che, tanto per dirne una, se qui in Italia

si portasse a compimento su tutto il territorio nazionale consentirebbe di creare decine di migliaia di posti di lavoro: lavoro pulito, altro che il Jobs Act. Questo è stato un esempio eclatante di scuola diversa e di scuola che funziona prestando attenzione ai problemi concreti della gente e del territorio e che è capace di mettere in moto da protagonista movimenti di lotta e di cambiamento.

Potremmo dire anche di quelle centinaia di scuole, dalle materne alle superiori, dove si impostano progetti, percorsi, ecc. che hanno anch'essi per filo conduttore le questioni inerenti alla salute umana e ambientale, ma dei quali non si parla perché magari hanno avuto breve durata, o sono circoscritti e investono solo situazioni locali o li si vuole deliberatamente ignorare. Potremmo citare casi concreti, alcuni fra i tanti, ad esempio una classe di una scuola elementare che per un anno ha lavorato a progettare, con uno studio di architettura ed urbanistica che si è offerto gratis a fare da guida e consulenza, cartelli e attrezzature per i parchi del paese dove questa scuola ha sede. Un'altra, un istituto superiore, a chiusura di una serie di attività svolte durante l'anno, organizza a maggio una giornata delle buone pratiche ambientali chiedendo la partecipazione di tutti, docenti, studenti, personale ATA, famiglie, cittadinanza; partecipazione libera, perché si vuole insegnare, praticandole, la democrazia, l'autogestione e l'agire in prima persona. La partecipazione se non è libera si chiama costrizione e non ha niente a che vedere con la scuola e la società come noi le vorremmo. In questa giornata ci saranno nel cortile della scuola banchi di agricoltori e produttori biologici, si verrà a scuola a piedi o

con i mezzi pubblici o in bicicletta, ecc. Dura soltanto un giorno? Sì, è vero, ma intanto si prova, si dimostra in concreto come si possano avere comportamenti diversi, si fa vedere come, se funziona un giorno, si possa allora pensare che potrebbe funzionare per tutto l'anno o sempre. Di un'altra scuola ancora si può citare un progetto centrato sul riutilizzo e riciclaggio della carta. Su proposta di un docente che da qualche tempo sta svolgendo questa attività nelle proprie classi, e con la collaborazione di alcuni colleghi e colleghe disponibili, un'intera scuola assume tale attività per tutto l'istituto, quindi compresi dirigente, impiegati e personale ausiliario. La cosa è molto semplice: in ogni aula e in ogni locale dell'istituto dove si adopera carta, deve esserci un contenitore dove via via siano depositati i fogli già usati ma che abbiano ancora dello spazio bianco per essere riutilizzati, ad esempio per appunti, brutte copie dei compiti, ecc. Ognuno, quando ne avesse necessità, deve attingere a questo contenitore e non, come gli studenti e ancor più gli adulti spesso fanno, sprecare un foglio intonso. Deve esserci altresì un contenitore dove siano depositati i fogli non più utilizzabili, per poi essere avviati alla raccolta differenziata. Questo modo di procedere, che consente di risparmiare quintali di carta ogni anno in una scuola di media grandezza, molte scuole lo praticano, anche con migliori modalità rispetto a quelle testé accennate.

Veniamo al simpatico esempio di una classe di una scuola elementare i cui genitori, per socializzazione, supporto alla didattica delle insegnanti e anche semplice divertimento, per cinque anni organizzano gite domenicali in montagna,

lungo un fiume, a teatro. Siamo ovviamente in una classe di una scuola elementare di un piccolo paese di pianura, non lontano dalle montagna, da un fiume e da una grossa città, quindi con alcune condizioni di base per poter fare determinate attività. Su iniziativa di un gruppo di genitori che riescono a coinvolgere praticamente quasi tutta la classe (cioè gli altri genitori, alunne e alunni) vengono organizzate delle gite, a partecipazione libera, come dicevamo per tutti e cinque gli anni delle elementari e per numerose volte all'anno. Tali gite si fanno d'autunno nei boschi per andare a cercare castagne, d'inverno per andare a teatro o in visita a un museo, e in primavera lungo il fiume o in montagna. Le attività principali quando si va in montagna, nei boschi o lungo il fiume sono per gli adulti mangiare, bere e chiacchierare, per i bambini giocare e fare liberamente gli affari loro senza che gli adulti si ne occupino se non in casi "estremi". Queste attività non coinvolgono la scuola, ma vogliono essere indirettamente di appoggio alla scuola creando fra i bambini e le famiglie socialità (sono fra l'altro presenti alcuni scolari extracomunitari), contatto sistematico con la natura e la cultura, reciproca conoscenza, e così via. La cosa ha funzionato quasi perfettamente.

Il trekking. Si fa qui riferimento a due scuole, una media inferiore ed una superiore, nelle quali questa attività era praticata con sistematicità, non in tutte le classi e non da tutti i docenti, ma in ogni caso in modo significativo. Trekking voleva dire uscite didattiche di una sola giornata o viaggi di istruzione di più giorni, possibilmente riguardanti una sola classe per evitare gruppi troppo numerosi e poco gestibili didatticamente, dedicate al cammi-

nare in località che fossero particolarmente interessanti dal punto di vista ambientale, storico, culturale. Oltre al camminare altro obiettivo era la socializzazione; e poi il provare modalità di muoversi e di essere un po' diverse da quelle quotidiane: appunto camminare, usare sistematicamente i mezzi pubblici per portarsi nei luoghi prescelti, scegliere per i pernottamenti alberghi modesti ma dignitosi che non avessero televisori nelle camere, ecc. Da ultimo citerei un progetto dall'intrigante titolo di "senza zaino", in atto da alcuni anni e che coinvolge centinaia di scuole in tutta Italia, ma di esso parleremo magari più avanti, in uno dei prossimi numeri di questa rivista. I casi sopra riportati, esigono minoranza fra i tanti, testimoniano di una scuola che fra non poche difficoltà insegna "a leggere, scrivere e far di conto" e molto altro ancora, con metodologie e contenuti magari non sempre condivisibili in tutto, ma dentro i quali stanno la partecipazione in prima persona, l'uso del pensiero critico e l'affrontare problematiche importanti. E' vero che la prima osservazione da fare sarebbe sul generico termine di "scuola" da noi qui usato, da sostituire con i termini "docenti" e "studenti" e "scuole" che ci provano, che si mettono in discussione, che cercano di andare oltre le direttive del potere.

Insomma, per una questione di precisione, bisogna lasciare fuori da queste note su una scuola diversa coloro che vogliono starne fuori e non essere affatto "scuola diversa". La conclusione? La conclusione è che dietro ai tagli, alla privatizzazione, alle politiche neoliberiste nel settore della pubblica istruzione, oltre a ristabilire gerarchie e comando, c'è anche la volontà di distruggere e cancellare questo tipo di scuola, questo tipo di scuola "che fa politi-

ca", che si schiera, che prende posizione, che ragiona e fa ragionare. I governi e i padroni è tutto questo che vogliono ammazzare. Vogliono far fuori questo tipo di scuola perché fa le cose che abbiamo richiamato poco sopra, oltre che funzionare normalmente. Questa non è la scuola delle tre "i", cioè la scuola dei loro progetti, del mercato, della passività, della sottomissione e del consumismo. Ne hanno paura di questa scuola anche se è "minoritaria", perché ha una forte carica esemplare e perché è diversa. Sanno che se quelli che hanno fatto muovere 200 comuni per rifiuti zero ci prendono gusto domani potrebbero inventarsi chissà quanti altri "zero". Di questo hanno paura. Quindi tagli, privatizzazione, gerarchia e normalizzazione, ma anche in primo luogo via tutto ciò che riguardi la partecipazione e la democrazia diretta. Hai capito la scuola? Hai capito quei ragazzini di Rossano Ercolini che comprendono al volo che cosa si deve fare con i rifiuti? Ci vorrebbero ora decine di altre scuole di chissà quali altre Capannori e Segromigno in Piano per partire zitti zitti e creare dei movimenti che a quello di "rifiuti zero" affiancassero zero capitalisti, zero guerra, zero razzismo, zero fascismo, zero F-35, zero interessi sulla speculazione finanziaria, zero TAV, zero scuola autoritaria e chi più ne ha più ne metta. Sogni? Secondo noi intanto i sogni sono molto importanti e non ci vergogniamo ad averli; e poi, altro che sogni! questi movimenti potrebbero già esserci in embrione, magari sottotraccia, magari fra le pieghe di una realtà non proprio esaltante, già pronti per venire alla luce. Noi non li vediamo, ma ci sembra di percepirla, come il pigolio di un pulcino in procinto di uscire dall'uovo. Provare a incrinare il guscio non sarebbe male.

I voti e le bocciature fanno male agli studenti e alla scuola

di Franco LORENZONI*

La Redazione di Medicina Democratica ringrazia l'autore e la Redazione di Internazionale per aver concesso la riproduzione di questo testo, originariamente apparso sul sito di Internazionale il 4 febbraio 2017. (<http://www.internazionale.it/opinione/franco-lorenzoni-2/2017/02/04/voti-bocciature-scuola>)

Alla fine i voti sono rimasti anche nella scuola primaria e media. Ministra e governo hanno avuto paura di andare contro l'opinione prevalente degli insegnanti, già abbondantemente irritati per alcune pessime conseguenze della legge della buona scuola, e contro diversi opinionisti di peso, che vedono nei voti e nelle bocciature i simboli di una scuola seria e rigorosa.

Insegno nella scuola elementare da 38 anni e continuo a domandarmi come sia concepibile affibbiare a un bambino un voto in geografia, italiano o matematica nei primi anni di scuola. A chi stiamo dando quel voto? Al grado di istruzione della sua famiglia? Al grado di ascolto che hanno avuto le sue prime parole a casa? Alle esperienze che ha avuto la fortuna di fare? Al destino che ha fatto giungere proprio qui la sua famiglia da campagne analfabete o dalle periferie di qualche megalopoli africana o asiatica?

Sono convinto che quei voti non abbiano alcuna giustificazione e non contengano alcun valore pedagogico. Eppure un peso ce l'hanno, eccome! È a partire da quei primi voti, attesi da casa con sempre maggiore trepidazione, che la bambina o il bambino comincerà a scivolare e collocarsi, come la pallina di una roulette, dentro alla casella data da una classifica arbitraria di presunti meriti, che aumenteranno o avviliranno grandemente la sua fiducia in se stesso.

I DISPETTOSI AI POSTI DI COMANDO

Ci apprestiamo quest'anno a celebrare i cinquant'anni della *Lettera a una professoressa*, scritta nel corso di un lavoro durato mesi da un gruppo di ragazzi contadini delle montagne del Mugello, guidati da don Lorenzo Milani nel suo ultimo anno di vita. "Non c'è nulla che sia ingiusto quanto far le parti uguali fra disuguali", è scritto in quelle pagine. E ancora: "La scuola ha un problema solo. I ragazzi che perde. La vostra 'scuola dell'obbligo' ne perde per strada 462.000 l'anno. A questo punto gli unici incompetenti di scuola siete voi (insegnanti) che li perdete e non tornate a cercarli". A cinquant'anni di distanza da quell'accorata denuncia la nostra scuola perde ancora il 15 per cento di ragazzi e, se si considerano separatamente i maschi, la cifra supera il 20 per cento, anche se è leggermente calata negli ultimi anni.

"Una scuola che seleziona distrugge la cultura", prosegue la *Lettera*. "Ai poveri toglie il mezzo d'espressione. Ai ricchi toglie la conoscenza delle cose. (...) Voi dite d'aver bocciato i cretini e gli svogliati. Allora sostenete che Dio fa nascere i cretini e gli svogliati nelle case dei poveri. Ma Dio non fa questi dispetti ai poveri. È più facile che i dispettosi siate voi".

Oltre il 50 per cento di adulti non è in grado di intendere un testo scritto minimamente complesso.

Di *dispettosi* la scuola ne ha conosciuti e ne conosce purtroppo molti, a partire dai posti di comando. Basti ricordare che dieci anni fa, quando Giulio Tremonti faceva il ministro dell'istruzione con la faccia di Mariastella Gelmini, l'Italia fu l'unico paese in Europa a ridurre drasticamente la spesa in istruzione, sottraendo alla scuola di base

**Insegnante, maestro elementare a Giove, in Umbria, e fondatore della Casa-laboratorio di Cenci ad Amelia, un centro di sperimentazione educativa. Il suo ultimo libro è I bambini pensano grande (Sellerio).*

più di otto miliardi: quasi una finanziaria sulle spalle dei più piccoli. Lo stesso Tremonti, che aveva esaltato il ritorno all'antico con il fascistoide "*Un maestro, un libro, un voto*", dovette ricredersi e affermare in una intervista che, effettivamente, la nostra scuola elementare era di qualità, "*ma non possiamo permettercela*".

A un paese che, al di là di tante promesse non mantenute del governo Renzi, continua a non riuscire a permettersi una scuola degna di questo nome – come spazi, come tempi, come qualità di formazione dei suoi docenti – dovremmo domandare tutti con forza quale futuro stia preparando per i suoi cittadini, dato che oltre il 50 per cento di adulti non è in grado di intendere un testo scritto minimamente complesso.

EPIDEMIA VALUTATIVA

Siamo tornati al 2008 perché è allora che fu reintrodotta nella scuola elementare il voto decimale, impunemente spacciato come presunto ritorno alla serietà. Va detto con onestà che allora quel ritorno fu accolto con grande indifferenza e diffusa soddisfazione dalla maggioranza degli insegnanti.

Se proviamo a entrare dentro al *dettaglio* del voto scopriamo che, intorno alla proposta cassata del superamento dei voti decimali e della bocciatura alla scuola media, si sono agitati in questi mesi aggressivi fantasmi, che bene esprimono una idea di scuola e di società che, in nome del merito, accoglie come inevitabile la selezione e l'espulsione dei più deprivati.

Socialmente la scuola primaria oggi è un luogo delicatissimo, una sorta di pronto soccorso culturale – e interculturale – tanto necessario quanto fragile. È qui che si prova a costruire a fatica, giorno dopo giorno, una prima risposta al dettato dell'articolo 3 della Costituzione, che invita a rimuovere gli ostacoli che trasformano le differenze in discriminazioni.

È nelle sue aule che il 20 per cento di bambini stranieri accede, spesso a fatica, a un uso articolato della lingua italiana ed è qui che molte insegnanti, quasi tutte donne, si cimentano con dedizione e persuasione a realizzare ciò che nessuno sa ancora bene come fare: costruire una relazione viva con la cultura e articolare un uso di strumenti

logici capaci di aiutare a intendere la storia e i fatti del mondo, attraverso un insieme di conoscenze elementari da costruire insieme, con gruppi di bambini assai disomogenei. Operare in questo modo è straordinariamente difficile perché comporta la creazione di una piccola comunità solidale, capace di ascolto reciproco. Esattamente il contrario di ciò che accade fuori dai muri della scuola, nelle strade di città in cui cresce sempre più la diffidenza, l'intolleranza, l'arrogante pretesa di difendere i propri piccoli o grandi privilegi particolari.

Diversità è bellezza può essere un bello slogan, ma rischia facilmente di scivolare nella retorica se non ci diciamo quanto la convivenza tra diversi comporti fatica, lavoro, impegno e una grandissima creatività nel sapere affrontare giorno per giorno difficoltà di ogni genere, che non provengono solo dalla presenza di tante e diverse lingue e culture, ma da molteplici difficoltà familiari che si riversano nella scuola. La quantità di sofferenze e insofferenze di ogni genere, portate nella scuola da bambine e bambini, sono infatti in continuo aumento.

Di fronte a questa sfida culturale, di cui troppo pochi si assumono la portata politica, la scuola appare fragile, talvolta si richiude in se stessa e sembra investita da una sorta di epidemia valutativa. Assistiamo al paradosso di ore e ore di corsi dedicati alla valutazione degli apprendimenti e all'attestazione delle competenze, senza un equivalente impegno a dar vita e sperimentare contesti capaci di costruire le competenze, valorizzando conoscenze ed esperienze diverse che i bambini covano in se stessi.

UN MESTIERE ARTIGIANO

I bambini hanno un grande bisogno di essere ascoltati, ma spesso noi insegnanti sembriamo non avere tempo sufficiente per questo. Hanno bisogno di vivere esperienze concrete e significative che coinvolgano il corpo nella sua interezza, devono poter sperimentare momenti di libera espressione e incontrare i più diversi linguaggi, lontano da giudizi che spesso avviliscono la memoria e la percezione di sé. Hanno certamente anche bisogno di conoscere le difficoltà che incontrano ed essere sollecitati ad accorgersi e a ritornare su una frase che comunica a

fatica un pensiero, un'operazione sbagliata, un ragionamento o collegamento privo di coerenza logica.

Ma queste necessarie sottolineature delle difficoltà che ciascuno incontra, si possono fare con un appunto a margine del foglio, una conversazione condivisa e anche con un punteggiaggio specifico, nel caso di prove strutturate.

Il problema è che quando questi dati disomogenei si rapprendono in un voto sul registro elettronico ogni mese o a fine quadrimestre, è pressoché inevitabile che quel numero si *incoll*i al bambino.

Così la valutazione, invece di essere un elemento utile a capire qualcosa di più del proprio percorso di apprendimento, si trasforma in un giudizio sul bambino tutto intero, che rischia di restare imprigionato nelle sue incapacità, in una scuola che si trasforma in luogo di *impotenze apprese*, come le chiama Daniela Lucangeli, che da anni studia con rigore difficoltà e fallimenti nell'apprendimento della matematica.

Se la scuola porta i ragazzi a studiare solo per il voto, perdiamo il senso di capire qualcosa di più del mondo e di noi stessi.

Per quattro anni ho avuto la fortuna di avere un dirigente scolastico sensibile e rigoroso che, negli scrutini e consigli di classe di elementari e medie, chiedeva di evidenziare nei ragazzi solo ciò che sapevano fare, pretendendo che tutti noi insegnanti si facesse lo sforzo di imparare a osservare le competenze che ciascun ragazzo aveva o stava sviluppando, arginando le pigre lamentele di chi si ferma a considerare le inevitabili mancanze e perpetua la vieta discussione se sia meglio punire per fargliela vedere o stimolare un cambiamento di atteggiamento con un voto di incoraggiamento.

È il voto stesso che va messo radicalmente in causa perché, se la scuola porta i ragazzi a studiare solo per il voto, perdiamo tutti il senso del ricercare insieme e cercare di capire qualcosa di più del mondo e di noi stessi. Non è possibile, infatti, che noi insegnanti non ci si assuma la nostra parte di responsabilità di fronte agli oltre due milioni di giovani che nel nostro paese non lavorano e hanno smesso di studiare. Che non trovino lavoro è un problema immenso, ma che non ritengano lo studio un luogo dove potere

crescere e abbiano perso ogni fiducia riguardo alla *bellezza* del conoscere e del costruire l'autonomia del proprio pensare, è un nodo culturale di cui non possiamo non farci carico.

Il nostro è un mestiere artigiano in cui dobbiamo avere la pazienza e il coraggio di mettere a punto gli strumenti del nostro operare ogni volta, perché ogni gruppo di bambini o ragazzi è un organismo complesso, composto da difficoltà e potenzialità sempre nuove, per affrontare le quali non ci sono ricette belle e pronte.



Ora la difficoltà maggiore che incontriamo sta nel sapere osservare con cognizione di causa il contesto in cui agiamo, accorgendoci quanto lo condizioniamo. Nella maggioranza dei casi, infatti, la relazione con il sapere e la motivazione al conoscere e al mettersi in gioco di bambini e ragazzi passa per il corpo di noi insegnanti, passa per i nostri atteggiamenti e comportamenti, spesso inconsapevoli.

Ecco perché la trasformazione della classe in una comunità capace di ascolto reciproco non è altra cosa dall'approfondimento personale delle conoscenze. Non ci sono quelli della scuola seria, che si preoccupano dei contenuti, e quelli della scuola buona che privilegiano le relazioni e lo star bene. Le due cose sono strettamente legate che ne pensi Paola Mastrocola o il loquace *Gruppo di Firenze per la scuola del merito e della responsabilità*. La domanda intorno a cui lavorano le insegnanti più serie e persuasive è questa: quali sono le condizioni perché un bambino arrivi a pensare che, se in

classe un suo compagno ha qualche difficoltà e resta indietro, la cosa lo riguarda?

La risposta più affilata ai sostenitori del ritorno alla bocciatura l'ha data Cinzia Mion, una dirigente scolastica del Movimento di cooperazione educativa ormai in pensione.

Chissà perché leggendo il manifesto del *Gruppo di Firenze contro l'abolizione dei voti e il divieto di bocciare* mi è venuto subito in mente un gioco di Eric Berne dal titolo molto eloquente: *Ti ho beccato, figlio di puttana*. Chissà perché mi viene in mente che nella teoria dei giochi di Berne, consistenti in transazioni complementari per ottenere un risultato ben prevedibile, il tornaconto personale del gioco dalla denominazione un po' faceta è la *vendetta*. Chissà perché a proposito della ineludibile dose di sadismo, che trapela da tutto ciò, mi viene in mente l'analisi di Kaes quando afferma: *“La passione che anima le attività di formazione al di là di ogni dottrina e ogni ideologia, è da attribuirsi al fatto che il desiderio di formare è un'emanazione della pulsione di vita: si tratta di creare la vita e di mantenerla. Ma insieme alla pulsione di vita e in lotta con essa sono costantemente all'opera le pulsioni distruttive. Il desiderio di dare la vita si intreccia con il desiderio di distruggere l'essere in formazione che sfugge al formatore, che ferisce il suo narcisismo resistendogli, non piegandosi a diventare l'oggetto ideale desiderato. Questa ambivalenza marca profondamente gli atteggiamenti degli insegnanti proprio in quanto formatori. (...)”* Chissà perché mi risuonano alle orecchie le

lamentele di un'insegnante famosa per il suo rigore, paladina della bella lezione trasmissiva che delusa esclama *‘i ragazzi non ti seguono più’...* e non le passa nemmeno per la testa di *“autointerrogarsi”*.

L'invettiva motivata di Cinzia Mion amplifica l'eco di un documento sottoscritto dall'Mce (Movimento di Cooperazione Educativa) e da diverse associazioni professionali di insegnanti di diverso orientamento. È l'appello *“Voti a perdere”*, sottoscritto da oltre duemila insegnanti.

Certo, la trasformazione dei voti in lettere non avrebbe cambiato le cose di per sé, ma avrebbe forse favorito il tornare a ragionare a fondo, con radicalità e urgenza, sulle conseguenze discriminatorie della troppo diffusa valutazione punitiva. I dati ci dicono infatti che un ragazzo bocciato moltiplica di oltre dieci volte la probabilità di andare ad aumentare le percentuali della dispersione scolastica, altissime nelle periferie di molte nostre città.

I ragazzi che oggi smettono di studiare hanno caratteristiche quasi opposte rispetto ai figli dei contadini di montagna di cui si occupò con totale dedizione don Lorenzo Milani. Vivono infatti la loro forzata inattività circondati da gadget e cellulari. Figli di un consumismo forsennato e dissennato, sono aggrediti fin nell'intimo da altre forme di povertà culturali e relazionali, forse ancor più difficili da contrastare.

Eppure, 50 anni dopo, anche per loro vale la denuncia dei ragazzi del Mugello: *“La scuola è un ospedale che cura i sani e respinge i malati”*.

Servizio Sanitario Nazionale: SOS dall'Inghilterra.

Come il SSN è stato tradito e come si è deciso di salvarlo (Jago Edizioni)

di Maria Luisa SARTOR*

INTRODUZIONE ALLA VERSIONE ITALIANA (JAGO EDIZIONI, VERONA, 2017)

Questo libro a più voci – avverto subito chi è portato a criticare da vertici di osservazione del tutto particolari – non ha il tono né il distacco tipici del libro accademico, pur essendo stato scritto da professori, da professionisti di alto profilo, e da esperti molto apprezzati nel Regno Unito, soprattutto in ambito sanitario. Ma questo fatto non ne sminuisce il valore anche per l'università, anzi.

SSN SOS dall'Inghilterra ricostruisce, appoggiandosi su un'ampia documentazione di incontrovertibile validità, l'ultimo processo di riforma organizzativa del sistema sanitario inglese e tutto ciò che di significativo lo accompagna. Una riforma, che, come si potrà vedere via via procedendo nella lettura, scardina del tutto il modello storico noto come Servizio Sanitario Nazionale (NHS, in inglese) e sembra decisa a farlo una volta per tutte. Proprio per queste sue caratteristiche 'ricostruttive' e di 'svelamento', di questo libro si sente davvero il bisogno. Sta servendo agli inglesi che non intendono perdere il loro NHS a riconoscere i fatti e ad agire; ma serve anche a noi cittadini italiani, che nel 1978 avevamo scelto di avvicinarci alla realizzazione di questo modello.

Oggi, dopo due controriforme nazionali della Riforma sanitaria, dopo aver provato su di noi gli effetti di alcuni ribaltamenti organizzativi regionali, dopo essere stati colpiti duramente dalla crisi globale che dura da più di otto anni, non riconosciamo più i tratti del nostro Servizio Sanitario Nazionale e, meno che meno, siamo in grado di dare un valore adeguato a quello a cui di fatto abbiamo rinunciato senza battere ciglio (omogeneità territoriale dell'accesso all'assistenza, gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione, servizi e

tempi di erogazione che si conformino ai bisogni).

Il grande lavoro persuasivo che è stato fatto per spezzare ogni nostra fiducia in tutto ciò che provenisse dal settore pubblico è stato efficace. Lo stesso trattamento che è toccato agli inglesi, prima che a noi.

Ci serve forse un aiuto per capire profondamente se e perché anche il nostro Servizio Sanitario Nazionale pubblico vada difeso; ci servono dei ragionamenti intelligenti e conseguenti che ci orientino, e ci è di aiuto chi pronunci parole adatte per nominare (o rinominare) i fatti e per mettere in questione, e in certi casi consentirci di ribaltare, le concezioni che forse acriticamente abbiamo fatte nostre (per esempio, nei nuovi modelli a chi è attribuita davvero la 'libertà di scelta'? Al paziente o all'organizzazione sanitaria privata?).

Questo è lo strumento che fa al caso nostro. Colma almeno tre vuoti: un vuoto di visione, un vuoto di informazione sui dati di fatto, un vuoto di modelli di comportamento civico.

Il libro espone una *visione* non esplicitamente presente in Italia nelle sedi accademiche, quella che ipotizza e sostiene la tesi di una totale sostenibilità di un sistema sanitario pubblico, realmente tale – nella specifica configurazione del SSN modello Beveridge realizzato da Aneurin Bevan – e che vede come coerente ed opportuno conservare tale sistema nella sua integrità.

Di tale sistema si riconoscono validi fin dalla sua origine i principi fondanti (equità, universalità di copertura, gratuità nel punto di erogazione), il suo sostanziale buon funzionamento, e il basso costo per il Paese. E date queste premesse, gli autori ritengono importante invitare a muoversi ancora in questa direzione per continuare a garantire la territo-

* *Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità Università degli Studi di Milano.*

rialità della copertura sanitaria dei cittadini (*'nessuno deve sfuggire alla tutela'*), quindi l'analisi dei bisogni socio-sanitari su base territoriale e la programmazione dell'erogazione dei servizi. Mentre con riferimento allo Stato e alle sue articolazioni territoriali, invitano a perseguire il totale ripristino delle responsabilità, del controllo e della scelta preferenziale di erogazione diretta dei servizi da parte pubblica.

In Italia molte di queste prerogative sono già da tempo andate perdute. Fra tutte, quella meno percepita, è che laddove si è realizzato il sistema della separazione della committenza dalla erogazione del servizio sanitario (secondo il modello delle riforme del Partito Conservatore nel Regno Unito, per l'appunto) ed è presente in modo massiccio la sanità privata, si è già da tempo di fatto trascurata l'attività di analisi dei bisogni e di governo della domanda aggregata a livello di territorio (preliminare ad ogni attività di programmazione). Perché? Perché il modello di sanità sempre più privatizzato si fonda principalmente sull'offerta (ogni erogatore può affacciarsi al quasi-mercato sanitario e proporsi per l'accreditamento) e questa offerta di servizi sanitari da parte dei gruppi privati non intende sottostare ai vincoli di una domanda determinata su base territoriale. Per due ragioni: 1) i gruppi privati non accettano il vincolo che limiti territorialmente le possibilità di espansione del business; 2) gli operatori privati entrano nel mercato scegliendo accuratamente quella gamma di servizi che considerano un'interessante fonte di reddito (per gli inglesi, pratica nota come *cherry-picking*) e trascurano i servizi a basso margine, anche se il bisogno di tali servizi è elevato (non svolgono, cioè, una funzione realmente integrativa, inserendosi negli interstizi del sistema, se non intravedono una specifica convenienza economica). In altre parole laddove esiste più mercato (cioè dove il soggetto pubblico ha operato perché ne esistesse di più), è meno significativo definire *cosa* e misurare *quanto* servirebbe coerentemente erogare per soddisfare i bisogni, confrontandolo con *cosa* e *quanto* si eroga veramente, a meno che – viene da dire – questa rilevazione e questo calcolo non servano come informazione di *marketing* per il settore privato.

Ma gli effetti significativi della privatizzazione del settore della sanità non si fermano qui.

Va considerato il fatto, altrettanto critico, che la forte incidenza del settore privato nella sanità fa sì che le amministrazioni regionali che ne sostengono e ne facilitano il ruolo, pur conoscendo a fondo i propri erogatori privati con i quali stipulano contratti di fornitura, non consentono alle altre istituzioni e al normale cittadino di disporre di queste informazioni in totale trasparenza, perché sul principio di trasparenza vince il principio della segretezza del *business*. In certi casi mancano anche le informazioni aggregate più semplici, per esempio una distinzione chiara e incontrovertibile fra gli ambiti pubblici, privati *not-for-profit*, privati *for-profit* del sistema degli erogatori. Quindi non è noto – se non a coloro che lavorano prevalentemente per o in favore del settore privato (per esempio università e centri di studi strettamente legati alla cosiddetta industria della sanità privata e al settore farmaceutico nazionali e globali) – chi sono e quanti sono i fornitori privati di servizi sanitari. Conseguentemente risulta difficile identificare i gruppi economici di appartenenza dei singoli fornitori (solo apparentemente operanti in modo disgiunto fra loro) e, per finire, l'effettiva gamma di servizi offerti rispettivamente da ognuno di loro.

Se la conoscenza viceversa venisse condivisa (e dal momento che il pagatore è lo Stato, e in ultima istanza siamo noi cittadini, ciò dovrebbe succedere!), le informazioni a disposizione consentirebbero di definire il peso della componente privata sul totale del sistema di erogatori del SSR e, per esempio, di verificare la dinamica dei processi di privatizzazione.

Mai come oggi gli enti regioni hanno a disposizione un'enorme massa di dati con riferimento alle condizioni psicofisiche dei cittadini, che però non dà, in genere, luogo a pubblicazioni disponibili al pubblico e agli operatori tutti, tali da evidenziare un quadro epidemiologico completo e un orientamento analitico dei dati che si rapporti alle necessità di erogazione di un servizio pubblico per il miglioramento dello stato di salute generale. In sintesi, nelle regioni a maggior presenza della componente privata di fornitori di servizi socio-sanitari come cittadini non conosciamo la domanda di salute su base territoriale e viene anche reso oltremodo difficile conoscere in modo trasparente la struttura dell'offerta dei servizi socio-sanitari. Se si intende l'istituzione universitaria come sede

di elaborazione di un pensiero scientifico indipendente, questo libro potrebbe opportunamente essere considerato come portatore del punto di vista di fatto mancante nell'elaborazione teorica e manageriale in ambito sanitario in Italia. Quella elaborazione che, se esiste, nel nostro Paese ha perso visibilità e voce.

Per la sanità, in particolare, il libro rimette *di fatto* in discussione i concetti di 'governance', di 'New Public Management', di 'quasi-mercato', di 'separazione della committenza dalla erogazione dei servizi' e richiama macro disegni organizzativi in sanità meno complessi di quelli che si vanno via via da tempo realizzando.

Per gli autori, le nuove configurazioni del sistema sanitario proposte con la riforma Cameron-Lansley del 2012, ad alto tasso di privatizzazione, sono più complesse, oltre che più costose. Sono tali da aumentare l'affollamento del sistema, che si satura non solo di sempre nuovi attori *for profit* ma anche di nuove entità autonome che sembrano pubbliche ma che sono invece di natura non governativa (note come organizzazioni QUANGO). Le caratteristiche principali di tali organizzazioni è che non risultano pienamente responsabili verso il Paese e aumentano il grado di opacità del sistema, l'opacità facilita ogni sorta di abuso e di spreco. Come direbbe la Professoressa Pollock, viene istituita "una *plethora di nuovi corpi intermedi*", che configura una sorta di nuova burocrazia, questa volta richiesta dal mercato in quanto in suo favore, più insidiosa dell'altra che già conosciamo (cfr. A.M. Pollock, *Privatisation of the NHS*- TED's Conference, 2014).

La prima condizione per lo sviluppo di concezioni scientifiche, come sappiamo, è la possibilità di un accesso ai dati della realtà. Ma essi sono davvero disponibili in un quadro di questo tipo? La seconda è che le ricostruzioni teoriche siano sicuramente indipendenti. L'elaborazione di un pensiero scientifico indipendente non risulta possibile se esiste di tale realtà un solo racconto, mediatico, tendenzialmente omissivo, mai attentamente verificato, e per giunta generato con risorse prove-

Note:

Titolo originale Jacky Davis and Raymond Tallis (ed.), *NHS SOS. How the NHS was betrayed - and how we can save it*, Oneworld Publications, London, 2013.

nienti da centri di interesse privato molto forti nel settore.

Tutti gli attori agiscono, con un certo grado di consapevolezza e controllo degli effetti delle proprie azioni, anche omettendo di agire (è pur sempre un comportamento!). Questo libro recepisce e ripescia i *fatti* (anche i comportamenti omissivi), li descrive collocandoli in un ordine cronologico e logico, e li nomina per quello che sono e ne dà prova. Lo fa sostanzialmente in parallelo al verificarsi degli eventi, e cioè, dal momento della presentazione del *Libro bianco* e poi del disegno di legge Lansley, nel 2010, fino all'introduzione della normativa regolamentare nel 2013, quando si rendono operative le disposizioni normative della legge che diventerà nota a tutti come la Riforma Cameron del 2012 (*Health and Social Care Act*).

E ancora, il libro riannoda fili e fa verifiche di coerenza e di congruità fra le dichiarazioni pubbliche contenute nei programmi e nelle rassicuranti promesse e il testo della normativa, e fra il 'discorso' in tutte le sue forme possibili e la realtà fattuale, tra piano del contenuto e piano della relazione, tra ambito verbale e non verbale della comunicazione.

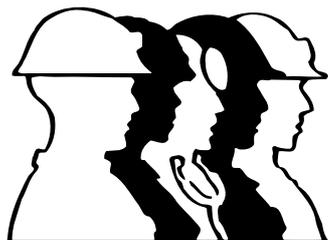
Si vengono a conoscere le dichiarazioni e i comportamenti del Governo, del Segretario di Stato alla Salute, dei membri del Parlamento e della Camera dei Lord, dei partiti di governo e di opposizione, dei media (televisivi e radiofonici, della carta stampata - includendo i giornali nazionali e le autorevoli riviste dei medici), delle associazioni di tutela degli interessi dei medici, dei collegi reali di tutte le professioni sanitarie, delle gigantesche corporation globali della consulenza, dei grandi operatori della sanità in ambito globale e nazionale, e dei nuovi potenti 'entranti' nel mercato sanitario.

Mette cioè sulla scena i comportamenti comunicativi di tutti gli attori istituzionali, talvolta faticosamente distinguibili fra loro, viste le sovrapposizioni incompatibili di ruolo in capo alle stesse persone e le intricate relazioni di interesse - non sempre opportune - che uniscono i diversi attori.

Impareremo molto leggendo questo libro.

Il libro può essere acquistato *on line* sul sito di Jago Edizioni srl nel negozio on line: <http://www.jagoedizioni.it/negozi/>

MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE



Medicina Democratica

PER SOSTENERE LE MOLTEPLICI ATTIVITA' NELLE QUALI "MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S." E' IMPEGNATA, OGGI PIU' CHE MAI ABBIAMO BISOGNO DEL TUO AIUTO.

Dal gennaio 2013 la Rivista "*Medicina Democratica - Movimento di Lotta per la Salute*" è l'organo di "*Medicina Democratica Onlus*", per questo Ti chiediamo di continuare a sostenere questa testata e l'attività che svolge l'Associazione

DIVENENDO SOCIO DI "*MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S.*" SOTTOSCRIVENDO LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE:

di **Euro 35,00** per i soci ordinari (*)
di **Euro 50,00** per i soci sostenitori

Il versamento della quota associativa dà diritto a ricevere sei numeri annui della omonima Rivista.

INVITIAMO TUTTE LE PERSONE, CHE SONO STATE ABBONATE ALLA RIVISTA, AD ASSOCIARSI A "*MEDICINA DEMOCRATICA - O.N.L.U.S.*" PER DARE CONTINUITA' E SOSTEGNO A QUESTA TESTATA, CHIEDIAMO

ANCHE LA LORO PARTECIPAZIONE ALLE INIZIATIVE PROMOSSE DAL MOVIMENTO DI LOTTA PER LA SALUTE, PER AFFERMARE I DIRITTI UMANI E LA DEMOCRAZIA NELLA SUA PIU' ESTESA ACCEZIONE, CONTRO OGNI FORMA DI ESCLUSIONE, DISCRIMINAZIONE E RAZZISMO.

Le persone che non intendono associarsi alla O.N.L.U.S. possono ricevere ugualmente sei numeri annui della Rivista "Medicina Democratica" mediante una libera donazione di 35,00 Euro: attualmente solo con questa donazione annua riusciamo a coprire i costi vivi di redazione, stampa e invio postale della Rivista.

Il versamento della quota associativa o della donazione può essere effettuato o con bonifico bancario **IBAN: IT48U055840170800000018273** presso la Banca Popolare di Milano, oppure con **bollettino postale sul c/c 001016620211** intestato a "*Medicina Democratica - O.N.L.U.S.*", Via dei Carracci 2, 20149 Milano indicando la causale.

Per associarsi occorre compilare il modulo disponibile sul sito www.medicina-democratica.org seguendo le istruzioni o richiedendolo a mezzo e-mail a segreteria@medicinademocratica.org

**Molto si può fare con l'aiuto e la partecipazione di Tutte/i :
Associati e partecipa alle iniziative di Medicina Democratica !**

(*) **In via del tutto eccezionale**, è possibile anche associarsi versando una quota annuale ridotta, pari a 10,00 Euro comprensiva della messa a disposizione su file degli articoli della rivista con invio alla e-mail indicata all'atto della iscrizione. Questa forma associativa è rivolta **solo** alle persone che lo richiedano e che documentino il loro status di appartenenti alle categorie maggiormente svantaggiate, ovvero disoccupati, cassintegrati, esodati, lavoratori con contratti "*precari*" (ai sensi della c.d. "*legge Biagi*" e successive modifiche); questa quota ridotta viene estesa **anche** ai soci della Associazione Italiana Esposti Amianto (A.I.E.A.), per la comunanza delle iniziative condotte assieme alla nostra Associazione per affermare la salute, la sicurezza, l'ambiente salubre, i diritti umani.

Alcune caratteristiche dei viventi che servono a differenziarli, delle quali tener conto

di Giorgio FORTI*

Proponiamo le considerazioni che seguono nella speranza che aprano un dibattito fertile e che lo stesso determini possibili integrazioni fra opposte visioni del mondo animale. Ricordiamo che l'utilizzo di animali nella sperimentazione è in declino non solo per un maggiore rispetto nei loro confronti (rispetto di cui può essere capace solo l'uomo reso consapevole) ma anche per praticità. Basti pensare al regolamento europeo REACH sulle sostanze chimiche che, nel costringere i produttori a fornire maggiori informazioni sulla tossicità delle sostanze, ha introdotto contestualmente una normativa fortemente restrittiva sulle prove sugli animali. Chi vuole sperimentare su vertebrati deve presentare una proposta motivata alla Agenzia Chimica Europea (ECHA) che pubblicizza la proposta anche per verificare la presenza di informazioni che rendano superfluo quel sistema di valutazione. I primi due rapporti (2011 e 2014) sul tema hanno registrato l'estensione dell'uso di test basati su nuovi modelli computazionali o "read-across" ovvero applicati per similitudine con studi già svolti. La nuova regolamentazione ha avuto l'effetto di ridurre drasticamente nuove sperimentazioni su vertebrati. (La Redazione)

Mi rendo conto che il colloquio con gli "animalisti", anche quelli ben intenzionati, sia difficile. Essi sono nella convinzione che chi non condivide il loro sentire per gli animali sia "il cattivo". Cerco dunque di fare un discorso che parta dall'inizio, per forza schematicamente: cioè, dimostrare che *Homo sapiens* è diverso dagli altri viventi in alcune caratteristiche di importanza decisiva, e questa differenza spiega le differenze macroscopiche nelle prestazioni e modi di

vita che tutti vedono.

Raccontiamola così: a un certo punto del Tempo (è eterno, non ha inizio né fine), nella evoluzione delle strutture organiche dei viventi per tentativo ed errore, le variazioni delle strutture chimiche che danno l'informazione per le caratteristiche complessive degli organismi viventi, che sono indispensabili per renderli capaci di sopravvivere, crescere e riprodursi nel mondo fisico in cui si trovano, è emerso un animale diverso da tutti gli altri: *Homo sapiens*, la nostra specie. Che l'evoluzione proceda per variazione e selezione, come la spiega la teoria di Darwin, o che sia "il piano intelligente ma misterioso di un Dio Creatore" sono due modi, che si vogliono diversi, di definire lo stesso processo. Non sono in antitesi tra loro: sono lo stesso processo, oggi lo sappiamo, avvenuto per variazione, a volte del tutto casuale tra le possibilità fisiche esistenti al momento, come vuole il darwinismo oppure per variazione indotta dalle condizioni ambientali come pensava Lamarck. Tra le strutture e forme viventi così formatesi (alcuni preferiscono dire create, ma non cambia nulla per il nostro discorso), alcune sono più favorevoli per vivere e riprodursi nell'ambiente dato, altre meno, altre del tutto inadatte: le prime si moltiplicano più velocemente, le seconde meno, le terze non possono sopravvivere né riprodursi, e scompaiono dalla faccia della terra, e con loro i loro geni modificati: il tentativo non è riuscito a formare (creare?) una struttura capace di vita e trasformazione nell'ambiente in cui si è venuta a trovare. Ebbene, con la comparsa della nostra specie umana (tra i 50mila ed i 100mila anni orsono) è comparsa tra i viventi una capacità nuova, grazie alla struttura chimica e fisica

**Prof. Emerito alla Facoltà di Scienze dell'Università degli Studi di Milano, socio dell'Accademia Nazionale dei Lincei. Medicina Democratica, Sezione di Milano.*

del cervello: la conoscenza sintetica-simbolica ed il linguaggio sintetico-simbolico che la rende possibile e consente la sua comunicazione con velocità straordinaria, mediante *l'apprendimento personale*, di cui è capace ogni individuo (salvo alcuni gravemente menomati). Questa prestazione ha dato *un enorme vantaggio adattativo* su tutti gli altri al nuovo vivente. Egli impara in pochi mesi dalla nascita a riconoscere persone, oggetti e comportamenti; in 2 anni circa ad usare il linguaggio sintetico, in 5-6 anni a leggere scrivere e far di conto, in 10-15 a farsi idee anche diversissime da quelle dei suoi genitori su cose essenziali quali le relazioni con i suoi simili e con l'ambiente. In 20-25 anni può imparare come funzionano certe forze e strutture dell'Universo, comprese le proprie strutture fisiche, ed impara a costruire oggetti complicati come una grande varietà di macchine, dall'automobile all'aeroplano, dai computer a... la bomba atomica e le camere a gas. Tutto questo è dovuto alla conoscenza sintetica e al linguaggio sintetico-simbolico. Senza bisogno di aspettare mutazioni selezionate dall'ambiente, che, per formare una nuova *specie vivente* di tipo complesso come gli animali superiori ci mette, oggi lo sappiamo, alcune decine di migliaia di anni.

Tra le prestazioni dovute al cervello umano e per sua qualità legata alla conoscenza ed apprendimento, c'è la capacità di Giudizio, su cui è basata l'Etica, che rende possibile la scelta di criteri di comportamento verso i propri simili, verso gli altri viventi e verso la Terra in cui abbiamo da vivere. Tra questi comportamenti c'è certamente il comportamento verso gli animali, che non debbono soffrire per mano nostra, e verso il mondo fisico non vivente, l'ambiente in cui viviamo. Gli animali non capaci di conoscenza e giudizio, ma comunque di *"sentimenti"*, non hanno di queste responsabilità: hanno diritto alla nostra benevolenza, *ma non pos-*

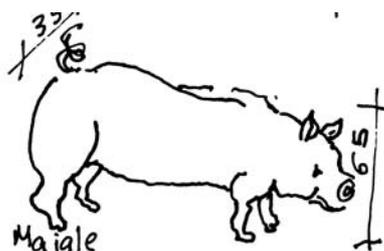
sono ricambiarla con gli stessi criteri di giudizio, né noi possiamo pretenderlo.

Si consideri che le specie addomesticate dall'Uomo sono ormai incapaci di vita selvatica, come erano i loro antenati di millenni orsono: bovini, ovini, suini, equini, polli di parecchie specie vivono oggi solo *"schiavi"* dell'Uomo, da quando sono state addomesticate dalla nostra specie. Anche cani, gatti ed altri animali *"di compagnia"*.

Noi possiamo e dobbiamo loro di non farli soffrire: ma non possiamo, né dobbiamo considerarli uguali a noi. Potremmo scegliere di non allevare gli animali per nutrircene: si può vivere bene da vegetariani. Bisogna però fare una grandiosa rivoluzione nell'economia della nutrizione umana, e di conseguenza nel come garantire il lavoro e la sopravvivenza di alcuni miliardi di persone umane.

Ma quello a cui non possiamo rinunciare è l'acquistare conoscenze nuove su come funzionano gli organismi viventi compresi noi stessi: e per questo la sperimentazione animale è assolutamente indispensabile, ed insostituibile. È anche necessaria per i saggi di routine sulle proprietà dei farmaci o di trattamenti medici. È evidente, e non occorre spiegarlo, che queste esigenze di conoscenza presuppongono che ci consideriamo diversi dagli animali che alleviamo. E lo siamo, per come ci siamo evoluti, come è oggi noto, ogni specie in modo diverso dalle altre.

Certamente, la struttura oggi acquisita della specie umana è unica, anche se non possiamo certo pensare che sia *"definitiva"*: è ben possibile che compaia una specie molto meglio adattata all'ambiente che cambia e sostituisca più o meno rapidamente la nostra specie, così come la nostra ha sostituito i nostri immediati precursori, nessuno dei quali è sopravvissuto: il più recente scheletro fossilizzato di Uomo di Neanderthal è di 33mila anni orsono.



Referenti di Medicina Democratica

Movimento di Lotta per la Salute - O.N.L.U.S.

SEGRETERIA NAZIONALE

- Via dei Carracci n° 2, 20149 Milano
- Tel. 02/4984678

Sottoscrizione della quota associativa annua alla O.N.L.U.S. o per la donazione per ricevere la Rivista (vedi a pag. 70):

IBAN: IT48U055840170800000018273
presso Banca Popolare di Milano, oppure con bollettino postale sul c/c **001016620211.**

Redazione e diffusione della Rivista

Fax: 0331/501792

E-mail: medicinademocratica@alice.it

Sede M.D. della provincia di Varese,
Via Roma n° 2, 21053 - Castellanza (VA)

CALABRIA

- Ferruccio Codeluppi, via Villini Damiani 15/O, 89822 Serra San Bruno (CZ) tel 096371231

- Alberto Cunto, via della Repubblica 46, 87028 Praia a Mare - tel./fax 0985-74030, cell. 3883649126, e-mail albertocnt@libero.it oppure a.cunto@tiscali.it

SICILIA

- Franco Ingrassia. Via Simone Cuccia 12, 90144, Palermo, tel 091/303669

EMILIA ROMAGNA

- Bruna Bellotti, via Bellaria 55, 40139 Bologna, email direnbar@yahoo.it

- Tavolazzi Valentino, via Calzolari 184, Ferrara tel 348 2494954; e-mail: valentino_tavolazzi@hotmail.com

- Gentilini Patrizia, via Nievo 5, 47100 Forlì, patrizia.gentilini@villapacinotti.it
- Monfredini Roberto, via Montegrappa 15, Solignano di Castelvetro (MO), tel 338 4566388, robertomonfredini@gmail.com

LAZIO

- Antonio Valassina c/o Università Cattolica, largo E. Gemelli 8; email antonio@liblab.it

PIEMONTE

- Sede M.D. via San Pio V, n. 4, 15100 Alessandria, tel. 3470182679 e-mail: medicinademocraticalinobalza@hotmail.com

- Lino Balza, via Dante 86, 15100 Alessandria, tel. 013143650 - 3384054068 email: linobalzamedicinadem@libero.it

- Renato Zanolì, via G. Emanuel 16, 10136 Torino, tel. 3384054068 - 011392042, email renatozanoli@libero.it
- Enzo Ferrara, c/o Centro Studi Sereno Regis, via Garibaldi 13 - 10122 Torino (tel. 3398555744), e.ferrara@inrim.it

- Cavagna Carla, via Mossotti 3, 28100 Novara tel 0321612944; 3336090884 e-mail carla.cavagna@libero.it

- Dario Miedico, Arona (NO), tel 335265547, email nuovoulisse@alice.it

LOMBARDIA

- Sede M.D. Milano. Via dei Carracci 2,
- Sede M.D. della Provincia di Varese, via Roma 2, 21053 Castellanza, fax 0331501792;

- Duca Piergiorgio, via Bramante 23, 20154 Milano, piergiorgio.duca@unimi.it

- Matteo Orlandi, via Biancardi 9 Lodi. Cell 3922485840

- Silvana Cesani, via Borgo Adda n° 3, 20075 Lodi, Tel. 0371/423481; Cell. 335/7595947

- Attilio Zinelli, via Bettole 71, 25040 Camignone (BS), tel 030653237

- Stefano Debbia, via S. Giovanni 11, 21053 Castellanza (VA) tel 0331500385, fax 0331501792

email: debbiaste@libero.it

- Walter Fossati, via Moscova 38, 20025 Legnano (MI) tel 0331599959 - 3284840485

- Elisabeth Cosandey, viale Campania 4, 20077 Melegnano (MI), tel. 029836928

- Laura Valsecchi, Unità Spinale - Niguarda Cà Granda, Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano tel 0264443945 - 023313372 e-mail: lauravalse@libero.it

- Marco Caldiroli, via Quintino Sella 115, 21052 Busto Arsizio (VA) e-mail: marcocaldirolia@alice.it

Alberto Marino. Sezione MD di Brescia Via Valene 9e, 25087 Salò BS Tel 338 8329981-0365520830, caafnm@libero.it
- Gabriella Liberini, Sezione MD Brescia, gabriellaliberini@virgilio.it, tel 3396976563

TRENTINO - ALTO ADIGE

- Adriano Rizzoli, via dei Castori, 55 - 38121 Martignano (TN) - tel. 0461 820002 - ad.ri@ecceterra.org.

PUGLIA

- Tonino d'Angelo, via Cantatore 32/N, 71016 San Severo (FG), tel 0882228299; fax 0882228156

CAMPANIA

- Paolo Fierro, Traversa Privata Maffettone 8, 80144, Napoli tel 3274514127; e-mail tabibfierro@hotmail.com

BASILICATA

Sede M.D, via E. De Martino 65, 75100 Matera.

- Mario Murgia, via Martino 47, 75100 Matera, tel. 340.7882621 email: murgia.mario50@virgilio.it

TOSCANA

Sede M.D. Firenze, Piazza Balducci 8/rosso, 50129 Firenze

- Gino Carpentiero, via Montebello 39, 50123, Firenze, tel 055285423;

0556263475; e-mail ginocarpe@tele2.it; cell. 347-5481255

- Beppe Banchi, via Incontri 2, 50139, Firenze, tel 055412743, e-mail: xxlber@tin.it

- Maurizio Marchi, via Cavour 4, 57013 Rosignano Solvay (LI) tel 328-4152024; e-mail: maurizio.marchi1948@gmail.com

- Floridi Amanda, via Verdi 110, 57127 Livorno;

- Liliana Leali via Montebello 38, 50123 Firenze tel. 3280535454

- Marcello Palagi, via XX Settembre n° 207, 54031 Avenza (MS). tel. 0585/857562 e-mail: eco.apuano@virgilio.it;

- Del Soldato Maria Via di Porto 279/A, Massarosa (LU), e-mail giannini3@virgilio.it;

- Avv. Alessandro Rombolà, via Luca Giordano 7/E, 50132 Firenze, tel. 055.2638296, fax: 055. 5000342, cell. 338.8027193, mail: alessandro@studiorombola.it

VENETO

- Franco Rigosi - via Napoli 5 - 30172 Mestre (VE) - tel. 041/952888 - e-mail: franco.rigosi@fastwebnet.it

- Maria Chiara Rodeghiero, piazza Biade 11, 36100 Vicenza rodeghieromc@gmail.com;

- Paolo Nardin, via Don Sante Ferronato n° 44/2, 33030 Pianiga (VE), tel. 3497447189,

e-mail: paolonardin48@alice.it

(referente per Padova e provincia);

MARCHE

- Loris Calcina, via Campanella 2, 60015 Falconara Marittima (AN). Tel. 3339492882, lokalci@libero.it;

LIGURIA

- Sede M.D. Via Crispi 18 rosso, 17100 Savona, tel. 0192051292, e-mail: medidemosavona@tiscali.it

- Maurizio Loschi, via Luccoli 17/7, 17072 Albisola Mare (SV), tel. 019486341 cell.3474596046, e-mail mlosch@tin.it, skype: [mauryematty](https://www.skype.com/user/mauryematty)

- Eraldo Mattarocci, cell.3486039079 ermatta@yahoo.it;

- Avv. Rita Lasagna Piazza della Vittoria 14/18 Savona 17100, cell. 3356152757

- Valerio Gennaro via Trento 28, 16145 Genova, tel. 010.310260 - 010.5558.557 (ore 9.00-19.00) skype: [valeriogennaro1](https://www.skype.com/user/valeriogennaro1); e-mail: valerio.gennaro52@gmail.com.

- Marco Spezia, cellulare 348 5863171, sp-mail@libero.it;

-Luca Trentini Via Vecchia di Biassa 36 La Spezia tel. 347 9475350 email lutren@libero.it;

SARDEGNA

- Francesco Carta, via Toscanini 7, 09170 Oristano, medicinademocratica.sardegna@gmail.com



**Da : IO CHI
Sentenze poetiche**

**Io sono ancora innamorata
di Marx e di Lenin
che vogliono cancellare
dalla memoria del mondo
io sono ancora innamorata di Don Milani
che non rammentano mai
io sono ancora innamorata del Che Guevara
che vogliono seppellito
per sempre
io sono ancora innamorata di Papa Luciani
che hanno ammazzato
dopo 33 giorni di nomina
io sono ancora innamorata
di Rosa Luxemburg
e di tutte le donne che urlano, pregano,
lottano come me.**

Gabriella BERTINI

MILANO 20

CAMERA